

## TUMEURS DU SCROTUM.

On a observé rarement dans les enveloppes des bourses des *lipomes*, des *fibromes*, des *fibro-myomes*, des *angiomes*, des *kystes*, des *sarcomes*.

Les angiomes sont formés par des tumeurs veineuses, peut-être d'origine congénitale ; elles peuvent s'accroître d'une manière intermittente avec des phénomènes inflammatoires (Verneuil).

Les kystes sont surtout des *kystes sébacés* et quelques kystes *uniloculaires* ou *multiloculaires* d'origine indéterminée pouvant peut-être succéder à une hématocele pariétale par épanchement.

Curling a décrit un kyste multiloculaire à *contenances*, formé par la réunion de 20 à 50 petits kystes.

Les autres tumeurs, le sarcome et le carcinome, sont tout à fait exceptionnelles.

## CANCER DU SCROTUM ; CANCER DES RAMONEURS.

Sous ce nom P. Pott décrivit en 1775 une affection ulcérate du scrotum, dont il rattachait le développement à l'action nocive de la suie. A. Cooper et Curling ont démontré que cette action ne s'exerçait pas seulement sur le scrotum des ramoneurs, mais aussi sur les joues, les oreilles, les mains, en un mot sur toutes les parties exposées au contact de la suie et aux frottements contre les parois des cheminées.

D'après Curling, les chauffeurs de fourneaux dans les mines présenteraient la même affection. Les fondeurs exposés aux vapeurs ammoniacales, les paraffineurs, les muletiers mexicains, seraient également exposés à son développement (Julien, art. SCROTUM, *Dict. méd. et chir. prat.*). Quelquefois aucune cause ne peut être invoquée.

Le cancer des ramoneurs s'observe surtout chez les adultes jeunes et ne se voit pas dans l'enfance.

L'examen microscopique a démontré qu'il s'agissait d'un épithélioma.

**Symptômes.** — La maladie débute à la partie inférieure du scrotum par un petit ulcère superficiel, douloureux, à bords durs et

relevés (*poireau de la suie*). L'ulcération gagne rapidement dans tous les sens et envahit les testicules, les ganglions inguinaux et abdominaux.

Le *cancer des paraffineurs*, dont la nature histologique n'a pas encore été nettement déterminée, a une marche beaucoup plus lente et une moins grande tendance à la récurrence et à la généralisation que le cancer des ramoneurs.

Le seul traitement consiste dans une large ablation de la partie dégénérée, sans crainte de mettre les testicules à nu. Ceux-ci se recouvrent toujours facilement par le bourgeonnement et le rapprochement des parties sectionnées.

## AFFECTIONS DE LA TUNIQUE VAGINALE

## I

## LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA TUNIQUE VAGINALE.

## CONTUSIONS ET PLAIES.

La contusion des bourses étendue jusqu'à la tunique vaginale est suivie d'un épanchement de sang dans sa cavité.

Cet épanchement porte le nom d'*hématocele traumatique* de la tunique vaginale.

## HÉMATOCÈLE TRAUMATIQUE DE LA TUNIQUE VAGINALE.

**Étiologie.** — Il est rare qu'un épanchement sanguin abondant se produise dans la tunique vaginale à l'occasion d'une contusion ou d'une plaie sans que cette membrane soit le siège avant l'accident d'un processus chronique qui la prédispose aux ruptures vasculaires ; aussi la présence d'une hydrocele, d'un varicocèle, d'une tumeur du

testicule ou d'une vaginalite chronique subaiguë antérieure, constitue une cause prédisposante de premier ordre.

C'est dans ces conditions que la contusion du scrotum produit l'hématocèle.

Celle-ci se produit quelquefois dans la ponction de l'hydrocèle; le sang peut s'écouler dans la cavité vaginale par le mécanisme de l'hémorrhagie *ex vacuo*, ou par la piqûre d'une veine ou la blessure maladroite du testicule.

La blessure accidentelle de l'artère spermatique a été vue par Scarpa.

**Anatomie pathologique.** — La quantité de sang épanchée est variable; elle peut distendre la tunique vaginale. Le sang est pur ou mêlé à de la sérosité (*hydro-hématocèle*). Il se présente sous la forme d'un liquide séro-sanguinolent tenant en suspension des grumeaux fibrineux; au bout de quelques jours, il devient épais, visqueux, ressemblant à du chocolat ou à du raisiné; plus tard la partie liquide se décolore ou se résorbe et la fibrine se dépose sous la forme de caillots et de feuillets stratifiés à la face interne de la vaginale. La présence de ces conerétions détermine un travail hyperplasique dans le tissu sous-séreux avec épaissement des parties et production de néo-membranes vasculaires dont les vaisseaux fragiles peuvent eux-mêmes se rompre et reproduire l'hémorrhagie. On se trouve alors en présence d'une *vaginalite chronique* qui, dans bon nombre de cas, existe avant le premier accident.

Dans des cas assez rares, surtout à la suite d'une ou de plusieurs ponctions, le foyer sanguin peut se transformer en foyer purulent.

**Symptômes.** — Dans les cas de contusion, le scrotum est fortement ecchymosé et ses diverses couches adhèrent entre elles. Après l'accident, il se produit une tumeur développée rapidement. Elle est généralement arrondie, lisse, quelquefois piriforme, à grosse extrémité dirigée en bas, rénitente et fluctuante dans les premiers jours. Plus tard, la palpation ne fait plus reconnaître qu'une fluctuation obscure se retrouvant par places à côté de parties indurées donnant l'idée de corps solides.

Le testicule est difficile à sentir au milieu de l'épanchement et n'est souvent reconnu que grâce à la douleur caractéristique provoquée par la pression. Quand l'hématocèle se fait dans une hydrocèle préexistante, il y a accroissement subit de la tumeur et

production d'une violente douleur due à la distension rapide de la poche.

Si elle complique une opération d'hydrocèle, une quantité plus ou moins grande de sang ou de liquide sanguinolent s'échappe par la canule dans les derniers temps de l'opération et la tumeur se reproduit rapidement en devenant plus dense et opaque.

L'hématocèle se termine en général par résolution, avec résorption lente du liquide; quelquefois elle est suivie d'une vaginalite chronique dans laquelle la tumeur augmente au contraire progressivement en devenant plus dure et plus résistante. Rarement elle se termine par suppuration.

**Diagnostic.** — L'hématocèle traumatique se reconnaît en général facilement aux circonstances dans lesquelles s'est produit l'accident, à l'ecchymose concomitante du scrotum, à la présence profonde du liquide dans lequel le testicule est perdu, à l'absence de transparence, à l'inégalité de consistance de la tumeur.

**Traitement.** — Le traitement doit consister, pour les cas simples, dans le repos au lit, les bourses relevées et recouvertes d'applications résolutives.

Quand la collection est considérable, elle sera vidée par ponction, et si l'on suppose la présence de caillots ou de fausses membranes ne pouvant sortir par la canule, la poche est d'emblée largement ouverte, débarrassée des produits qui l'encombrent, puis suturée sur un drain et pansée antiseptiquement.

La même conduite s'impose dès qu'il y a menace de suppuration, ou suppuration confirmée.

La ponction avec injection iodée peut donner de bons résultats, quand il s'agit d'une hydro-hématocèle.

Les *plaies* du scrotum qui intéressent la tunique vaginale se compliquent d'un épanchement sanguin dans la cavité séreuse et de son inflammation. Elles peuvent donner lieu à un accident qui mérite d'être décrit à part, la *hernie du testicule*.

Le testicule peut faire hernie à travers ses enveloppes soit à la suite d'une plaie de ces membranes, soit spontanément à travers une ulcération succédant à la chute d'une eschare. Aussi on distingue

une hernie *traumatique* et une hernie *spontanée* dont les signes sont assez semblables pour que les deux affections puissent être rapprochées dans la description.

**Hernie traumatique.** — La hernie *traumatique* est dite *primitive* quand le testicule s'échappe immédiatement à travers la plaie; elle est dite *secondaire* quand le testicule, dénudé mais non hernié au moment de l'accident, s'engage secondairement dans la plaie scrotale pendant sa réparation et fait une saillie progressivement croissante.

L'histoire des hernies traumatiques du testicule a été bien faite dans un mémoire de Foucart (*Gaz. des hôpitaux*, 1846) et dans le *Compendium* de Pitha et Billroth (art. TESTICULE, par Kocher).

**Étiologie.** — La hernie du testicule semble surtout se produire quand la force vulnérante qui détermine la plaie des bourses attire ou pousse en même temps le testicule à l'extérieur; la propulsion par une balle, l'attraction par un crochet, réalisent ce mécanisme. La direction de la plaie des bourses ne semble pas avoir une grande influence sur la production de l'accident.

Le mécanisme est des plus simples quand la solution de continuité des enveloppes est considérable.

**Symptômes.** — Le testicule à nu, recouvert de la tunique albuginée brillante, se montre en partie à travers la plaie (*H. incomplète*) ou fait issue tout entier à l'extérieur (*H. complète*). Il peut pendre et descendre quelquefois jusqu'à la partie moyenne de la cuisse.

Le scrotum rétracté au niveau de la plaie a pu déterminer un étranglement au niveau de la partie herniée, avec augmentation de volume de l'organe et difficulté de la réduction (Voillemier).

On signale la possibilité d'un épanchement séro-sanguin dans la tunique vaginale; il faut admettre dans ce cas que la plaie de cette membrane est déjà cicatrisée ou qu'elle est suffisamment oblitérée par les adhérences du testicule à son niveau.

Abandonné à l'extérieur, le testicule se recouvre d'une couche de bourgeons charnus dont l'épidermisation peut lui former une cicatrice ou dont la rétraction attire la peau voisine en avant de la glande. Quelquefois, il devient le siège d'une sorte de gangrène superficielle, sans aucune tendance à la cicatrisation. Maunoury a vu, chez un blessé abandonné sans soins, le testicule hernié soli-

dement greffé à la région inguinale, d'où il ne put être détaché que par la dissection des adhérences.

Après la réduction, la guérison s'opère en général avec facilité et rapidement.

**Traitement.** — La réduction est absolument indiquée et doit être pratiquée le plus tôt possible après l'accident, avec débridement de la plaie si l'orifice est resserré. La réunion du scrotum sera faite et un drain introduit dans la cavité vaginale.

Quand l'accident date de plusieurs jours, si le testicule est recouvert de bourgeons charnus de bonne nature, il doit être abandonné à lui-même et rentrera probablement par réduction spontanée.

La réduction tardive ne sera pratiquée que si l'organe est étranglé par les lèvres de la plaie ou n'a pas de tendance au bourgeonnement et à la réparation. Il peut devenir alors nécessaire de faire l'ablation du testicule ectopié.

**Hernie spontanée du testicule.** — Cette complication se produit quelquefois à la chute des eschares produites par l'infiltration d'urine, le phlegmon diffus, la gangrène des bourses.

Le testicule hernié présente des adhérences solides avec les téguments au niveau de la perte de substance et ne peut être réduit; il se recouvre d'une couche cicatricielle ou des téguments grâce à la rétraction des bourgeons charnus voisins.

Le traitement consiste en pansements légèrement compressifs.

## II

### LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DE LA TUNIQUE VAGINALE.

#### HYDROCÈLE DE LA TUNIQUE VAGINALE.

L'hydrocèle est l'accumulation de sérosité dans la tunique vaginale. On distingue une hydrocèle *congénitale* survenant au moment de la naissance ou peu de temps après, dans laquelle le conduit vagino-péritonéal n'est pas oblitéré et où il y a communication de la séreuse vaginale avec la séreuse péritonéale, et une hydrocèle *non congénitale, commune*, dans laquelle l'accumulation de liquide se fait dans la cavité vaginale fermée de toutes parts.

## a. — HYDROCÈLE COMMUNE, NON CONGÉNITALE.

**Étiologie.** — L'hydrocèle est une affection très fréquente surtout dans l'enfance et la vieillesse et particulièrement dans les pays chauds, à la Guadeloupe et à la Martinique.

Les causes en sont presque absolument inconnues. D'après Panas, la plupart des hydrocèles seraient symptomatiques d'épididymites chroniques, latentes, entretenues par quelque affection du col de la vessie ou de la prostate.

L'exploration de la tunique vaginale pratiquée aujourd'hui après la large incision pour la cure de l'hydrocèle y fait reconnaître très fréquemment des petits kystes de l'épididyme, des corps étrangers libres ou adhérents, des exsudats sanguins ou pseudo-membraneux, des plaques calcaires ou cartilagineuses (Volkman, Julliard). Toutes ces productions peuvent déterminer une irritation sécrétoire de la séreuse.

Il est donc vraisemblable que l'hydrocèle n'est pas plus *essentielle* ni idiopathique que les autres hydropisies, presque toujours symptomatiques d'une lésion irritative de la séreuse ou d'un organe voisin. Kocher la désigne sous le nom de *vaginalite chronique séreuse*.

Toutes les affections de l'épididyme et du testicule peuvent s'accompagner d'un épanchement qu'on désigne quelquefois sous le nom d'*hydrocèle symptomatique*.

**Anatomie pathologique.** — Elle comprend l'étude du liquide, de la tunique vaginale, du testicule et de l'épididyme.

Le *liquide* peut varier de quantité, de quelques grammes à plusieurs litres; il est en général limpide, jaune pâle, citrin, offrant la teinte du sérum du sang, quelquefois coloré en rose ou rouge; et dans des cas rares, il tient en suspension des paillettes de cholestérine.

On désigne sous le nom d'hydrocèles *laiteuses* des épanchements dans lesquels le liquide a la couleur et la consistance du lait légèrement étendu d'eau.

La densité du liquide de l'hydrocèle est de 1025, sa réaction est alcaline et due au chlorure de sodium et de potassium. Sa composition le rapproche beaucoup de celle du sérum du sang; il contient 8 à 10 pour 100 de matières albuminoïdes sous forme d'albumine

et de métalbumine. Aussi quelques gouttes d'acide nitrique jetées dans le liquide de l'hydrocèle le font coaguler en masse.

L'apparence laiteuse est due à la présence d'une grande quantité de matière grasse et quelquefois à la présence de *filaires* (Le Dentu).

La tunique vaginale peut ne présenter aucune altération; dans les hydrocèles anciennes, le tissu sous-séreux est quelquefois épaissi; il peut devenir le siège de plaques ossiformes, crétifées, qui se pédiculisent peu à peu et peuvent former des corps étrangers de la tunique vaginale, après rupture de leur pédicule.

La vaginale se distend en général d'une manière uniforme sous la pression du liquide; mais, dans quelques cas, la résistance de la tunique fibreuse ne permet pas un développement régulier de la tumeur. Béraud a décrit un aspect *bilobé* de l'hydrocèle tenant à la présence d'une bande fibreuse circulaire.

La collection peut être si considérable qu'elle pénètre dans l'intérieur du trajet inguinal, en arrivant même jusqu'à son orifice interne qu'elle franchit dans des cas exceptionnels. Il y a alors une tumeur *scrotale* et une tumeur *inguinale* ou même *abdominale*; c'est à cette variété que Dupuytren a donné le nom d'*hydrocèle en bissac*. Cette disposition n'est guère explicable que par la persistance de la perméabilité du conduit vagino-péritonéal; et cette hydrocèle appartient ainsi à la classe des hydrocèles congénitales.

Enfin Béraud a décrit un fait exceptionnel dans lequel il existait deux poches distinctes, l'une superficielle ou scrotale, l'autre profonde ou vaginale, communiquant entre elles par une ouverture assez large. Cette disposition serait possible, d'après Béraud, grâce à la présence de diverticules en doigt de gant, situés à la partie supérieure de la tunique vaginale.

Le testicule, dans l'hydrocèle, est situé *en dedans, en arrière et en bas*. Cette situation lui est imposée par la disposition anatomique de la tunique vaginale, qui se laisse distendre plus facilement en dehors et en haut, grâce à sa moindre résistance et à sa plus grande étendue en ces points. L'absence de séreuse en arrière du testicule fait que celui-ci est repoussé en arrière par l'accumulation du liquide situé à sa face antérieure.

Cette situation est modifiée dans le cas d'adhérence ou d'inversion du testicule. Dans la forme la plus ordinaire d'*inversion antérieure*

où l'épididyme est situé en avant, le testicule est en avant et l'épanchement se produit en arrière.

Le testicule et l'épididyme sont en général sains dans l'hydrocèle dite idiopathique; ils peuvent cependant, dans certaines hydrocèles anciennes et volumineuses, subir des altérations secondaires (Lannelongue, Marimon, Thèse de Paris, 1874). Ces auteurs, ainsi que Gosselin et avant eux Curling, ont noté une sorte d'allongement de l'épididyme et des vaisseaux afférents et même un écartement de la tête de l'épididyme qui se détache du testicule.

Gosselin a signalé l'*anémie* et l'*atrophie* testiculaires qui sont loin d'exister constamment. Le spermé ne contient plus que des spermatozoïdes en dégénérescence granulo-graisseuse ou même n'en renferme pas du tout, quand les altérations épiddymaires sont très prononcées.

**Symptômes.** — L'hydrocèle se présente sous la forme d'une tumeur ovoïde, piriforme, à grosse extrémité dirigée en bas; elle est régulière, lisse, élastique, fluctuante; elle est irréductible par la pression ou l'élévation des bourses.

Elle est *transparente*, elle laisse passer la lumière; elle est indolente à la pression et ne détermine que par son volume une certaine sensation de tiraillements dans le cordon ou la région lombaire.

Dans l'hydrocèle volumineuse, la peau de la verge est attirée vers le scrotum et le pénis se trouve englobé dans la tumeur; son orifice se présente sous forme d'une dépression ombiliquée de laquelle l'urine ne s'écoule qu'avec peine.

La forme de la tumeur se trouve modifiée dans les variétés exceptionnelles d'hydrocèle *bilobée* et d'hydrocèle *en bissac* que nous avons décrites plus haut. La fluctuation se transmet facilement dans ce dernier cas de la poche scrotale à la poche inguinale ou abdominale, et indique leur continuité et leur facile communication. La poche inguinale augmente dans le décubitus dorsal et diminue dans la station verticale; l'inverse se produit pour la poche scrotale.

La transparence, signe pathognomonique de la présence d'un liquide séreux dans la tunique vaginale, se perçoit en plaçant le malade en pleine lumière et en regardant à travers un stéthoscope exactement appliqué sur le scrotum. Quelquefois la transparence est telle qu'il n'y a pas besoin de faire usage du stéthoscope, surtout si la tumeur est bien pincée et si les téguments sont bien tendus entre

les doigts. Dans ce cas, une opacité très petite, située en arrière et en bas, indique nettement la place du testicule.

Cette opacité testiculaire fait quelquefois défaut. Elle est située en avant et en haut quand il y a inversion du testicule.

Le plus souvent la présence du testicule est décelée par la pression, qui réveille sa sensibilité spéciale, accusée par le malade.

Ordinairement la transparence est cherchée à l'aide d'une lumière placée d'un côté du scrotum pendant qu'on regarde de l'autre avec le stéthoscope, en ayant soin de couvrir avec la main la partie que l'on veut examiner pour empêcher la diffusion de la lumière.

La transparence fait défaut quand le liquide n'est pas limpide ou s'il est mélangé avec du sang et quand les parois de la poche sont épaisses.

Enfin un phénomène rare, surtout observé dans l'hydrocèle *bilobée*, consiste dans une sensation de *crépitation* donnée par la pression de la tumeur, crépitation analogue à celle des kystes à grains riziformes et peut-être due à la présence de corps mobiles de la tunique vaginale.

**Marche.** — La marche de l'hydrocèle est essentiellement lente et chronique; la tumeur s'accroît lentement pendant des années, d'une manière progressive.

Chez les enfants, elle peut disparaître spontanément ou après un traitement des plus simples; chez l'adulte, cette résolution est exceptionnelle; elle a cependant été observée par Pott, Curling, Brodie et Nélaton.

Quelquefois, le kyste se rompt soit à la suite d'un effort ou d'une contusion, soit sans cause appréciable, et disparaît pendant un certain temps après diffusion et absorption du liquide dans les lames celluluses du scrotum. Cette rupture peut s'accompagner d'un épanchement sanguin dans la cavité vaginale et dans les bourses, et de la transformation d'une hydrocèle simple en hydro-hématocèle.

**Diagnostic.** — La forme en poire ou en haricot de la tumeur, sa résistance, sa fluctuation et surtout sa transparence sont des signes qui permettent de reconnaître facilement l'hydrocèle. La transparence qui manque quelquefois à un premier examen peut être décelée en tendant fortement les téguments et en faisant saillir la tumeur pincée entre les doigts.