

l'urètre à la muqueuse du canal déférent, ou **métastatique** dans la pyémie, la variole; enfin, elle peut survenir sans cause appréciable, et on lui donne alors les noms d'épididymite **rhumatismale, catarrhale** ou **épidémique**.

Au sujet de la **marche** et du **diagnostic**, nous ferons les remarques suivantes :

L'épididyme devenu le siège d'une inflammation, augmente de volume pendant un ou plusieurs jours, et constitue alors une **tumeur en forme de casque**, tumeur très dure et extrêmement sensible à la pression, embrassant la face postérieure et les deux pôles du testicule (fig. 127 b). La tumeur peut dépasser le volume d'un œuf de poule. Parfois la forme de l'épididyme est masquée par l'apparition d'une périorchite aiguë concomitante; de même, on observe des différences de forme suivant que c'est la tête ou la queue de l'épididyme qui se trouve être surtout le siège de la tuméfaction inflammatoire. Dans les rares cas où l'on a eu l'occasion de faire des recherches anatomiques, on a constaté, outre l'infiltration et l'épaississement du tissu conjonctif entourant l'organe, les signes d'un **catarrhe purulent accompagné ou non de petits foyers de suppuration**. Le canal déférent, parfois même avant l'épididyme, est tuméfié et douloureux. Un symptôme initial très constant, ce sont les **douleurs** dans la région inguinale, douleurs s'irradiant dans différentes directions, comme dans l'orchite; mais elles sont moins intenses que dans cette dernière affection, et elles diminuent souvent dans le décubitus dorsal. La **fièvre** est modérée, et, dans bien des cas, elle ne dure que 2 ou 3 jours; après le 8^e jour les phénomènes locaux, la tuméfaction, l'induration et la sensibilité à la pression, sont en voie de diminution. Quelquefois, cependant, l'affection a une durée plus longue, surtout lorsque la tunique vaginale et le cordon participent à l'inflammation; la suppuration est rare. Pour ce qui concerne le diagnostic différentiel avec l'orchite, nous appelons encore une fois l'attention sur l'**œdème du scrotum qui accompagne l'épididymite**.

Le **pronostic** est défavorable, surtout au point de vue fonctionnel. A la suite d'une épididymite unilatérale LIÉGEOIS a constaté une diminution considérable des spermatozoïdes, et 21 fois l'absence complète de ces derniers sur 28 cas d'épididymite double. En outre, les récidives sont fréquentes, et **souvent la forme aiguë passe à la forme chronique**. Or celle-ci est, nous l'avons dit, la cause la plus fréquente de l'hydrocèle.

Le **traitement prophylactique** a été donné déjà à propos de la blennorrhagie de l'urètre; une fois l'inflammation développée, il consiste dans le repos le **plus complet, le scrotum relevé**, dans l'emploi du **froid** et du procédé de **compression** déjà décrit à propos de la périorchite aiguë. CURLING recommande les moyens abortifs consistant dans l'administration de purgatifs énergiques ou de tartre stibié. D'autres au-

teurs ont obtenu une amélioration rapide, à la suite de l'application de vésicatoires sur le scrotum, ou du badigeonnage de ce dernier avec une solution de nitrate d'argent (1 : 4). Le seul résultat certain, c'est la disparition de la douleur, ce que l'on peut, du reste, obtenir tout aussi bien par le traitement ordinaire. On a aussi utilisé avec succès contre la douleur le courant constant (pôle positif sur l'épididyme enflammé et pôle négatif sur le cordon), ainsi que l'application de sangsues sur le cordon. Toutes les incisions et ponctions doivent être rejetées.

L'**inflammation aiguë du cordon (funiculite, spermatite aiguë)** accompagne le plus souvent l'épididymite; plus rarement elle se montre isolément, et elle est alors d'origine urétrale. Elle se présente sous la forme d'une masse dure arrondie, s'étendant le long du cordon, et elle peut être prise pour une hernie étranglée. Le traitement consiste dans le repos, les bourses relevées.

§ 277. — L'**inflammation chronique du testicule ou orchite chronique**, succède à l'orchite aiguë, ou bien se développe sans cause appréciable. On en distingue 2 formes : la **forme diffuse** avec infiltration du tissu conjonctif interstitiel, et la **forme circonscrite** beaucoup plus fréquente, ou **abcès du testicule**. Dans cette dernière forme on trouve dans le testicule un, rarement plusieurs foyers de ramollissement à contenu mou, fibrillaire ou liquide; ces foyers varient du volume d'un pois à celui d'une grosse noix; ils ont une paroi épaissie, irrégulière, formée de tissu conjonctif; le parenchyme testiculaire est sain ou induré dans toute son étendue. L'épididyme, dans cette forme circonscrite, est sain ou légèrement induré; tandis que dans l'orchite diffuse, il est toujours affecté, du moins à une période avancée.

Un point important pour le **diagnostic**, c'est la lenteur d'évolution de ces deux formes d'orchite. Le testicule augmente peu à peu de volume pendant nombre d'années, pour atteindre, dans la forme circonscrite, des dimensions pouvant aller jusqu'à celles d'une tête d'enfant. Cette tumeur n'entraîne, d'habitude, aucun autre inconvénient que ceux qui résultent de son poids; dans quelques cas, cependant, le malade accuse de temps en temps des douleurs; de petits foyers purulents peuvent s'ouvrir pour laisser à leur suite des fistules; la tumeur, dans la forme diffuse, diminue peu à peu par la répétition de ce phénomène, et le testicule se transforme par rétraction cicatricielle en un corps dur et irrégulier. Dans d'autres cas, l'orchite chronique s'accompagne de douleurs qui s'exagèrent dans les efforts ou à la palpation. Le testicule est toujours sensible à la pression.

Dans le **diagnostic différentiel** on devra éliminer la périorchite chronique plastique déjà décrite, ainsi que la syphilis et la tuberculose sur lesquelles nous aurons à revenir plus loin.

Le **pronostic**, au point de vue de la conservation des fonctions du testicule, est tout à fait défavorable. Les cas les plus heureux se terminent

par atrophie testiculaire. Lorsqu'il se forme des fistules, celles-ci persistent souvent pendant des années.

Le **traitement**, d'après ce que nous venons de dire, sera purement symptomatique ou consistera dans la castration; cette dernière est toujours indiquée dans la forme diffuse, lorsqu'elle gêne beaucoup le malade et s'accompagne de suppuration et de violentes douleurs. Même dans les cas d'abcès du testicule, on réussira rarement par une incision à conserver une partie notable du parenchyme testiculaire; encore ici, c'est à la castration que l'on accordera la préférence.

§ 278. — **L'inflammation chronique de l'épididyme (épididymite chronique)** succède le plus souvent à la forme aiguë et consiste en une hypertrophie et hyperplasie du tissu connectif qui sépare les circonvolutions de cet organe. Elle se présente sous la forme d'une nodosité dure, siégeant surtout à la queue de l'épididyme, moins souvent à la tête et plus rarement encore sur le corps de l'organe. Dans les cas de persistance de l'affection des voies urinaires, la tumeur peut atteindre les mêmes dimensions et présenter la même forme que dans l'inflammation aiguë.

L'épididymite chronique peut guérir par régression spontanée. Toutefois ce mode de terminaison ne s'observe jamais qu'après la guérison de l'affection des voies urinaires. Les douleurs sont, en général, peu intenses; rarement le malade accuse ces irradiations douloureuses dans les régions inguinale et lombaire dont il a été fait mention déjà plusieurs fois. Des douleurs locales plus vives permettent de conclure au développement d'abcès; ces derniers laissent à leur suite des fistules très persistantes.

Le **traitement** consiste dans l'éloignement de toutes les causes nuisibles, dans l'application d'un suspensoir rembourré et s'adaptant bien au scrotum; on essayera également l'usage interne de l'iodure de potassium, à l'aide duquel nous avons obtenu certainement une amélioration dans un certain nombre de cas. Quand à l'application locale de substances médicamenteuses, elle n'est d'aucune utilité. Dans les cas où il se forme un **abcès**, une **large incision** au niveau de la face postérieure du scrotum est suivie d'une guérison parfois lente, il est vrai, mais complète. Les fistules doivent être toutes incisées jusqu'au tissu malade. Lorsqu'il existe des abcès multiples, que l'organe entier est malade et fortement augmenté de volume, le plus souvent c'est à la **castration** qu'il faut avoir recours, comme au seul moyen capable de délivrer le malade de ses souffrances.

Comme appendice aux inflammations nous devons mentionner encore l'affection connue sous le nom de **fungus bénin du testicule**, se présentant sous la forme d'une tumeur rougeâtre ou jaunâtre, recouverte de granulations, tumeur qui fait saillie à la surface du scrotum et varie du volume d'une noisette jusqu'à celui d'un œuf de poule. La peau du scrotum est froncée, épaissie et séparée du fungus par un sillon profond.

La tumeur formée de granulations et d'un tissu conjonctif myxomateux lâche, pénètre jusque dans la substance du testicule, rarement elle prend naissance sur la tunique albuginée. Elle se développe à la suite de la perforation d'une orchite suppurée, ou comme nous l'avons déjà mentionné, à la suite de plaies ayant pénétré jusque dans la substance du testicule; ou bien encore elle est la conséquence d'une dégénérescence du parenchyme testiculaire par formation de gommages, soit dans la syphilis (qui en est la cause la plus fréquente), soit dans la tuberculose.

Le fungus qui se développe à la suite de plaies ou de l'ouverture spontanée d'un abcès du testicule, guérit d'habitude spontanément; de même celui qui survient dans la syphilis, cède à un traitement antisiphilitique convenable. Dans la tuberculose du testicule la castration est indiquée. Dans le but d'obtenir une prompte guérison du fungus bénin, lorsqu'il n'est pas sous la dépendance d'une dyscrasie, ou que la guérison de cette dernière a pu être obtenue, Syme s'est servi de la méthode suivante: le fungus est avivé superficiellement, puis, à la base, la peau du scrotum est détachée par une incision ovale, avivée, mobilisée et réunie au-dessus de la tumeur.

2. Néoplasmes du testicule et de l'épididyme.

§ 279. — Le testicule et l'épididyme sont très souvent le siège de néoplasmes de nature très diverse; à l'exception de quelques tumeurs kystiques que l'on peut faire disparaître par l'incision ou l'extirpation, et des gommages qui cèdent à un traitement antisiphilitique, la guérison de ces néoplasmes exige l'ablation du testicule ou castration. Dans la description qui va suivre nous ne parlerons du traitement que lorsque la guérison peut être obtenue autrement que par la castration.

1. **Les néoplasies syphilitiques** débutent le plus souvent sans douleur et s'accroissent lentement. Plus rarement, le malade accuse des douleurs intenses, locales et irradiées, comme dans les inflammations aiguës. Le testicule devient le siège d'une tuméfaction régulière et peut atteindre le volume d'un œuf d'oie, ou bien des indurations et des saillies en forme de nodosités correspondent à des gommages développées dans le tissu de la glande. Cette affection se termine par une induration fibreuse avec diminution de volume de l'organe et destruction du parenchyme proprement dit, ou bien par le ramollissement des gommages, leur perforation et la formation de fistules. Toutefois le processus ne peut évoluer ainsi que dans l'espace de quelques mois. La tumeur testiculaire n'est le plus souvent pas douloureuse à la pression, sa consistance est dure; rarement elle s'accompagne d'hydrocèle (**H. symptomatique**). Les deux testicules deviennent malades en même temps ou en succession rapide; quelquefois cependant des mois et des années s'écoulent entre