

créant une fistule artificielle au périnée et en maintenant à demeure dans la vessie une sonde introduite par cette voie jusqu'à ce que la fistule urétrépénienne fût complètement cicatrisée.

Quel que soit le procédé auquel on a recours pour la guérison d'une fistule urétrépénienne, il importe de prévenir les érections par l'administration des préparations camphrées et opiacées.

SECTION XLII.

MALADIES DES TESTICULES, DE LEURS ENVELOPPES ET DU CORDON SPERMATIQUE.

CHAPITRE I.

ANOMALIES ET VICES DE CONFORMATION DES TESTICULES.

Les testicules présentent parfois dans leur nombre, leur situation et leur volume, des particularités qui offrent un grand intérêt, au point de vue du diagnostic des tumeurs des bourses.

1° Est-il vrai qu'on ait rencontré quelquefois trois testicules chez un seul individu ? Les faits de ce genre sont tellement rares, que Curling n'en a trouvé qu'un seul exemple authentique, dû à Blasius. Il est certain qu'on a souvent pris pour un testicule surnuméraire toute autre tumeur du scrotum ayant une ressemblance grossière pour la forme et le volume, avec l'organe prolifique.

2° On a également avancé qu'un seul testicule, ou même tous les deux, manquent parfois. Pareille assertion ne peut être fondée que sur un examen de l'individu après la mort. En effet, il arrive souvent que les testicules sont retenus dans l'abdomen ; ce qui en impose pour une absence de ces organes. Néanmoins, il existe quelques faits d'absence réelle de l'un des testicules ou de tous les deux, ainsi que le démontrent les observations rapportées par Page, Fisher, Thurnam, Friese.

3° Ce n'est pas seulement le testicule qui peut manquer ; quelquefois c'est une portion du canal déférent qui fait défaut, quoique le testicule existe ; les observations de Hunter, de Tenon, de Brugnone, de Bosscha, de Gosselin, ne sauraient permettre de doute sous ce rapport.

4° Le testicule n'occupe pas la même place à toutes les époques de la vie ; il est primitivement situé dans la région lombaire ; et, par le fait même des progrès du développement du fœtus, il descend peu à peu dans le ca-

nal inguinal qu'il parcourt dans toute son étendue, pour sortir par l'orifice externe et pour tomber finalement dans le scrotum, où il reste logé après la naissance. Pendant cette migration, le testicule entraîne un repli du péritoine qui communique pendant quelque temps avec la cavité de la grande séreuse abdominale, mais qui est généralement séparé d'elle à la naissance ; c'est ce repli ou poche qui est destiné à former la tunique vaginale du testicule. Or il arrive quelquefois que le testicule ne parcourt pas les différentes phases de cette migration : il se peut que l'organe reste toute la vie dans l'intérieur de la cavité abdominale et qu'on n'en trouve aucune trace ni dans le scrotum ni à l'aîne, ni dans le canal inguinal. C'est là un vice de conformation qui n'entraîne pour le sujet aucune douleur ; mais il résulte des recherches de Goubaux sur les étalons, de celles de Godart sur l'homme, que, dans ce cas, on ne rencontre jamais de spermatozoïdes dans le sperme, bien que l'homme comme le cheval aient la faculté d'entrer en érection et de se livrer à la copulation. D'autres fois, le testicule reste logé, soit dans le canal inguinal, soit à l'aîne : Hunter, Ricord, Vidal et Ledwich, l'ont trouvé logé dans le périnée ; Vidal et Eckardt ont constaté le passage de l'organe à travers l'anneau crural.

Dans tous les cas, on distinguera toujours le testicule de toute autre tumeur, par la douleur spéciale, *énervante*, réveillée par la pression, et par l'absence concomitante de l'organe dans le côté correspondant du scrotum.

Il est difficile d'assigner la cause de la migration du testicule jusqu'au périnée ou à travers le canal crural. Il est plus facile de trouver l'explication de l'arrêt de l'organe soit dans l'abdomen, soit dans le canal inguinal, soit à l'aîne, en invoquant la faiblesse ou la paralysie du muscle crémaster, l'existence d'adhérences qui maintiennent le testicule dans l'abdomen, l'étroitesse du canal ou de l'anneau inguinal externe.

Il est d'observation que le testicule s'atrophie généralement quand il reste dans le canal ou à l'aîne ; aussi est-il préférable, lorsqu'un enfant vient au monde avec une absence de testicule dans le scrotum, de prévenir la sortie de l'organe par l'application d'un bandage plutôt que d'en favoriser la descente. Mais si le testicule est déjà arrivé au niveau de l'aîne, il faudra suivre une conduite opposée. On voit souvent, en effet, dans de pareilles conditions, le testicule descendre peu à peu et s'engager dans le scrotum.

5° Nous venons de voir que l'arrêt des testicules, soit dans le canal inguinal, soit à l'aîne, est en général une cause d'arrêt dans le développement de l'organe. En dehors même de ces circonstances, il arrive parfois qu'un testicule arrivé dans l'intérieur du scrotum ne se développe pas à l'époque de la puberté, et qu'un adulte présente ainsi des testicules qui ne sont pas supérieurs à celui d'un enfant. D'autres fois les testicules, après avoir acquis le volume normal, à l'époque de la puberté, subissent une atrophie progressive sous l'influence d'une maladie de l'organe ou d'un obstacle à la circulation, dans le *varicocèle* par exemple.

6° Les testicules sont ordinairement disposés dans les bourses de telle façon que la face libre de l'organe est tournée en avant et un peu en bas, tandis que le bord auquel adhère le cordon et l'épididyme regarde en

haut et en arrière. Cette situation est sujette à varier et toutes les fois qu'elle diffère de la précédente, elle prend le nom d'*inversion* du testicule. Ces changements, dans la direction de l'organe signalés par Maisonneuve, Aubry, Ricord, Velpeau, Vidal, Curling, ont été mieux étudiés par Royet, qui en a décrit plusieurs variétés : l'*inversion antérieure*, la plus commune de toutes, dans laquelle la partie libre du testicule regarde en arrière, l'épididyme se trouvant en avant. Cette variété se rencontre une fois sur quinze à vingt sujets. Les *inversions latérales* sont rares : dans l'*inversion latérale en dehors*, l'épididyme est tourné dans ce dernier sens ; dans l'*inversion latérale en dedans*, c'est une disposition contraire. L'*inversion supérieure* ou *horizontale*, dans laquelle le grand axe du testicule est antéro-postérieur ou très-légèrement oblique en haut et en arrière ; l'épididyme repose sur le bord supérieur ; la tête de cet appendice est en arrière et la queue en avant. L'*inversion en anse* ou *en fronde*, consistant en une anse formée par l'épididyme et le canal déférent, et entourant le testicule d'avant en arrière.

CHAPITRE II.

BLESSURES DES TESTICULES ET DU SCROTUM.

Les plaies des testicules par instruments *piquants* n'offrent en général aucune gravité ; il est arrivé souvent à des opérateurs fort habiles de blesser le testicule avec la pointe d'un trocart, pendant l'opération de l'hydrocèle, sans qu'il en résultât aucune conséquence fâcheuse.

Les plaies par instruments *tranchants* sont plus dangereuses ; lorsque la tunique albuginée est divisée dans une certaine étendue, la substance testiculaire s'engage à travers la plaie, et si le chirurgien n'y prend garde, il peut, en considérant la substance spermatique tuméfiée par le travail inflammatoire comme des lambeaux de tissu cellulaire gangrené, exercer des tractions qui amènent, au bout de quelques jours, l'évidement du testicule.

Les *plaies contuses* sont souvent suivies d'une inflammation grave qui se termine par suppuration et par la fonte partielle du testicule.

La *contusion* simple du testicule produit des effets variés selon le degré de la contusion. Est-elle médiocre, elle donne lieu à une douleur aiguë qui se propage jusqu'aux lombes et qui force quelquefois le malade à tenir le corps plié en avant. Est-elle plus prononcée, elle donne lieu à la syncope, des vomissements, des sueurs froides, etc. En général, ces symptômes ont une courte durée et sont suivis d'un travail réactionnel plus ou moins prononcé, suivant l'intensité de la contusion. Lorsque la violence qui agit sur l'organe est excessive, il peut en résulter une désorganisation immédiate du testicule, c'est-à-dire une véritable gangrène.

Le traitement des blessures du testicule est subordonné au genre de lésion. Les plaies par instruments piquants ne réclament aucune indication

spéciale ; dans celles qui sont faites par instruments tranchants et accompagnées d'une issue de la substance testiculaire, on refoulera le tissu séminal avec un stylet et on réunira les lèvres de la plaie du scrotum par la suture, pour s'opposer à une nouvelle hernie. Dans les plaies contuses, on évitera au contraire une réunion immédiate ; on préviendra et on combattra les phénomènes inflammatoires par un traitement antiphlogistique. Dans tous les cas, on se gardera d'exercer aucune traction sur les lambeaux de tissu cellulaire qui peuvent se présenter entre les lèvres de la plaie, dans la crainte que ce ne soient des portions du testicule.

Les *blessures du scrotum* présentent également un certain nombre de variétés : les plaies par instrument piquant sont peu dangereuses ; elles sont souvent accompagnées d'une ecchymose plus ou moins étendue dans le tissu cellulaire sous-scrotal. Les plaies par instruments tranchants doivent être réunies par première intention. Les plaies contuses ne présentent aucune indication spéciale, et la contusion produit sur le scrotum des effets qui seront étudiés à l'article *Hématocèle* (voy. plus loin).

CHAPITRE III.

INFLAMMATION DU TESTICULE.

Les inflammations du testicule sont désignées sous le nom d'*orchites*.

Espèces. On peut en distinguer trois, en ayant égard à la cause qui donne lieu à leur production. La plupart des orchites reconnaissent pour point de départ une maladie de l'urètre, ce sont les *orchites urétrales*. Quelquefois elles se développent sous l'influence d'une violence extérieure, ce sont les *orchites traumatiques*. Dans quelques circonstances enfin elles se manifestent spontanément sous l'influence d'une *maladie générale*.

1^o ORCHITES URÉTRALES.

Causes. C'est le plus souvent dans le cours d'une blennorrhagie qu'elles se développent ; de là le nom d'*orchite blennorrhagique*. D'autres fois elles se manifestent chez des sujets qui n'ont pas de chaude-pisse, soit par le fait de l'introduction d'un corps étranger, d'une bougie, d'une sonde, d'un cathéter dans l'urètre, soit à cause d'une affection chronique du col de la vessie qui se propage jusqu'à l'organe séminal. C'est donc principalement l'orchite blennorrhagique que nous aurons à étudier.

L'orchite *blennorrhagique* apparaît en général dans le cours de la troisième à la sixième semaine de la blennorrhagie, à l'époque où celle-ci a déjà envahi la portion prostatique de l'urètre. C'est presque toujours après des fatigues occasionnées par une marche forcée, la danse ou l'équitation, qu'apparaissent les premiers symptômes ; ou bien encore après un refroidissement.