

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-

guinal externe et la persistance du canal vagino-péritonéal constituent des dispositions ou prédispositions anatomiques nécessaires « au retour » de la glande.

Il y a trois variétés d'ectopie acquise : variétés *sous-inguinale*, *inguinale* et *abdominale*. Ces deux dernières sont les moins rares. La première est exceptionnelle, MONOD et TERRILLON en ont publié un exemple. Le testicule est fixé rapidement par des adhérences de nouvelle formation.

Les signes de l'ectopie acquise ne diffèrent pas de ceux de l'ectopie congénitale proprement dite. Crises douloureuses, à irradiations névralgiques crurales ou lombaires, par compression ou étranglement du testicule; réaction inflammatoire, atrophie de l'organe : voilà ce qu'il y a de particulier à noter.

Luxation traumatique. — L'organe, que la contraction des fibres crémastériennes a pu élever jusqu'à la hauteur du pubis est poussé hors de la ligne migratrice, dans le tissu cellulaire sous-cutané, par un traumatisme qui comprime une partie de la glande sur le plan osseux et la chasse tout entière, à la façon d'un noyau de cerise pressé entre les doigts. Pour se rendre compte du mécanisme de cette luxation, NICOLAS fait remarquer qu'il y aurait peut-être lieu d'invoquer, comme causes prédisposantes, la brièveté du scrotum, l'étroitesse de l'orifice inguinal externe et cet état particulier du tissu cellulaire que GLÉNARD a décrit sous le nom de ptose générale(?).

Quoi qu'il en soit, le traumatisme est considérable; dans les cas de HESS, BRUNS, BROUSSIN et BORICAUD, le testicule reçoit l'impulsion d'une roue de voiture, c'est-à-dire « d'un corps animé d'un mouvement de roulement. » (MONOD et TERRILLON.)

Nous ne connaissons que huit cas de luxation proprement dite du testicule. Dans les observations de HOWLET, de LEWIS, de GUIERAS, l'organe se trouvait à la racine de la verge; dans celles de CHASSAIGNAC, de HESS, il faisait saillie au niveau du pli de l'aîne; dans celles de WOLFIIUS, de BRUNS, de BROUSSIN et BORICAUD, il était fixé sur la face antérieure du pubis.

L'observation de BROUSSIN et BORICAUD est intéressante. Il s'agit d'un charretier, dont la voiture, sur laquelle il était

assis, s'arrêta brusquement. Cet arrêt brusque le projeta à califourchon sur la roue; puis, aussitôt, le cheval reprit son allure; la roue, qui avait pénétré, d'arrière en avant, dans le pli interfémoral, refoula les testicules violemment. L'homme perdit connaissance et tomba.

Après être resté une semaine dans sa maison, il entra à l'hôpital de Versailles.

A l'examen, il présentait une tuméfaction prépubienne, de forme ovoïde, indurée ou fluctuante par places, mesurant 14 centimètres suivant le diamètre longitudinal et vertical. A l'extrémité supérieure de cette tuméfaction, le testicule était reconnaissable à sa forme, sa consistance et à sa sensibilité particulière. Le testicule droit était en place et la bourse gauche déshabillée. L'orifice inguinal externe était libre et le déférent, dessinant une anse à concavité supérieure, pouvait être suivi, en remontant, jusqu'au testicule luxé, épiddidyme en avant.

L'intervention montra que la fibreuse enveloppait toute la masse déplacée, contractant des adhérences avec les plans fibreux du voisinage, que la vaginale distendue contenait cent grammes de liquide et que le testicule reposait transversalement sur le pubis.

Cette observation semble prouver que, dans certains cas, le sac fibro-crémastérien est refoulé avec son contenu vagino-testiculaire dans le tissu cellulaire prépubien, sous l'action d'un traumatisme puissant.

Il n'en est pas toujours ainsi. La fibreuse, revêtue du feuillet pariétal de la vaginale, peut être déchirée et donner passage à la glande. Quelquefois même l'épididyme est arraché du testicule et ne lui tient plus que par une sorte de cordon.

Traitement. — Le ou les testicules ectopiés peuvent reprendre leur place spontanément après un temps variable : un mois et demi (obs. de SAINT-GERMAIN), cinq mois (obs. de KOCHER). Si le déplacement est permanent, il faut chercher à le corriger. Il faut réduire la luxation.

Une tentative de réduction sera essayée par des manœuvres simples, à la façon d'une réduction herniaire; s'il y a des

adhérences, qu'on ne peut rompre, l'intervention sanglante est indiquée; il faudra libérer le testicule, ainsi que sa vaginale, et le fixer à son ancienne place, au fond des bourses, par la célorrhaphie (TUFFIER), ou la suture bi-testiculaire (VILLEMIN).

DES HYDROCÈLES

I. DÉFINITION

L'*hydrocèle* est le terme générique, sous lequel on désigne toutes les collections séreuses de la région inguino-scrotale (DUPLAY). Cette définition doit être précisée. Il s'agit de collections circonscrites, prenant origine dans le système séreux de la glande génitale : testicule et annexes. Je laisse donc de côté l'*œdème du scrotum* fréquent chez les cardiaques, les albuminuriques, les cachectiques et en particulier chez les enfants rachitiques et athrepsiques; les *phlyctènes* plus ou moins volumineuses de la région et les *hydrocèles diffuses du cordon* qui consistent en une infiltration séreuse du tissu cellulaire et qui s'observent chez les sujets ascitiques ou porteurs d'un bandage herniaire.

II. CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

Avant de décrire les différents types d'hydrocèle, acquis ou congénitaux, je dois étudier l'origine, l'évolution et la disposition de la séreuse péritesticulaire; ce préambule d'anatomie et d'embryologie est absolument indispensable à la connaissance clinique des cas observés. Sur cette question, nous possédons maintenant des notions précises grâce aux travaux et recherches de NÜCK, MÉRY, POTT, HUNTER, CAMPER, ZUCKER-KANDL, FERÉ et surtout de Ramonède et Hugo Sachs.

Le testicule, qui se développe dans la région lombaire, migre