

## CASTRATION ET PROTHÈSE TESTICULAIRE

### I. — CASTRATION

**1° Définition.** — La castration, consiste, chez l'homme, dans la suppression d'un ou des deux testicules.

Les indications de cette intervention se font chaque jour de plus en plus rares. En effet, le nombre est très restreint des affections pour lesquelles l'ablation de la glande génitale est indiscutable; il s'agit, le plus souvent, d'ectopie non abaissable, douloureuse ou dégénérée, de contusion violente ou d'arrachement, d'hématocèle non décorticable, de névralgies rebelles. Encore ne doit-on sacrifier le testicule qu'à la dernière extrémité; en matière de chirurgie génitale, on n'est jamais trop conservateur. Par contre, les affections classiques telles que la tuberculose et le néoplasme, pour lesquelles on pratiquait volontiers la castration, ne comportent plus cette intervention. Cela est vrai pour le sarcocèle tuberculeux; cela ne l'est peut-être pas encore pour le sarcocèle cancéreux; si on enlève une tumeur du testicule, ce n'est certes pas parce qu'elle est maligne (l'intervention donne, dans la grande majorité des cas, un coup de fouet à la malignité et la récidive ne tarde guère), mais parce qu'elle peut être bénigne (dans ce cas exceptionnel, la guérison est obtenue).

Quant aux indications de castration qui se posent soit après section du déférent au cours d'une cure radicale de hernie, soit après amputation de la verge, elles ne sont plus admises. La spermatorrhée ne doit jamais nécessiter une castration. Celle-ci peut constituer exceptionnellement le traitement de la névralgie testiculaire.

« Quoi qu'il en soit, la castration ne saurait être indiquée que si la glande est le siège de lésions matérielles ou peut-être encore de troubles fonctionnels (névralgies), compromettant gravement la vie ou la santé. La pratiquer dans le seul but de supprimer les facultés viriles d'un individu, quels que soient les tourments réels ou imaginaires de celui qui la sollicite, ne nous paraît devoir jamais, à moins de circonstances tout à fait exceptionnelles, être une opération qui s'impose » (MONON et TERRILLON).

**2° Manuel opératoire.** — Pour pratiquer cette intervention, il est préférable de recourir à l'anesthésie générale (chloroforme ou éther); cependant, s'il s'agit d'un individu courageux, l'anesthésie à la cocaïne pourra suffire, à la condition d'insensibiliser la zone cutanée linéaire ou elliptique réservée à l'incision, au moyen de la cocaïne employée en solution au cinquantième; de toucher fortement avec un tampon imbibé d'une solution de cocaïne au vingtième les surfaces de section, au cours de l'intervention; enfin de pousser un centimètre cube de la première solution parmi les éléments du cordon, au niveau de leur future division.

La région opératoire est rasée, lavée, aseptisée, préparée. Le malade est étendu sur la table d'opération ou placé dans la situation de la taille périnéale, au gré du chirurgien.

L'intervention comprend trois temps: l'incision et la dissection des enveloppes; la section et la ligature des éléments du cordon; la suture des téguments et le pansement.

Suivant le volume de la tumeur, pour laquelle la castration est pratiquée, l'incision, conduite verticalement à la partie antérieure de cette tumeur, est linéaire, elliptique ou en raquette. Mais toujours elle doit commencer en haut dans le voisinage de l'orifice inguinal externe et se terminer en bas dans la partie la plus déclive des bourses. Les incisions rétro-scrotale d'AMMONT et ROUX et latéro-scrotale de JOBERT (de Lamballe) sont abandonnées. FÉLIZET pratique la castration pré-périnéale (voir Tuberculose génitale infantile).

Quel que soit le procédé, après incision des téguments, il faut isoler la tumeur par dissection, soit en coupant les

adhérences avec le bistouri ou les ciseaux, soit en les rompant brusquement avec l'index qui s'enfoncé profondément dans la couche celluleuse et décolle la masse sur tout son pourtour ; celle-ci est extraite de la loge scrotale et se trouve suspendue au cordon comme une poire à sa tige. Quand la tumeur sera kystique ou abcédée en certains endroits, la dissection devra être particulièrement délicate ; la partie altérée des téguments devra être sacrifiée. Les parois cruentées de la loge scrotale devront être examinées avec soin, de façon à pincer tout vaisseau qui saigne et à assurer l'hémostase. Celle-ci est parfois difficile à obtenir. Avec des pinces, de la compression et de la patience, on en vient toujours à bout.

Il s'agit maintenant de diviser le cordon ; c'est le deuxième temps. J'ai recours à la ligature isolée des éléments. Je commence par passer un fil de soie ou un catgut fort à travers le cordon, à deux centimètres au-dessus du niveau de la division. Ce fil, dont les chefs sont saisis et réunis par les mors d'une pince, constitue une anse destinée à s'opposer à la rétraction du cordon, en vertu du seul poids de la pince. Puis, je sectionne transversalement le cordon et, au fur et à mesure, je pince tous les vaisseaux qui saignent. Il est inutile de pincer le canal déférent. Quand la tumeur est enlevée, je pratique les ligatures vasculaires au catgut partout où se trouvent les pinces hémostatiques, sur la paroi scrotale comme au niveau du cordon. Cela fait, je m'assure, encore une fois, de la perfection de l'hémostase ; il faut éviter à tout prix les hématomes consécutifs qui compromettent le résultat par désunion de la plaie ou par suppuration de la collection sanguine.

Dans un troisième temps, je réunis les téguments divisés. Je place, tout d'abord, un ou plusieurs crins de Florence disposés en U ; ceux-ci, lorsqu'ils sont serrés, ont pour effet d'adosser de larges surfaces cruentées et de réduire les dimensions de la loge scrotale. Je fixe un petit tube à drainage dans l'angle inférieur de la plaie. Enfin, je suture au crin, par des points séparés et nombreux ou par un surjet serré, les lèvres de la plaie scrotale. Pansement aseptique ; bourses relevées ;

bandage avec sous-cuisses. Suites simples. Les fils sont enlevés du sixième au huitième jour.

La ligature en masse du cordon est moins chirurgicale et moins sûre que la ligature isolée des éléments ; la ligature, par division de la masse totale en deux parties et double fil entre-croisé, peut être employée ; elle sert de transition entre la ligature en masse et la ligature isolée ; elle est plus rapide que celle-ci et plus efficace que celle-là.

L'écrasement linéaire de CHASSAIGNAC, la section par le fer rouge ou le thermocautère, la ligature élastique, la compression simple ou exercée à l'aide d'une lame de plomb, ne sont plus de mode.

DOYEN, avant de lier le cordon, l'écrase dans les mors de son angiotribe ; c'est l'application, à un cas particulier, d'une méthode générale.

Les complications infectieuses de la ligature du cordon telles que le tétanos et la phlébite ne sont plus observées ; quant aux hémorragies, elles peuvent s'expliquer par la difficulté de réaliser parfaitement l'hémostase, soit parce que les parois scrotales saignent en nappe, soit parce que, dans la ligature en masse, l'artère spermatique très rétractile n'est plus serrée, soit enfin parce que l'individu opéré est un variqueux ou un hémophilique. Le chirurgien, prévenu, pourra prendre ses précautions.

## II. — PROTHÈSE TESTICULAIRE

**1<sup>o</sup> Historique.** — La prothèse testiculaire est de date toute récente.

En France, GUELLIOT (de Reims), TUFFIER et HUBERT, les premiers, ont eu recours aux appareils prothétiques pour remplacer des glandes malades dont l'ablation avait été faite ; il s'agissait, le plus souvent, de testicules tuberculeux (1892-93).

Puis en Amérique, HERMANN et A. ROBERT, F. WEIR, doctèrent des monocryptorchides de testicule artificiel (1894-95). Enfin la prothèse fut remise en honneur, dans notre pays, par CARLIER (de Lille) (1895) ; LOUVEAU, DEMONS et VILLAC (de

Bordeaux) (1896-1897); VANVERTS et PASTEAU (1897). Moi-même, j'ai eu l'occasion de la pratiquer en 1898. VOUILLAC, dans sa thèse, a fait l'histoire de la question, réuni les principales observations connues, et indiqué les avantages de la prothèse; il en a posé les indications et fixé le manuel opératoire (1899).

Les avantages de la prothèse testiculaire sont faciles à comprendre. Il ne suffit pas, sous le prétexte qu'il est inutile ou dangereux, de supprimer un testicule altéré; le malade, surtout s'il est jeune, acceptera difficilement la castration et, s'il consent par nécessité, il souffrira beaucoup de la suppression d'un organe, auquel il tient beaucoup, « parce qu'il le considère comme l'apanage de sa virilité ». Et puis « il lui viendra la crainte que, dans ses relations sexuelles, on ne s'aperçoive de l'absence d'un testicule, fait qui lui attirera le mépris de la part des femmes, les quolibets et le ridicule de la part des hommes » (VOUILLAC).

Si la castration est totale, les perturbations de l'état mental sont à redouter, et accompagnent ces troubles nerveux encore mal connus, qui succèdent à l'ablation de glandes dont la sécrétion interne est indispensable au bon fonctionnement de l'organisme.

Les vieillards, eux-mêmes, préfèrent conserver leur testicule malade; si on leur promet de le remplacer par « quelque chose », ils se laissent faire.

« Dans la castration unique ou totale, on fera donc une œuvre morale et humanitaire, en rendant à ces malheureux un peu de cette illusion, qui est l'essence même de la vie.

On évitera par là de faire d'une personnalité humaine pensante et agissante, un être auquel une opération supprimerait ses fonctions génitales, ses fonctions plus nobles encore de la volonté et de l'intelligence.

On ne verrait plus de ces hommes jeunes encore, mais vieillards avant l'âge, tristes, renfermés en eux-mêmes et qui ne pensent plus qu'à une chose : à leur impuissance.

Bientôt, ils deviennent mélancoliques, hypocondriaques, et la désespérance et le dégoût d'eux-mêmes les entraînent trop souvent, hélas ! à la folie et au suicide. » (VOUILLAC.)

**2<sup>o</sup> Indications.** — Les indications de la prothèse testiculaire sont tout naturellement celles de la castration en général. C'est ainsi que LOUMEAU a tenté, à deux reprises, la prothèse chez des prostatiques et il a obtenu de très beaux résultats; DEMONS l'a pratiquée après l'ablation d'un enchondrome; GUELLIOT, HUMBERT, VANVERTS, y ont eu recours pour remédier à la suppression de testicules tuberculeux.

Mais les indications précédentes de la castration sont devenues exceptionnelles; on ne châtré plus ni les prostatiques, ni même les tuberculeux. L'ablation d'une tumeur maligne est suivie d'une récurrence généralement si rapide que l'avantage d'un testicule artificiel est de courte durée.

A mon avis, la prothèse testiculaire n'est à conseiller et à pratiquer que dans trois circonstances : l'arrachement du testicule, l'ectopie abdominale non abaissable, la pachyvaginale chronique très ancienne qui a étouffé la glande.

Ajoutons la tumeur bénigne du testicule quand le diagnostic est sûr.

**3<sup>o</sup> Manuel opératoire.** — Voici le manuel opératoire, tel qu'il est écrit dans la thèse de VOUILLAC.

Lorsqu'après avoir fait son diagnostic et décidé l'ablation du testicule malade, le chirurgien veut tenter la prothèse testiculaire, il doit observer certaines règles, s'il veut voir son intervention couronnée de succès :

1<sup>o</sup> L'antisepsie du champ opératoire devra être aussi rigoureuse que possible. Cependant, il faudra éviter d'irriter les bourses par des lavages et des brossages répétés. Un bon savonnage à la main suffit, puis on passe à l'alcool avec un tampon imbibé;

2<sup>o</sup> Pour placer l'appareil prothétique, il faut une loge dans laquelle il sera enserré.

Dans l'ectopie abdominale, on est obligé de la créer de toute pièce avec le doigt en effondrant les tissus.

Dans la castration, s'il y a eu des suppurations étendues, on aura soin de désinfecter à fond la loge qui devra recevoir l'appareil prothétique.

Carlier (de Lille) recommande la résection totale de la tu-

nique vaginale : c'est alors la celluleuse qui sert d'enveloppe au pseudo-testicule.

Si l'on a affaire à une tuberculose en masse de l'épididyme et du testicule, on aura soin d'enlever le tout d'un seul bloc, sans rien ouvrir afin d'éviter l'infection.

3° Quelle sera la substance prothétique ?

On a fait des testicules en verre, en argent, en marbre, en ivoire.

Mais ces substances ont l'inconvénient d'être rigides, dures, lourdes, et parfois difficilement supportées.

Le testicule en aluminium est léger, mais il est dur ; le celluloïd a le même avantage et le même inconvénient ; de plus, il s'altère à la longue, paraît-il.

Louveau a fait fabriquer, sur ses indications, un testicule de soie, qui paraît être, actuellement du moins, le meilleur appareil prothétique.

Il a fait tisser la soie en petites masses ovoïdes et souples, dont le grand axe est creusé d'un tunnel cylindrique, permettant d'obtenir à la pression entre les doigts, un certain degré de rénitence et d'élasticité. Par son enkystement facile et sa légèreté, la soie peut être aisément tolérée par les bourses et y simuler les caractères objectifs d'un testicule réel.

Le caoutchouc rouge, sous forme d'ovules creux, serait la substance idéale à employer ; malheureusement l'ébullition altère cette substance, la ride, la durcit et lui fait perdre toute sa souplesse. Il va sans dire que l'appareil doit être rigoureusement aseptique.

4° Le testicule est introduit et fixé en place par un premier surjet au catgut n° 0 ; les points doivent être un peu serrés et surtout très rapprochés. — Puis, on fait un second surjet, au crin de Florence, de préférence, de façon, à la fois, à ne laisser aucun espace mort entre les sutures et à faire un affrontement exact des lèvres scrotales.

5° L'ouverture de la loge doit être sensiblement au-dessus de son fond, afin que la masse de la substance prothétique ne soit pas en regard de la cicatrice dont elle pourrait solliciter l'ouverture par son poids.

Il sera bon de ne pas mettre en regard les deux lignes de suture pour éviter la contamination de la suture fibreuse, au cas de la désunion de celle de la peau.

6° On ne drainera pas la plaie.

7° On laissera le malade au lit pendant douze à quinze jours, bourses relevées.

Les insuccès sont dus, le plus souvent, au défaut d'asepsie.

Dans mon observation, il s'agissait d'une ectopie abdominale non abaissable.

La bourse correspondante du testicule ectopié était rudimentaire ; je dus créer de toutes pièces la loge destinée à contenir le testicule artificiel. Celui-ci se trouva donc naturellement haut situé ; mais il descendit peu à peu, tandis que le scrotum s'allongeait ; et, six mois plus tard, il était placé en regard de l'autre.

Il est intéressant de se demander quelles sont les modifications anatomiques du tissu cellulaire qui entoure, dans les bourses, le corps étranger ? Chez un sujet porteur d'un testicule artificiel et mort d'affection intercurrente, trois mois après la pose de l'appareil prothétique, Guelliot a constaté la présence de véritables bourses séreuses, tapissant la surface de l'organe. Il est donc permis d'admettre que le testicule artificiel s'entoure d'une vraie séreuse, dont la formation s'explique par les déplacements d'un corps rigide, à surface régulière, dans une bourse mobile, sous l'influence de traumatismes extérieurs et même de la marche.

Ajoutons, enfin, pour terminer cette courte étude, que la prothèse testiculaire ne doit jamais être pratiquée à l'insu du malade.