

variétés, son traitement. *Ann. des mal. de la peau*, 1850-1851. — GODARD, Épididymite blennorragique suivie de mort; autopsie. *Gaz. méd. de Paris*, 1856. — MONDELLOT, Des différentes variétés d'orchite aiguë. Thèse de Paris, 1857. — BACHELOT, De l'orchite blennorragique aiguë. Thèse de Paris, 1859. — ROLLET, Épididymite simulant un bubon. *Gaz. des hôp.*, 1861, p. 561. — GOSSELIN, Déférentite blennorragique. *Gaz. des hôp.*, 1868, p. 261. — LIÉGEAIS, Influence des maladies du testicule et de l'épididyme sur la composition du sperme. *Ann. de dermat.*, 1869, t. I, p. 419. — MAURIAC, Études sur les névralgies réflexes, etc. Paris, 1870. — SCHEPELERN, Contribution à l'étude anatomo-pathologique de l'épididymite blennorragique. *Hosp. Fidende*. Copenhague, 1871. — LEDOUBLE, De l'orchite blennorragique dans les cas de hernie inguinale, de varicocèle. *Ann. de dermat.*, 1880, p. 150. — NICAISE, Atrophie testiculaire consécutive à l'orchite blennorragique. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1881, p. 714. — FOURNIER, art. BLENNORRAGIE du *Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. V, p. 209. — MOLLIERE et AUGAGNEUR, art. TESTICULE du *Dict. encycl. des sciences méd.*, 3^e série, t. XVI, p. 591. — KOCHER, art. TESTICULE. *Handb. der allgem. und spec. Chir. von Pitha und Billroth*. Stuttgart, 1887. — JULLIEN, Traité pratique des maladies vénériennes, 1886, 2^e édit., p. 117. — HUGONNET et ERAUD, Microbe pathogène de l'orchite blennorragique. Académie des sciences, 1895.

Étiologie. — Par définition même, l'orchite-épididymite a pour cause l'urétrite blennorragique; elle en est la complication la plus fréquente et l'emporte à elle seule sur la totalité des autres accidents qu'engendre la chaudepisse: sur 1008 cas de complications diverses observées à l'Antiquaille pendant six années, le testicule blennorragique compte pour 584. Il est difficile de déterminer sa fréquence relative et l'on ne sait pas en quelle proportion les individus atteints de chaudepisse sont frappés: Fournier croit « que l'épididymite se montre à peu près 1 fois sur 9 blennorragies ». Le plus souvent l'inflammation est unilatérale et ne frappe pas plus spécialement une glande que l'autre. Jullien montre que, sur 2414 cas, l'orchite s'est abattue 1159 fois sur la droite, 1115 fois sur la gauche et 179 fois simultanément sur la droite et la gauche. D'après Ledouble, certaines « tares », la présence d'une hernie, d'un varicocèle, l'ectopie peuvent préparer l'invasion. Le fait n'est pas démontré; on ne sait pas non plus si une inflammation antérieure prédispose la même glande à une seconde attaque; Augagneur et Mollière « ont rencontré plus fréquemment des malades dont les deux testicules avaient été atteints à des époques différentes, que ceux dont le même testicule avait été frappé dans deux chaudepisses successives ».

L'orchite-épididymite n'éclate pas indifféremment à toutes les périodes de la chaudepisse. De Castelnau l'aurait vue, dans deux cas, précéder l'écoulement, mais ces observations remontent à une époque où le diagnostic était précaire. L'inflammation est rare dans la première semaine, et, d'après Jullien, sur un total de 1057 cas, son invasion dans les sept premiers jours de la chaudepisse a été notée 40 fois; dans la deuxième semaine, 149; 125 dans la troisième; 184 dans la quatrième et, dans la cinquième, 129; puis les chiffres baissent, bien que les épididymites tardives ne soient pas exceptionnelles; on en cite après la première, la deuxième, la troisième année et Fournier après la septième. D'ailleurs, les « reviviscences » de la blennorragie ne sont pas rares et ces urétrites « de retour » peuvent donner aux germes pathogènes une virulence nouvelle. Augagneur a décrit une variété d'orchite subaiguë, chez des individus en apparence guéris depuis plusieurs mois. Il admet qu'une cause occasionnelle réveille l'activité de quelque colonie de gonocoques.

On ne discute plus sur le mécanisme de l'infection: la théorie de la « métastase », l'hypothèse de « la sympathie » n'a plus de partisans, et l'on sait le trajet suivi par le gonocoque après avoir atteint l'urètre postérieur: il contamine les canaux éjaculateurs, les vésicules, et descend le long des canaux déférents

jusqu'à la glande spermatique. On a longtemps argué contre cette pathogénie de l'intégrité du canal déférent; mais, d'abord, l'analyse des cas permet de reconnaître l'existence d'une déférentite que Velpeau et Ricord, puis les auteurs modernes ont souvent constatée: sur 1542 malades, Sigmund a noté plus de 400 cas où la funiculite était apparente. Puis ne savons-nous pas qu'un microbe pathogène peut parcourir un canal sans y provoquer de thrombose septique et ne coloniser que loin de son point de départ en laissant intacts bien des étapes intermédiaires.

Dans l'espèce, ce microbe est-il le gonocoque? Non, d'après Hugonnet et Éraud; les auteurs ont décrit, sous le nom d'*orchicoque*, un germe spécial, différent du gonocoque, et qui serait sans action sur le tissu cellulaire, la conjonctive et même l'urètre; mais, injecté dans le testicule du chien, il y provoque l'orchite. Pour nombre d'auteurs, l'orchite « blennorragique » pourrait être causée par un très grand nombre de microbes pathogènes. Et puis beaucoup d'urétrites, dites gonococciques, n'auraient pas le gonocoque pour cause. En 1884, Aubert trouva dans des écoulements urétraux des germes autres que le microcoque de Neisser; Legrain, Petit et Wassermann ont montré que, sur la muqueuse uréthrale, vivent de nombreux saprophytes; ceux-ci, sous l'influence de certains états constitutionnels, peuvent devenir virulents et, à l'occasion d'une éraillure traumatique, inoculer l'urètre et provoquer l'urétrite: urétrites à streptocoques vues par Bockhart et Wolff, à microcoques dorés décrites par Legrain et Castex, à diplocoques subflorescents, à pseudo-gonocoques, la série en est déjà très longue. Les épididymites consécutives à ces urétrites pourraient bien être dues aux mêmes germes pathogènes. Monod, Macaigne et Vanverts ont vu une urétrite compliquée de déférentite double et occasionnée par le bacille de Friedländer.

L'invasion de la glande est-elle préparée par quelque cause occasionnelle? Pas toujours, et des individus sont atteints d'orchite sans que l'interrogatoire permette de trouver le moindre prétexte à la migration du gonocoque. Les efforts, les mouvements brusques et prolongés, les marches forcées, la danse, la gymnastique, l'équitation, l'usage du bicycle ne sont pas indispensables, puisqu'on a vu l'orchite survenir chez des malades couchés depuis longtemps. Néanmoins, nous admettons volontiers l'influence de ces causes. Celle des boissons excitantes ne paraît pas non plus contestable; on est moins d'accord sur l'effet des diathèses: la scrofule paraît mise hors de cause et, quant au rhumatisme incriminé par Horteloup, il est difficile, vu sa fréquence et vu le nombre des blennorragies et des orchites, de tirer une conclusion quelconque des statistiques fournies.

Anatomie pathologique. — Grâce aux autopsies d'A. Cooper, de Gaussail, de Castelnau, de Macé et Robin, de Godard, de Ricord, de Peter, de Schepelern, de Bougon, nous avons, sur l'anatomie pathologique, quelques notions assez précises dont on a comblé les lacunes par l'expérimentation.

Les lésions atteignent l'appareil génital de l'urètre au testicule; les vésicules séminales peuvent être plus petites qu'à l'état normal, et Godard, préoccupé de sanctionner les idées de Gosselin sur l'arrêt de l'excrétion spermatique au cours de l'épididymite, insiste sur leur grosseur moindre: dans un cas, les deux diamètres principaux de la vésicule saine mesuraient 41 et 51 millimètres, tandis que le malade n'en comptait que 11 et 31, et, dans un second cas, 14 et 48 au

lieu de 9 et 51. Mais dans une observation de Castelnau, les deux organes paraissent de même grosseur; d'habitude, celui qui correspond à la glande affectée serait plus congestionné; son tissu cellulaire induré et épaissi voilerait les circonvolutions de sa surface, devenue adhérente au péritoine qui peut être enflammé. Enfin, la cavité des vésicules renferme une bouillie jaunâtre composée de leucocytes et de cellules épithéliales déformées; les spermatozoïdes y font défaut, lorsque l'épididymite a plusieurs jours de durée; au début, ce liquide peut être moins abondant et contenir des animalcules.

Le canal est doublé ou triplé de volume, surtout à ses deux extrémités; les altérations portent sur ses diverses tuniques, les parois musculaires les plus excentriques, infiltrées par un œdème, sont gorgées de cellules embryonnaires, et çà et là on trouve de petits amas jaunâtres qu'on prendrait pour des foyers purulents; les leucocytes encombrant les couches profondes de la muqueuse, rouge et desquamée; les cils vibratiles sont tombés, les cellules sous-jacentes, déformées et granuleuses, emplissent la lumière du canal de cette substance jaunâtre qui distend la vésicule. Dans l'observation de Robin et Macé, on trouvait, mêlés aux globules de pus et aux cellules épithéliales en régression, des amas de granulations réfringentes. Cette *déférentite* se complique parfois d'une *funiculite*; l'inflammation gagne le tissu cellulaire du cordon; les veines peuvent être prises, et l'on constate l'existence, jusque dans le trajet inguinal, d'une tumeur cylindrique du volume du doigt. A ce degré, la funiculite est rare; mais, en tenant compte de cas légers, elle est loin d'être exceptionnelle; témoin le relevé de Sigismund.

L'*épididyme* paraît être le centre des lésions, et Ricord disait dès 1858 : pas d'affection blennorragique des organes contenus dans le scrotum sans engorgement de l'épididyme. Son volume est considérable; sa masse coiffe comme d'un « cimier » le bord postéro-supérieur de la glande; sa surface est congestionnée, recouverte d'arborisations vasculaires à mailles serrées; mais il ne s'agit pas de l'épididyme proprement dit; le tube pelotonné, malgré son épaississement incontestable, ne forme qu'une faible portion de ce corps turgescant, dû en majeure partie à l'infiltration du tissu cellulaire lâche qui unit la vaginale à l'épididyme. Ce tissu ne cesse de se distendre que lorsqu'il se trouve limité par la résistance de la fibreuse commune, au point où elle s'unit au feuillet pariétal de la vaginale. De là l'énorme empiètement de l'épididyme, qui embrasse les deux tiers postéro-supérieurs du testicule. La péri-épididymite l'emporte donc sur l'épididymite, et ce point, sur lequel nous avons insisté en 1876, a, plus tard, été étudié expérimentalement par Schwartz et Terrillon.

En effet, si l'on isole l'épididyme de sa gaine œdémateuse, l'organe n'a guère que doublé ou triplé de volume; d'après la plupart des autopsies, la surface en serait terne, marbrée de points bruns, jaune roux; sur une coupe, le parenchyme foncé, lie de vin, serait parsemé de petits foyers rouillés ou ocreux: Bourgon en a compté jusqu'à quatre; Schepelern en a ouvert un, purulent et du diamètre d'un pois, ce qui ne laisse pas de surprendre lorsqu'on songe à l'infinie rareté des abcès au cours de l'épididymite à gonocoques. Quelques-uns de ces amas sont dus à une distension du tube épididymaire, qui peut subir vers sa queue des ectasies décrites par Malassez; l'épithélium vibratile est tombé, l'inflammation catarrhale a rempli la lumière d'une substance jaune, globules de pus, granulations réfringentes et, du moins dans les premiers jours, à spermatozoïdes qui ne tardent pas à disparaître. Ce liquide finit par distendre le tube

épididymaire dont les parois, d'abord infiltrées de cellules lymphoïdes qui étouffent les fibres musculaires, ne peuvent plus résister à la pression excentrique toujours augmentée; le canal déférent obstrué lui-même ne se prête plus à une libre excrétion.

Le testicule — le nom d'orchite en témoigne — passait pour essentiellement atteint quand la chaudepisse tombe dans les bourses; Ricord a démontré que ce rôle est dévolu à l'épididyme. Certains affirment que le testicule n'est jamais envahi, mais Kocher paraît dans le vrai lorsqu'il décrit une orchite à gonocoques. Malheureusement, les nécropsies manquent et les lésions qu'on signale sont plutôt imaginées que transcrites: épaississement et vascularisation de l'albuginée; infiltration des cloisons fibreuses qui séparent les lobes, congestion du parenchyme gorgé de sang et parsemé de points jaunâtres; les tubes séminifères sont séparés par un œdème inflammatoire; les mailles conjonctives sont bourrées de cellules lymphoïdes, les canalicules ont des parois plus denses; leur lumière est encombrée de cellules épithéliales troubles; les animalcules sont granuleux. Plus tard, lorsque les phénomènes tombent, le tissu scléreux étouffe le canalicule transformé en cordon et le testicule s'atrophie. Ce résultat est rare et tient sans doute à deux causes: d'abord l'inflammation doit être le plus souvent trop légère pour provoquer de pareils désordres; et puis, l'orchite est elle-même exceptionnelle. Sur 226 cas d'épididymite blennorragique, Hardy ne l'a constatée que 9 fois. On a prétendu — Fournier et Kocher en auraient vu des exemples — que le gonocoque peut enflammer le testicule sans toucher à l'épididyme.

Les lésions de la *vaginale* existent dans tous les cas, et Rochoux avait raison d'en proclamer la constance. Elles ne se révèlent pas toujours par des signes cliniques et, d'après le relevé de Sigmund, la vaginalite manquerait plus de 1 fois sur 5; mais on ne la diagnostique que s'il existe un épanchement; or, le liquide est parfois si peu abondant qu'il échappe à l'examen; puis il y a des inflammations qui se traduisent non par une exsudation de sérosité, mais par un amas fibrineux, une chute de l'épithélium, des adhérences. Nous avons décrit ailleurs l'aspect de la vaginale enflammée, ses nombreuses arborisations vasculaires, le réticulum dont les mailles emprisonnent des leucocytes, le liquide citrin, verdâtre qu'elle renferme et qui, d'après Jullien, « contient toujours des microbes ». Les phénomènes congestifs gagnent les couches sous-jacentes: la peau du scrotum est rouge, chaude, tendue, luisante, adhérente et œdémateuse.

Ces désordres, qui portent sur presque tout l'appareil séminal: vésicules, canal déférent, cordon, épididyme, testicule et vaginale, peuvent disparaître sans laisser de trace; nous ne savons pas grand'chose des vésicules, mais le canal déférent, d'abord gros et dur, reprend son volume et sa souplesse, le tes-

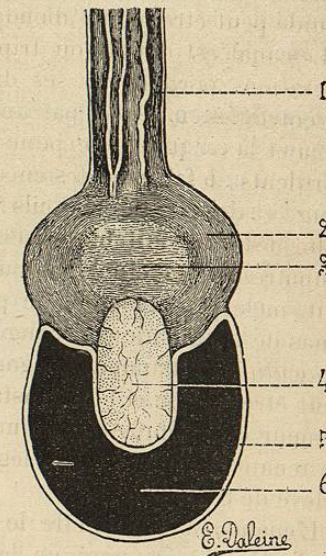


FIG. 266. — Épididymite blennorragique. — Le testicule (4) est normal; la vaginale (6) est distendue par du liquide; l'épididyme (3), déjà très volumineux, est plus que triplé de volume par l'infiltration du tissu cellulaire (2) qui l'enveloppe et que bride la fibreuse (1).

ticule son aspect normal, et les cas sont exceptionnels où l'atrophie se manifeste; la vaginale en est quitte pour une légère hydrocèle, ou pour quelques adhérences entre ces deux feuillets; les lésions les plus persistantes se rencontrent du côté de l'épididyme, et il n'est pas rare de voir le gonflement périépididymaire laisser un stigmate au niveau de la queue de l'organe, un noyau fibreux qui comprime parfois les voies d'excrétion du sperme et peut, s'il est bilatéral, provoquer l'infécondité. Mais cette complication est parfois passagère, et Gosselin cite des faits où le sperme, privé longtemps d'animalcules, finit par les récupérer.

Symptômes. — Le premier signe est la douleur : le plus souvent, de la troisième à la cinquième semaine de la chaudepisse, à l'occasion d'une marche, d'un effort, d'une fatigue ou sans cause appréciable, le malade ressent une pesanteur dans la région inguinale, parfois plus bas, dans l'épididyme lui-même; quelquefois c'est une véritable souffrance qui se manifeste de la prostate au testicule, et si, d'après Guelliot, on pratiquait à ce moment le toucher rectal, on constaterait qu'un côté de la prostate est tuméfié, sensible à la moindre pression comme la vésicule correspondante.

Cette douleur des premières heures ou des premiers jours s'accroît et coïncide avec le gonflement des bourses : le canal déférent, tuméfié dans sa portion scrotale, est dur, rigide, du volume d'un porte-plume; sa grosseur augmente vers sa terminaison; il s'évase avant d'atteindre l'épididyme, dont le gonflement débute par la queue et peut se borner à donner à cette portion de l'organe les dimensions d'un grain de raisin; d'ordinaire, et presque simultanément, le corps et la tête se prennent, et l'épididyme, appliqué contre le testicule, rappelle le cimier d'un casque; un épanchement distend la vaginale et se traduit par une fluctuation manifeste, malgré l'épaississement des enveloppes œdématisées. Telle est la vaginalite voilant le testicule, qui est rarement envahi. Grâce à cette tuméfaction des diverses parties qui constituent l'appareil séminal, le volume de la bourse malade égale ou dépasse celui du poing d'un adulte.

Dès le quatrième ou le cinquième jour, les accidents locaux ont atteint leur maximum d'intensité, et, lorsque l'épididymite est intense, des phénomènes généraux peuvent survenir : la fièvre s'allume, la température monte à 39 degrés; il y a des troubles gastriques, une anorexie complète, parfois des vomissements; l'agitation est grande, le sommeil s'éloigne, et cet état aigu persiste trois ou quatre jours. Lorsque la vaginale est très distendue et le testicule envahi par l'inflammation, la fièvre est plus vive encore et s'accompagne de frissons; les vomissements et les constipations sont opiniâtres, l'état nerveux est très accusé : « tous phénomènes, dit Alfred Fournier, qu'on a comparés à ceux de l'étranglement en général et qui résultent en effet d'un véritable étranglement du testicule dans sa coque fibreuse inextensible. » Il est des formes subaiguës; la fièvre est nulle, la douleur des premières heures s'apaise dès les premiers jours et il faut pour la réveiller une pression sur la glande, un mouvement intempestif, un effort. Le gonflement, à peine marqué sur le canal déférent, ne tuméfié que la queue de l'épididyme; il n'y a pas ou il y a très peu d'épanchement, et huit jours suffisent à le voir disparaître. Dubois, en 1866, a même décrit des épididymites « indolentes » que caractérise un gonflement du *globus minor* bien vite dissipé.

Pendant que s'établit l'épididymite, l'urétrite décroît ou se tarit, et tous les auteurs ont signalé cette métastase; il n'est pas rare de la voir reparaître avec son intensité première lorsque l'inflammation testiculaire s'apaise, et Mauriac en a publié plusieurs exemples. Nous pouvons rapprocher de ces faits ceux où la phlogose s'atténue d'un côté pour laisser carrière aux accidents aigus du côté opposé, et reprend lorsque ces derniers se résolvent. C'est à cette alternance que Ricord donnait le nom d'épididymite « à bascule ». L'inflammation des deux glandes peut être simultanée, mais exceptionnellement, quoique Ricord et plus tard Hardy en aient observé des cas. L'épididymite serait bilatérale 1 fois sur 50, dit Hardy; plus souvent, d'après les relevés de Fournier, qui, sur 879 cas, note 68 testicules blennorragiques doubles.

Les deux signes principaux sont donc la tuméfaction et la douleur. Mais ils présentent d'innombrables variétés : d'abord le gonflement peut être léger ou considérable, atteindre le seul épididyme, se cantonner au *globus minor* sans retentissement sur les autres parties; la vaginale même semble intacte. En opposition à ces cas, nous avons ces phlogoses massives qui frappent les organes génitaux, du canal éjaculateur au scrotum œdémateux, où toutes les parties, solidarisées par l'inflammation, ne sauraient être distinguées les unes des autres. On cite des formes exceptionnelles : le cordon peut être seul atteint, et la vaginale et l'épididyme rester intacts; Gosselin en a cité des exemples; il décrit un cas plus extraordinaire; il n'y avait ni déférentite, ni vésiculite, ni funiculite, ni vaginalite, ni orchite, ni épididymite, mais une simple *aberrantite* cantonnée dans le *vas aberrans* de Haller. Nous croyons en avoir observé une; mais, en présence de telles exceptions, on redoute quelque erreur de diagnostic. Rangeons dans ces faits bizarres ceux dont parlent Kocher et Fournier où le testicule serait seul atteint sans lésion concomitante de l'épididyme.

Le symptôme douleur n'est pas moins capricieux : la souffrance peut être nulle comme dans les épididymites « indolentes » de Dubois; mais on doit alors craindre la tuberculose qui se dépose souvent à froid. Puis nous avons les épididymites subaiguës où les douleurs spontanées sont à peine marquées; et par contre, ces inflammations qui provoquent d'intolérables souffrances, soit par étranglement du testicule envahi « dans sa coque fibreuse inextensible », soit par la distension de la vaginale, soit enfin par certaines prédispositions nerveuses aussi difficiles à nier qu'à expliquer. Mauriac⁽¹⁾ insiste sur les irradiations unilatérales et situées du même côté que le testicule malade; on constate de la rachialgie avec deux foyers, l'un supérieur rénal, l'autre inférieur sacrosciatique. Parfois la névralgie est lombo-abdominale, crurale, sciatique, intercostale, les réflexes peuvent avoir pour siège les plexus du grand sympathique et provoquer une névralgie rénale, hypogastrique ou épigastrique. Elle revient par accès, dont la gravité n'est point en rapport avec l'intensité de l'épididymite. Fréquemment elle est tardive et ne doit pas être confondue avec les *orchites névralgiques* de Gosselin et de Verneuil dont les douleurs débutent avec l'inflammation; celles-ci masquent, en certains cas, les autres symptômes du testicule blennorragique; parfois elles ne se développent qu'au deuxième ou troisième jour de l'affection; mais elles persistent après la disparition des accidents inflammatoires et se rapprochent alors des névralgies de Mauriac. Saison⁽²⁾ a

(1) MAURIAE, Étude sur les névralgies réflexes symptomatiques de l'orché-épididymite blennorragique. *Gazette médicale*, 1869.

(2) SAISON, Névralgies des testicules. *France médicale*, 1875, n° 34.