

publié d'intéressants exemples de cette variété. Enfin Marotte aurait vu — et Notta acceptait cette opinion — une névralgie ilio-scrotale du côté gauche engendrer une orchite de la glande correspondante.

Au cours de l'épididymite, le malade est souvent fatigué par des érections qu'on pourrait mettre sur le compte de l'urétrite initiale et par des pollutions nocturnes qui se répètent jusqu'à trois, quatre et cinq fois en une semaine : faut-il voir dans ce phénomène le résultat d'une irritation des vésicules séminales dont les parois contractiles expulseraient le sperme? Celui-ci est épais, jaunâtre, rempli de cellules épithéliales déformées, de granulations réfringentes, et, au début, de débris spermatozoïdes qui disparaissent si l'inflammation est bilatérale et si la glande saine ne mêle pas ses animalcules à la semence adultérée du testicule malade. Terrillon a montré que les éléments régressifs qui caractérisent le liquide séminal au cours de l'épididymite « se rencontrent encore pendant longtemps, même lorsque la guérison paraît complète ». Il n'est pas rare de constater une coloration rosée ou rouge, une *hématospermie* qui épouvante le patient; c'est cependant un phénomène sans importance que, bien avant Lansac⁽¹⁾, on attribuait à une vascularisation de la vésicule dont les capillaires se rompent en colorant d'une teinte vermeille le liquide qu'elle contient.

Complications. — Dans la forme de moyenne intensité, l'épididymite naît, se développe et décroît, pour disparaître à la fin de la troisième ou de la quatrième semaine; dès la première, elle atteint son apogée, reste quelques jours stationnaire, puis diminue, et du syndrome primitif il ne reste qu'un noyau induré de la queue, une sensibilité plus grande, parfois des adhérences de la séreuse ou un léger degré d'hydrocèle. Tout est fini au bout d'un mois, à moins que ne surviennent des reprises inflammatoires : les colonies microbiennes établies dans l'organe n'ont pas épuisé leur puissance, ou bien une nouvelle troupe, partie de l'urètre, recommence un exode à travers les canaux éjaculateurs, les vésicules et le canal déférent.

La terminaison par *résolution* n'est pas toujours observée, et si la guérison paraît complète, cet état peut n'être qu'apparent, car des troubles graves de la spermatogenèse sont parfois la conséquence de l'épididymite; lorsque l'inflammation est unilatérale, le noyau fibreux qui reste à la queue de l'organe s'oppose au libre passage des spermatozoïdes, mais le testicule sain sécrète des animalcules qui arrivent jusqu'au méat, et la fécondation est possible. Il n'en est plus de même dans les épididymites bilatérales. Gosselin a publié des observations où l'on voit la semence privée de zoospermes à la suite d'une inflammation double. Monod et Terrillon ont relevé dans les recueils 87 cas de testicules blennorragiques doubles où le produit de l'éjaculation avait été analysé plusieurs mois ou plusieurs années après la guérison apparente : 9 fois seulement il contenait des animalcules; cette stérilité peut n'être que passagère et les animalcules reparissent quand la masse fibreuse a fini par se résorber, dont la compression sur la queue de l'épididyme arrête la progression du sperme. Monod et Terrillon, après Godard et Liégeois, acceptent cette reviviscence des spermatozoïdes, mais pour eux la résolution de la masse fibreuse n'en assure pas le retour, car ils ne l'ont pas noté dans quelques cas

(1) LANSAC, Recherches sur l'hématospermie ou éjaculations sanglantes. Thèse de Paris, 1887.

où la queue de l'épididyme avait repris sa souplesse et où la nodosité avait disparu.

L'*atrophie* est rare; Gosselin n'en a observé qu'un cas; Nicaise en a publié un autre; on en trouve un troisième dans l'article de Mollière et Augagneur; nous en avons vu un quatrième. L'inflammation peut encore laisser comme reliquat une sensibilité particulière de l'organe, une douleur spontanée ou provoquée qui survient au moindre prétexte et qui constitue « le testicule irritable ». S'agit-il d'un foyer mal éteint, et la nodosité scléreuse de la queue de l'épididyme doit-elle être mise en cause? Monod et Terrillon le pensent, car « le sperme reste coloré en jaune et contient des globules de pus abondants, indice du catarrhe qui persiste ». Au demeurant, l'épididymite se termine d'ordinaire sans incidents ni accidents, et l'azoospermie seule n'est pas exceptionnelle. Quelques complications peuvent assombrir le tableau, le *pseudo-étranglement*, déjà signalé à propos des ectopies inguinales; il éclate aussi lorsque la glande est dans les bourses, et s'il n'est pas possible d'invoquer la compression de l'organe enflammé dans le trajet inguinal, on pense que le parenchyme testiculaire envahi — et cette fois il y aurait *orchite* au sens propre du mot — est comme étranglé dans son albuginée résistante; peut-être encore la sécrétion, trop abondante ou trop rapide dans la vaginale, exerce-t-elle sur la glande une compression traduite par le syndrome de l'étranglement. En général, les accidents tournent court : une ponction de la séreuse y suffit. La *péritonite* est plus grave; elle aussi complique l'ectopie. Mais elle peut s'allumer dans les migrations normales du testicule, et Velpeau, Godard, Ricord, Peter, Fournier en ont cité des exemples. Tandis que la glande occupe sa place normale, la péritonite éclate par propagation directe de l'inflammation, qui, du canal déférent gagne la séreuse de la fosse iliaque; les douleurs, le tympanisme, les vomissements, l'arrêt des matières, annoncent la gravité du mal; la mort en est souvent la conséquence, et, dans quelques autopsies, on a trouvé le petit bassin rempli de pus. Un cas de Ledouble montre le point où se fait l'infection; au cours d'une blennorragie, un jeune homme dont la vésicule et la prostate sont tuméfiées est pris d'une péritonite du petit bassin. Or, ce n'est qu'au bout de quarante-huit heures que le cordon, puis la queue de l'épididyme sont envahis; l'inflammation progresse de haut en bas, de l'urètre vers la glande.

Les *suppurations* de la *vaginale* et de la *glande* sont exceptionnelles; elles sont la conséquence d'un état général grave, antérieur à la chaudepisse. Leur histoire est à faire, et il serait difficile de dégager une symptomatologie bien nette des cas publiés par Vinot, Mickaniewski, Gosselin, Polailon, Bojorken. Le plus souvent, la bourse grossit, devient chaude et fluctuante au milieu de symptômes adynamiques; une ouverture se fait au scrotum; la vaginale vide son pus et le testicule montre déjà sur son albuginée une tache brunâtre qui s'ulcère et par où s'éliminent des tubes, du pus et du tissu conjonctif sphacélé. La *nécrose*, la *mortification* totale du testicule n'est pas mieux connue; elle se rapproche de ce que Gosselin appelle l'*orchite ulcéro-gangreneuse*. Nous en avons une observation remarquable : un chanteur ambulant, âgé de quarante-sept ans, est pris tout à coup, à la suite de plusieurs chaudepisses, d'une douleur vive de la bourse droite avec élancements, battements profonds, irradiation dans l'aîne; le testicule droit, quatre fois plus gros que le gauche, est enveloppé d'un scrotum œdémateux; le cordon est plus volumineux que le doigt; on pratique quelques mouchetures; la douleur s'apaise, mais un

abcès s'ouvre par où apparaît un bourbillon café au lait, peloton de tubes séminifères infiltrés de pus. La vaginale s'ulcère, le testicule, mis à nu, se perforé en un second point et les tubes s'expulsent par deux voies de sortie jusqu'à destruction complète de l'organe.

b. — ORCHITES CONSÉCUTIVES AUX TRAUMATISMES DE L'URÈTHRE

Cette variété, bien étudiée par Pilven ⁽¹⁾, est assez fréquente : sur 188 calculeux soumis au cathétérisme, Guyon signale 15 orchites, 6 sur 152 rétrécis dilatés, 4 sur 45 prostatiques sondés. En somme, l'orchite après passage des instruments, surviendrait 1 fois sur 15 chez les calculeux, sur 10 chez les prostatiques, sur 25 chez les rétrécis, sur 6 chez les individus atteints de cystite tuberculeuse, et sur 40 chez ceux qui ont une uréthrite chronique.

Le cathétérisme, le passage des lithotriteurs, des algalies, des divulseurs, de l'uréthrotome ou des instruments qu'on introduit pour retirer les corps étrangers de la vessie, les sondes à demeure la provoquent, surtout chez les vieux rétrécis et chez les vieux prostatiques dont la muqueuse est plus friable. Elle est couverte de microbes phlogogènes; à la moindre exulcération, la plaie s'inocule et, des canaux éjaculateurs, l'inflammation se propage aux vésicules, au canal déférent et à la glande elle-même. Ce sont les causes banales; on en cite d'exceptionnelles, et Monod et Terrillon l'ont vue survenir à la suite de l'ablation, au thermocautère, d'un épithélioma de la portion de la muqueuse rectale correspondant à la prostate et à l'origine des vésicules.

Elle présente quelques caractères spéciaux : à la suite du traumatisme du canal, au bout de deux ou trois jours d'après Hornbostel ⁽²⁾, ou bien brusquement, dès les premières heures, la région inguinale devient pesante et l'on sent une tuméfaction du cordon et de l'épididyme qui s'établit sans réaction locale vive; il faut une pression pour réveiller une douleur sourde. Le gonflement s'étend à toute la glande, et l'on trouve dans la vaginale un épanchement qui persiste malgré la résolution de l'inflammation épидидymaire. J'ai opéré une hydrocèle qui avait pour origine une orchite consécutive à un cathétérisme; cet épanchement serait rare, disent Hornbostel et Mondelet ⁽³⁾. A côté de cette forme subaiguë, il en est une où la douleur est intense, le gonflement considérable, l'infiltration des bourses très nette; on note de l'inappétence, de la fièvre légère, de l'insomnie; au bout d'un ou deux septénaires, cette inflammation tombe, mais la résolution de l'engorgement tarde, et il est fréquent de voir une rechute avant la guérison complète. Ces épидидymites à répétition sont le lot des calculeux, des rétrécis et des prostatiques.

Plus souvent que dans la variété blennorragique, le testicule est envahi. On ne s'en rend pas toujours compte à cause de l'œdème des bourses et de l'épanchement vaginal, mais l'orchite n'est pas rare, et même l'orchite suppurée; cette complication s'explique par l'âge du malade, son affaiblissement, l'artériosclérose dont il est atteint. En tout cas, les observations sont fréquentes où l'on

⁽¹⁾ PILVEN, De l'orchite consécutive au passage d'instruments dans le canal de l'urèthre. Thèses de Paris, 1884.

⁽²⁾ HORNBOSTEL, Thèses de Paris, 1859.

⁽³⁾ MONDELET, Des différentes variétés d'orchites aiguës. Thèses de Paris, 1857.

a noté la suppuration. Telle est l'opinion de Guyon et de son élève Pilven. J'ai recueilli deux exemples où le testicule fut détruit au milieu de symptômes alarmants. Dans le premier, des accidents ataxo-adiynamiques se déclarèrent, qui faillirent emporter le malade, un vieillard de soixante-douze ans; il vécut avec une atrophie totale de l'organe vidé par la suppuration. Cas à peu près semblables de Verneuil et de Gosselin. Il en est d'autres où la collection s'enkyste. Dans une pièce de Laugier, on voit, sur la coupe du testicule, « quatre ou cinq excavations, dont la plus grande pourrait loger un gros pois, séparées par des intervalles de parenchyme normal. Ces excavations, creusées dans la substance même de la glande, renferment du pus concrété ».

5° ORCHITES INFECTIEUSES ET DIATHÉSQUES

Leur nombre est grand et s'accroîtra peut-être encore. En tout cas, nous devons étudier l'orchite ourlienne, l'orchite amygdalienne, l'orchite varioleuse, l'orchite scarlatineuse, l'orchite typhoïdique, l'orchite grippale; puis, dans un ordre d'idées différent, l'orchite paludéenne — l'orchite de Guyane; enfin l'orchite rhumatismale et l'orchite goutteuse.

a. — ORCHITE OURLIENNE

C'est la variété la plus anciennement connue. Hippocrate la signale déjà. Dans l'île de Thasos « il survint des tumeurs aux oreilles »; puis « chez les uns immédiatement, chez les autres après quelque temps, des phlegmasies douloureuses aux testicules ». Cette mention fut exhumée au XVIII^e siècle. En 1761, Hamilton observe l'atrophie consécutive; Murat, Frank, au commencement de ce siècle, en citent des exemples; puis vient le mémoire de Grisolle, auquel on a peu ajouté. En 1876, Malassez et nous, donnions pour la première fois une description macroscopique et microscopique de la glande atrophiée.

L'orchite n'est pas la conséquence fatale de la fièvre ourlienne. Laveran ⁽¹⁾ a dressé quelques tableaux et nous en trouvons de nouveaux dans un article de Tédénat ⁽²⁾. La statistique de Laveran donne 211 orchites sur 699 cas d'oreillons; et celle de Bich 254 sur 862. On voit par le détail des tableaux que « le germe épidémique » joue un rôle, puisque dans l'épidémie de l'Ardent, nous trouvons 12 cas d'orchite sur 12 cas d'oreillons, et 27 sur 27 dans la relation de Dogny, tandis que dans les épidémies d'Albi, de Bayonne et de Melun, nous n'en rencontrons plus que 52, 26 et 7 sur 118, 105 et 56 fièvres ourliennes. En thèse générale, Vedrènes conclut à 56 pour 100 d'orchites dans les épidémies d'oreillons chez les militaires. L'âge n'est pas indifférent : Tédénat montre que, dans sa pratique, sur 15 enfants atteints d'oreillons, aucun n'eut d'orchite, tandis que, chez les adultes, il a constaté cette complication 26 fois sur 47 cas; Grisolle et Gintrac arrivent aux mêmes conclusions. Cette inflammation ne trouverait pas, dans le testicule stérile de l'enfance, un sol propre à son déve-

⁽¹⁾ LAVERAN, art. OREILLONS du *Dict. encycl. des sciences méd.*

⁽²⁾ TÉDENAT, Contribution à l'étude de l'orchite ourlienne. *Montpellier médical*, 2^e série, septembre 1885, p. 182.

loppement. L'orchite est le plus souvent unilatérale et, dans 7 cas seulement des 25 de Tédénat, elle affecte les deux côtés.

S'il y a des oreillons sans orchite, il peut y avoir des orchites sans oreillons, et la « fièvre ourlienne » se localiserait dans le testicule en épargnant la parotide; tous les auteurs en citent des exemples: Rességuier 1, Boyer 5, Vidal 5, Sorel 5, Kocher 4 et Tédénat 4. Déjà Monin, dans sa thèse de 1875, avait pu en réunir 57 exemples. Le fait serait fréquent, d'après Heller, puisque, dans une épidémie observée à Dantzig en 1876, la parotidite aurait manqué 19 fois sur 29 cas d'orchite ourlienne. Mais l'époque de l'invasion testiculaire pourrait induire en erreur; d'abord l'orchite précède parfois la parotidite: Lynch en a vu plusieurs exemples; Boyer en relève 7, Tédénat 5, et Roque signale « une épidémie dans laquelle l'orchite précédait généralement la parotidite ». D'autre part, l'orchite peut être tardive, et Grivet⁽¹⁾ relate deux faits où la glande spermatique fut envahie dix jours et trois semaines après la tuméfaction de la glande salivaire. Le délai ordinaire est de trois à cinq jours.

La fièvre ourlienne est une infection générale à localisation multiple; elle frappe aussi bien l'ovaire et la mamelle que le testicule; le fait est plus rare, voilà tout; et si la parotide est d'habitude la première et la seule glande salivaire atteinte, on signale aussi des oreillons sous-maxillaires et sublinguaux. Tédénat insiste sur la coexistence d'une stomatite et d'une urétrite; du moins, dans les cas d'oreillons salivaires et d'orchite, l'inflammation glandulaire ne serait jamais primitive; d'après lui, tous ses malades ont eu, avant le gonflement des testicules, de la cuisson au méat et de fréquents besoins d'uriner. « Dans 4 cas, chez des sujets n'ayant jamais eu d'urétrite et n'ayant pas pratiqué le coït depuis trois jours au moins, j'ai vu le méat rouge, et il m'a été possible, avec l'explorateur à boule, de ramener un peu de muco-pus. » Cette urétrite ourlienne, niée par Laveran, a été observée par Belloir, Graves, Stievenard, Barthès et Sanné; elle atteindrait en quelques heures les parties profondes du canal; elle resterait limitée à la couche épithéliale de la muqueuse, et retirerait à peine sur le tube épидидymaire, tandis qu'elle provoquerait des altérations plus profondes des canalicules séminifères. Le microorganisme des oreillons pénétrerait la glande spermatique par voie sanguine et provoquerait l'inflammation. Eraud et Hugonencq pensent au contraire qu'il faut incriminer leur *orchicoque* assez semblable au diplocoque trouvé par Laveran et Catrin.

L'inflammation n'envahit guère que le testicule proprement dit. Tous les auteurs sont d'accord, et Kocher, sur 11 cas observés en 1871, a vu l'épididyme toujours respecté et la vaginale sans épanchement. On signale pourtant quelques exceptions: dans 2 observations, Tédénat a constaté que « l'épididymite prédominait sur la testite », et Sorel, Comby et Catrin pensent que l'épididyme est presque aussi souvent atteint que dans la variété blennorrhagique. Dans quelques cas, l'épididyme serait seul frappé: Baum, Pilha, Jacob, Carpentier en ont publié des exemples. Boyer, de Montpellier, en a cité un où l'inflammation n'aurait porté que sur la vaginale et sur le sac scrotal. Mais comme il note l'atrophie du testicule, la glande avait été atteinte d'orchite ourlienne, à l'insu du clinicien. Il nous donne des observations, et Rilliet en a publié deux où le cordon était enflammé; Gosselin en a vu une où une prostatite coïncidait avec

⁽¹⁾ GRIVET, Deux cas d'orchite ourlienne tardive. *Archives de méd. et de pharm. militaires*, mai 1889, p. 565.

l'orchite, Rouges un autre où il y eut hydrocèle et abcès des bourses. Quant à l'atrophie, elle est devenue, d'après les relevés de Laveran, 105 fois sur 165 cas d'orchite; Védrens donne une proportion générale de 61 pour 100.

L'atrophie a une marche assez mal connue: les douleurs, le gonflement ont disparu; le médecin abandonne son malade, et au bout d'un, deux, trois, cinq mois, une circonstance quelconque fait découvrir la diminution du testicule. Tantôt il ne reste dans les bourses qu'un petit noyau, qui donne la sensation « d'une coque vide »; le volume d'une fève est celui qu'indiquent un grand nombre d'observations; si l'affection est bilatérale, le liquide éjaculé ne contient pas d'animalcules. Tédénat raconte l'histoire d'un sien ami, « médecin distingué de la région rhodanienne, chez qui un coup de pied détermina une orchite atrophique. Trois ans après, une orchite ourlienne s'empara du testicule sain; le sperme ne contient pas de spermatozoïdes; le coït est pourtant aussi facile et agréable qu'avant le malheureux accident ». Dans ce cas, l'atrophie fut persistante. « Il est possible, ajoute Tédénat, que plus d'une glande atrophie puisse au bout de quelques mois se re-

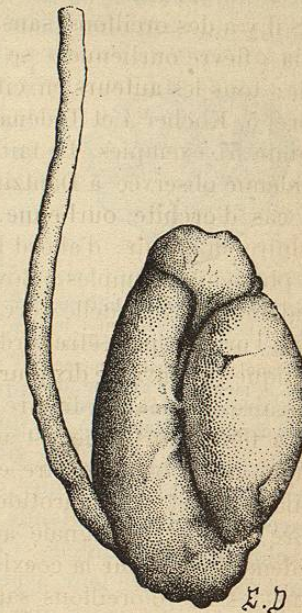


FIG. 267. — Testicule ourlien atrophie. L'épididyme conserve à peu près son volume normal. (Reclus.)

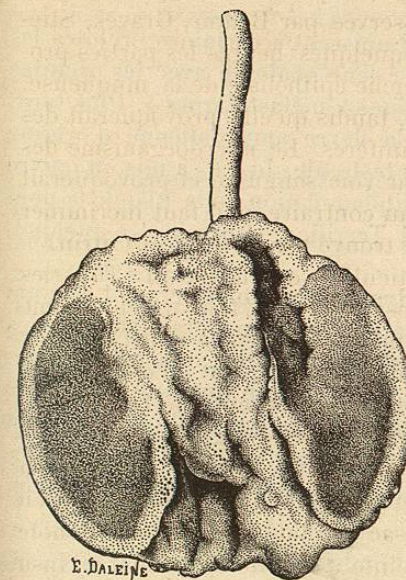


FIG. 268. — La glande de la figure précédente: coupe antéro-postérieure. (Reclus.)

faire et retrouver sa fonction. » Ainsi soit-il, mais qui a vu au microscope les lésions d'un pareil testicule ne peut conserver pareille espérance. On cite des cas où cette lésion a provoqué non seulement l'infécondité, mais l'impuissance, et chez des individus jeunes, le féminisme.

Nous avons⁽¹⁾, en 1876, étudié avec Malassez les désordres tardifs de la glande spermatique: le testicule est mou et flasque; l'albuginée est trop large pour son contenu; sur une coupe, on n'aperçoit plus de lobules séparés par les travées fibreuses; la substance glandulaire anémiée, sans vaisseaux apparents, opaline, d'un blanc laiteux; la surface de section en est uniforme, et les tubes séminifères ne s'y dessinent que vaguement. Lorsqu'on les pince, ils sont si grêles qu'ils ne tardent pas à se rompre. Au microscope, le tissu intercanaliculaire ne semble que peu modifié, et, dans les cas examinés par Malassez, les cellules conjonctives étaient à la fois plus jeunes et plus nombreuses,

⁽¹⁾ PAUL RECLUS, *Orchites chroniques*. Thèse de doct. de Paris, 1876, p. 27.