

parvenu en plein testicule, peut donner l'idée d'un kyste, à ce point que, chez un de ses opérés, VELPEAU « tourna et inclina le trocart dans toutes les directions, de manière que le parenchyme séminal dût être complètement broyé ». Que la piqûre soit superficielle ou profonde, la ponction est blanche. Dans la perforation, rien ne s'oppose à la sortie du liquide.

Les complications des plaies du testicule dépendent des désordres mécaniques, de la propreté de l'instrument et de l'état antérieur de la glande.

L'orchite traumatique, suivie d'atrophie, les abcès du testicule à agents pathogènes divers, les inflammations des néoplasmes s'expliquent, somme toute, par l'infection.

2° *Plaies par instruments tranchants.* — Ces plaies s'observent, soit accidentellement (un coup de sabre, un coup de couteau, le bistouri du chirurgien dans la cure radicale de l'hydrocèle, dans la décortication d'une hématocele), soit volontairement (débridement du testicule, dans les orchites douloureuses, suivant le procédé de VIDAL (DE CASSIS).)

Rien de particulier à signaler en symptomatologie. A moins que la solution de continuité ne soit trop considérable, le parenchyme n'a pas de tendance à faire hernie au dehors.

Cependant, des cas d'issue de substance séminifère, à la suite de plaies par instruments tranchants, ont été observés; alors, la glande était malade. Et, si dans les quatre cents observations publiées par Vidal, aucune de ses complications ne fut signalée, c'est parce que, suivant Gosselin, l'instrument ne sectionnait qu'une partie de l'albuginée doublée du feuillet viscéral de la vaginale.

Les complications suppurées et atrophiques ont été notées.

Le traitement de choix consiste à réduire la masse des tubes herniés et à fermer la plaie de l'albuginée par quelques points de suture (KOCHER).

3° *Plaies par instruments contondants et par armes à feu.* — Nous ne possédons, en fait de documentation, que le relevé d'ORTIS qui comporte 586 cas de contusion, plaies contuses ou lacérations du testicule par armes à feu (guerre de Sécession) et celui de CHENU (campagnes d'Orient et d'Italie).

Dans le premier, la castration fut pratiquée 61 fois; la mortalité s'éleva à 18 pour 100. Dans le second, sur 26 cas, la guérison fut constante 14 fois avec perte de l'organe et 7 fois avec atrophie.

II. — DÉNUDATIONS

C'est une complication des plaies du scrotum rétractile. Le diagnostic est facile.

Si la solution de continuité est petite, le testicule ne se montre que sur une mince surface, deux ou trois points de suture constituent tout le traitement. Si l'albuginée a contracté des adhérences avec les téguments, on la laissera bourgeonner sous des pansements légèrement humides.

Lorsque la solution de continuité est grande, le testicule peut faire hernie presque en entier et il est fixé, dans cette situation, par des adhérences plus ou moins solides. L'exposition de la glande n'est pas sans inconvénient; car elle peut subir une gangrène partielle (MALGAIGNE). On pourrait se contenter d'obtenir la guérison par seconde intention, ce serait long et dangereux pour le testicule. Il est préférable de dégager l'organe, de le mobiliser, de reformer sa loge, de l'y replacer, et de fermer la bourse par quelques points de suture, avec ou sans drainage, suivant le cas.

III. — CONTUSION

L'histoire de la contusion du testicule est de date toute récente; A. COOPER avait bien remarqué l'atrophie rapide qui succède à un traumatisme, même léger, de la glande génitale; mais il ignorait les désordres intimes de l'organe.

RECLUS, MALASSEZ, RIGAL, KOCHER, MONOD, TERRILLON et COUTAN ont étudié expérimentalement, RIGAL sur des rats, MONOD et TERRILLON sur des chiens, la contusion anatomique du testicule.

Cette contusion n'est pas très fréquente, parce que le testicule est un organe glissant et mobile, qui se dérobe facilement. Pour qu'elle existe, il faut que l'organe soit fixé sur un plan résistant, tel que le pubis et que le traumatisme s'exerce avec une certaine force. De plus, les inflammations chroniques, même latentes, de la glande donnent à la contusion un caractère de gravité tout particulier.

Coup de pied, coup de poing, chute à califourchon sur le pommeau de la selle, compression des parties sexuelles, soit dans la main, soit entre les mâchoires d'un animal, tels sont les modes traumatiques qui intéressent habituellement le testicule.

Expérimentalement, les lésions anatomiques du testicule et de l'épididyme, qui succèdent à la contusion, présentent trois degrés.

Au *premier degré*, qui correspond à une contusion légère, il existe bien peu de chose; la vaginale contient quelques gouttes de liquide sanguinolent, l'albuginée est intacte, le parenchyme glandulaire, lui-même, ne semble pas compromis; ce n'est qu'en l'examinant soigneusement, à la loupe, qu'on découvre des suffusions sanguines, qui s'insinuent entre les tubes séminifères qui sont intacts.

Ces minuscules suffusions reconnaissent pour cause des ruptures vasculaires. Celles-ci se produisent nécessairement; en effet, dans la compression de la glande, les tubes séminifères sont déplacés, les uns par rapport aux autres; les capillaires, tiraillés outre mesure, se brisent avec la plus grande facilité.

Au niveau de l'épididyme, de petites taches ecchymotiques apparaissent entre les flexuosités d'un canal parfaitement sain.

Au *second degré*, la contusion est de moyenne intensité. La vaginale est ecchymotique et contient du liquide sanguinolent. L'albuginée est normale. Il existe, cette fois, des foyers de contusion dans le parenchyme, comme dans l'épididyme. Au niveau de ces foyers, les tubes séminifères sont dilatés et remplis de globules rouges. Ces hématomes, gros comme des lentilles ou des pois, décrits, par beaucoup d'auteurs, sous le nom d'hématocèles intratesticulaires, « se rapportent souvent, en réalité, à des cancers ou sarcomes ramollis, au centre des-

quels s'était formée une cavité anfractueuse remplie de sang et de débris du tissu pathologique. » (MONOD et TERRILLON.)

Au *troisième degré*, l'albuginée est rompue; par la plaie dont les lèvres sont entr'ouvertes, un caillot sanguin fait saillie et remplit la cavité vaginale. Le parenchyme est meurtri, écrasé; on trouve des tubes séminifères dans le sang épanché. L'épididyme n'est jamais déchiré; mais des foyers hématiques, visibles à l'œil nu, se rencontrent au niveau de la tête de l'organe. « Les lésions du troisième degré ne s'observent que si le coup a été très violent; il faut, en effet, pour produire une rupture de l'albuginée, déployer une force considérable qui, d'après nos expériences, peut être évaluée à 50 kilogrammes ». Les auteurs, précédemment cités, font remarquer, avec juste raison, « qu'un coup violent, porté sur le testicule, peut ne déterminer d'autre phénomène primitif qu'une douleur violente et n'être suivi, du côté de la glande, d'aucun phénomène réactionnel, ni d'aucun trouble consécutif ».

Voici un individu atteint d'un coup de pied au niveau des parties génitales. Le testicule est touché. Sur le moment, le blessé éprouve une douleur très vive, d'un caractère spécial, angoissante et accablante; il tombe en défaillance, pâle, le front chargé de sueurs froides, la respiration suspendue. C'est un état syncopal, qui peut se terminer par la mort (obs. F. SCHLESIER, FISCHER).

Ce dénouement est exceptionnel; sur 586 cas de contusion testiculaire recueillis pendant la guerre de Sécession, OTIS ne l'a jamais constaté, MONOD et TERRILLON ne l'ont jamais observé au cours de leurs expériences.

L'homme ne tarde pas à reprendre ses sens; il peut même se remettre au travail. Son testicule ne lui fait plus mal.

Mais, quelques heures ou quelques jours plus tard, la glande devient sensible à la pression, sous l'influence du frottement du pantalon, et, tout frissonnant, le malade est obligé d'interrompre ses occupations et de se coucher.

Quelquefois, cette réaction testiculaire se manifeste aussitôt après le traumatisme et les phénomènes douloureux ne s'amendent pas.

C'est une orchite traumatique qui se déclare, avec sa sensibilité névralgique et ses irradiations lombo-crurales. Les altérations, antérieures et latentes de l'organe blessé, prédisposent au développement de cette complication.

L'épididyme est gros, tendu; le testicule est tuméfié. Tous deux sont intéressés; il y a à la fois orchite et épидидymite. Si l'orchite est réelle, les phénomènes épидидymaires méritent plutôt d'être compris dans le sens d'une péri-épидидymite. Le diagnostic avec l'orchite-épидидymite d'origine urétrale ou blennorragique, est donc des plus délicats. Il faudra se souvenir que, dans l'orchite-épидидymite traumatique, le testicule est surtout pris, l'épididyme l'est moins. Les commémoratifs et la constatation de l'écoulement urétral sont d'excellents éléments de diagnostic.

La tuméfaction glandulaire distend le scrotum qui est rouge et chaud. Quant aux phénomènes généraux ils sont peu intenses.

La série des phénomènes morbides, que je viens de décrire, peut se terminer par résolution, suppuration ou atrophie.

La première terminaison est rare. Dans ce cas, l'épididyme reste longtemps induré, et l'albuginée demeure rugueuse au palper.

La seconde s'observe surtout avec des testicules malades antérieurement; il s'agit, le plus souvent, d'une orchite purifiée tuberculeuse.

La troisième est d'observation courante. C'est l'atrophie du testicule qui peut succéder rapidement, en quelques semaines, à une contusion même légère.

Je ne décrirai pas le processus atrophique, qui est caractérisé par le retour du tissu conjonctif intertubulaire à la période embryonnaire, et par sa transformation en tissu scléreux. Celui-ci étouffe progressivement tous les canalicules de l'organe qui se rétracte.

Cette transformation s'accomplit aussitôt après la période de résolution de l'orchite, progressivement ou par à-coup. A la satisfaction que l'on éprouve à constater la réduction de la glande tuméfiée, succèdent l'inquiétude et la déception, quand

la modification régressive dépasse le but qu'on voulait obtenir et aboutit à une atrophie complète.

Le testicule est de la grosseur d'une noisette ou d'un haricot, globuleux, mou ou dur, indolent ou douloureux.

L'épididyme est loin d'être respecté; il s'atrophie bien souvent; parfois il conserve ses dimensions normales et constitue, presque à lui seul, tout ce qui reste de la glande.

Pour traiter la contusion du testicule et prévenir l'orchite, on conseille le repos absolu, les opiacés à l'intérieur, les sangsues, la glace, ou la teinture d'iode (DEMMÉ) localement.

Repos horizontal, bourses fortement relevées, grands pansements boriqués humides, injection de morphine: tels sont les moyens thérapeutiques auxquels j'ai recours.

L'orchite purifiée et l'atrophie seront décrites plus tard.

IV. — DÉPLACEMENTS

Il s'agit de déplacements *permanents*. Ce sont des curiosités anatomiques et pathologiques. L'histoire en est courte. Quelques observations isolées, un article de MONOD et TERRILLON, les thèses de CENSIER et de Maurice NICOLAS: c'est tout.

Les déplacements du testicule sont des *ectopies acquises* ou des *luxations proprement dites*.

Ectopie acquise. — C'est un déplacement de la glande séminale suivant sa ligne de migration, c'est une ectopie *en retour* (CENSIER). Ce déplacement s'effectue, soit à la faveur d'un traumatisme: coup de pied sous le testicule (SALMUTH), chute à califourchon sur le pommeau de la selle (SCHENKINS); soit par la seule contraction du crémaster externe, contraction volontaire (MARSHALL) ou involontaire, dans un effort (GODARD), un mouvement brusque fait pour éviter un coup (DE SAINT-GERMAIN), au cours d'un coït brusquement interrompu par une peur subite (KOCHER), à la suite d'un excès de coït (SALMUTH).

Le premier déplacement est dit traumatique, le second spontané. Dans les deux cas, l'élargissement de l'orifice in-