

facilement, était chaud, et éprouvait un soulagement extrêmement prononcé, par l'application de l'eau froide. Les veines du scrotum étaient dilatées. La cicatrisation marcha rapidement, et en trois semaines elle fut complète.

Au mois d'août, le malade éprouva dans l'aîne une violente douleur, qu'il comparait à une crampe, et qui le forçait à se courber en double. Il vomissait, avait des sueurs froides et

des syncopes, et n'éprouvait de soulagement que sous l'influence d'une forte dose d'opium. Je lui conseillai le séjour de la campagne, et au bout de quelques semaines son état s'améliora; mais, au bout de ce temps, il perdit l'appétit, tomba dans le marasme, se plaignit de douleurs dans l'abdomen, et mourut dans l'espace de cinq ou six mois. Je n'ai pas eu la possibilité d'examiner le cadavre.

SQUIRRE DU TESTICULE.

Il me paraît difficile d'admettre que cette maladie puisse se présenter dans le testicule sous la même forme et avec les mêmes apparences que dans la mamelle, c'est-à-dire, sous la forme d'une tumeur excessivement dure, cloisonnée par un entrelacement de prolongements fibreux très-résistants.

J'ai observé quelques cas dans lesquels l'affection s'est présentée avec les caractères suivants : l'engorgement, très-dur, débutant dans le corps même du testicule dont le poids devient considérable, est accompagné d'une douleur vive qui revient par intervalles. La tumeur ne passe jamais à l'état de ramollissement comme la tumeur fongoïde, et ne donne jamais lieu, comme cette dernière, à une ulcération fongueuse très-vasculaire et saignante, mais elle offre un aspect irrégulièrement bosselé, une dureté excessive, et n'acquiert jamais un volume aussi considérable que celui qu'on a observé dans la maladie fongoïde. La douleur s'irradie dans la région lom-

baire. Le cordon spermatique se tuméfie et devient dur et noueux. Une tumeur moins volumineuse que celle qui se développe dans la maladie fongoïde, se forme dans la cavité de l'abdomen. Il s'accumule d'abord un peu de sérosité dans la tunique vaginale. Vers la fin de la maladie, le tissu cellulaire de la jambe et de la cuisse du côté malade devient le siège d'une infiltration à laquelle l'autre jambe ne tarde pas à participer.

J'ai vu une fois l'ulcération survenir. Le testicule s'atrophie peu à peu au-dessous; les ganglions de l'aîne se prirent, et le malade mourut au bout de quelques mois.

Mais cette circonstance est très-rare; car, en général, sans qu'il y ait ulcération, le malade devient pâle, et il succombe aux désordres de la digestion, à la douleur, aux progrès de la tumeur qui se développe dans l'abdomen, et à l'altération des intestins. Souvent il se forme en outre une ascite.

CARACTÈRES ANATOMIQUES DU SQUIRRE DU TESTICULE.

On trouve de la sérosité dans la tunique vaginale; en sorte que, suivant l'expression des anciens chirurgiens, il y a hydro-sarcocèle.

La tunique vaginale adhère en plusieurs points à la surface du testicule.

Dans le testicule, on trouve une masse dure disposée en lobes, des tubercules peu vasculaires et quelquefois entremêlés de petits noyaux cartilagineux ou osseux.

L'épididyme renferme la même substance fibreuse, solide, et le cordon spermatique tuméfié contient de petits tubercules blancs.

La tumeur qui existe dans l'abdomen est d'un tissu blanc, solide, très-différent de celui que l'on trouve dans l'affection fongoïde.

Observation 418. — Thomas Cherton, âgé de 44 ans, demeurant à Sottenham, fut admis à l'hôpital de Guy, pour un testicule engorgé et dur.

Au début de son accroissement anormal, le testicule était d'une dureté extrême. Plus tard, il s'accumula de la sérosité autour de lui, et on sentait la masse solide à travers le liquide ambiant qui fut évacué, et dont la quantité s'élevait à quatre onces.

La maladie avait commencé en juin 1808,

par une douleur ayant son siège dans les reins. Au bout d'un mois, on remarqua de l'induration et une sensation pénible dans le testicule.

Cet organe augmenta peu à peu de volume, mais ne devint jamais très-gros.

Lorsque le malade entra à l'hôpital, le testicule et l'épididyme étaient également affectés; mais le cordon spermatique n'était pas engorgé.

Il éprouvait une vive douleur dans les reins, surtout dans la flexion du tronc en avant; son visage devint pâle: les digestions s'altérèrent; la jambe, puis la cuisse s'œdématisèrent. Cet homme faisait des efforts inutiles pour remonter à la cause de sa maladie; toujours il avait été robuste et musculeux, et il jouissait d'une bonne santé à l'époque où la maladie s'était manifestée.

Le testicule fut enlevé en mars 1809. La plaie se cicatrisa lentement. Dès qu'elle fut parfaitement guérie, le malade fut renvoyé de l'hôpital. Mais le gonflement de la jambe et de la cuisse persista, et il mourut un mois après son retour à Sottenham.

Examiné après son extirpation, le testicule fut trouvé dur, blanc, d'un tissu dense, bosselé, et offrant en très-peu de points une grande vascularité. L'épididyme était aussi tuméfié.

DIAGNOSTIC DU SQUIRRE DES TESTICULES.

On reconnaît cette maladie à sa marche lente, à la grande dureté du testicule, dureté qui persiste pendant toute sa durée, et qui ne fait jamais place au ramollissement, comme

dans l'affection fonguïde, au poids de l'organe malade, aux inégalités et aux bosselures de sa surface.

De même que le fungus, le squirre a son point de départ dans une altération constitutionnelle et dans une altération locale particulière, il se propage par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques. Mais il arrive plus rarement qu'il existe dans plusieurs parties du corps à la fois, et sa marche vers le terme fatal est plus lente.

La différence qui existe entre ces deux maladies tient à la différence de matière sécrétée.

TRAITEMENT DU SQUIRRE DU TESTICULE.

Je dois faire ici le même aveu que pour la maladie fongueuse, au sujet du traitement soit général, soit local. On doit essayer le même mode de traitement pour voir si la maladie cédera à son influence. Ainsi, il faut avoir recours au calomel, à l'opium, aux sangsues, aux lotions évaporantes et au décubitus dorsal.

Si la maladie n'éprouve aucun amendement par l'emploi de ces moyens, on peut reconnaître que tous les efforts de la médecine se réduisent ici à l'expérimentation.

Le squirre du testicule laisse plus de temps pour les essais que la maladie fonguïde; cependant il faut bien se garder de différer assez l'opération pour donner le temps à la maladie d'envahir le cordon ou de s'accompagner du développement d'une tumeur dans l'abdomen.

Quant au traitement local du fungus et de l'inflammation squirreuse, son objet est d'ob-

tenir la fonte gangréneuse de la surface malade aussitôt qu'elle s'ulcère; car j'ai vu une tumeur fongueuse considérable de la mamelle se gangrener, puis se cicatriser, et la femme qui en était atteinte quitter l'hôpital avec les apparences d'une parfaite guérison. Quoique je ne puisse assurer si cet heureux état a persisté, toujours est-il qu'elle n'est pas revenue chercher les secours de l'art.

On peut produire une mortification étendue des végétations fonguïdes par l'application de l'alun pulvérisé, dont on saupoudre la surface malade. Pour nettoyer la plaie, dissiper l'odeur infecte et produire une surface de meilleure nature, l'acide nitrique est un topique excellent; on l'emploie dans la proportion d'un gros pour 2 livres d'eau distillée. Les chlorates de chaux et de soude sont aussi très-utiles pour obtenir le même résultat. (1)

(1) Sir A. Cooper a attiré l'attention sur les complications fréquentes du cancer du testicule, et il a parlé de la tumeur de même nature qui se développe dans l'abdomen. Dans l'observation suivante, on verra une véritable liaison existant entre le siège primitif de la maladie et les viscères renfermés dans les cavités du tronc. Sous ce rapport, cette observation présente beaucoup d'intérêt.

Observation. — *Cancer du testicule coïncidant avec des affections analogues du cerveau et des poulmons, par Henry Earle.* (London medico surgical transactions, tom. 3, p. 49.) — Thomas Dennie, âgé d'un an et neuf mois, fut présenté à Henry Earle, le 10 juin 1811, pour une maladie du testicule gauche. A l'âge d'un an, il avait été pincé en cet endroit par sa sœur et s'était beaucoup plaint. Cependant on n'avait donné aucune attention à cet accident; quinze jours après, sa mère s'aperçut que le testicule gauche était plus volumineux que le droit. Depuis ce moment, il ne cessa d'augmenter de volume, divers traitemens furent employés sans succès. Deux fois la maladie fut prise pour un hydrocèle, et le trois quarts, plongé dans la tumeur, n'amena aucun liquide. Ces opérations furent suivies de peu d'inflammation, et il ne paraît pas que la maladie en ait été aggravée. Lorsque Henry Earle vit cet enfant, son testicule était plus gros qu'un œuf d'oie, et il atteignait jusqu'au condyle interne du fémur quand il n'était pas soutenu; il était de forme ovalaire; sa surface était régulière et polie; elle était rénitente et produisait la sensation d'un liquide contenu dans un kyste, à tel point, qu'un chirurgien très-expérimenté n'hésita pas à considérer la maladie comme une hydrocèle. Toutefois, la tumeur n'offrait aucune diaphanéité; elle était beaucoup plus lourde qu'un pareil volume d'eau; on ne pouvait découvrir ni testicule, ni épiddyme à sa partie postérieure et inférieure. L'enfant avait un aspect cachectique; sa peau était de couleur jaune-verdâtre et couverte d'une sueur visqueuse; ses muscles étaient flasques et atrophiés; sa tête était volumineuse et saillante en avant; ses yeux étaient appesantis; les pupilles étaient dilatées; l'iris avait une couleur noire si foncée qu'on le distinguait à peine de la pupille; la respiration était anxieuse; l'enfant toussait; son pouls était fréquent et dur; l'abdomen était volumineux et tendu; il y avait une constipation habituelle.

Après quelques tentatives de traitement interne et local, Henry Earle, remarquant que le cordon conservait son intégrité, se décida à l'opération, qu'il pratiqua le 22 juin, au dix-septième mois de la maladie. La tumeur ayant été mise à nu, une ligature fut passée autour de l'artère, tout près de l'anneau inguina-

Ensuite on divisa le cordon qui n'offrit aucune disposition à se rétracter. Le reste de l'opération ne présenta rien de remarquable.

La tumeur consistait en une masse pulpeuse, grisâtre, qui n'offrait aucune trace de l'organisation primitive du testicule. Après quelques lotions, l'eau devint trouble par la dissolution d'une partie de cette masse qui ressemblait à de la pulpe cérébrale en putréfaction. La surface d'une section de la tumeur était inégale et d'apparence fibreuse, et rappelait une surface gangrénée ou bien une surface sur laquelle de la lymphe coagulable s'est déposée irrégulièrement. Le cordon était sain; l'artère n'était pas très-volumineuse et le corps pampiniforme avait augmenté de volume. La maladie était évidemment de la même nature que celles qui ont été décrites sous les noms de *testicule pulpeux*, *sarcome médullaire* et *fungus hematosus*.

Il ne se passa rien de remarquable pendant le traitement, consécutif. La plaie se couvrit entièrement de bourgeons charnus et marcha lentement vers la guérison; il fallait la stimuler souvent avec le précipité rouge ou le nitrate d'argent. Au bout de six semaines, la cicatrisation était parfaite.

H. Earle cessa de voir son malade vers le 25 août; il s'était opéré une amélioration remarquable dans la santé de cet enfant.

Trois mois après cette dernière époque, H. Earle fut consulté de nouveau pour le même enfant, dont la santé générale était dans un état beaucoup plus grave encore qu'au moment de la première consultation. Les symptômes les plus inquiétans existaient du côté du cerveau et de la poitrine; ils sont rapportés avec beaucoup de détails dans le mémoire de Earle. Rien n'avait reparu du côté du scrotum.

A l'autopsie qui est de même décrite avec beaucoup de soin, on trouva dans le cerveau plusieurs tumeurs variant en volume, depuis celui d'une châtaigne jusqu'à celui d'une orange. Elles avaient une consistance ferme, une couleur rouge tirant sur le noir; des stries blanches parcouraient leur substance; une d'elles ressemblait à un caillot de sang veineux; la substance cérébrale environnante était remarquablement molle et pulpeuse; elle avait une couleur jaune particulière qui ne pouvait pas être détruite par le lavage. Ces tumeurs adhéraient si faiblement à la substance cérébrale qu'on avait beaucoup de peine à les maintenir dans leur situation.

Les poulmons contenaient un grand nombre de gros noyaux encéphaloïdes (tubercules) qui dans quelques endroits occupaient toute l'épaisseur de l'organe d'une face à l'autre. A travers la plaie ils avaient une couleur blanche-grisâtre et étaient irrégulièrement rayonnés à leur circonférence. Au toucher ils étaient durs et non élastiques; incisés, ils présentaient un tissu uni, serré, ne ressemblant en rien à celui du testicule enlevé. En les pressant, on en exprimait une petite quantité de fluide blanchâtre; en les déchirant, ils offraient une apparence fibreuse semblable à celle d'un cerveau ferme, disséqué ou déchiré avec le manche d'un scalpel.

Les glandes bronchiques prodigieusement tuméfiées offraient une structure interne très-analogue à celle du testicule malade. Elles étaient toutefois plus fermes et non élastiques au toucher avant d'être incisées.

Les glandes mésentériques étaient tuméfiées sans que leur tissu parût altéré.

Du côté du testicule enlevé on pouvait suivre une traînée de ganglions engorgés s'étendant le long de l'aorte depuis le bassin jusqu'au diaphragme.

Le rein droit était tuméfié, et son uretère était dilaté par le passage récent d'un calcul.

(Note des trad.)

DE L'OPÉRATION

DE

LA CASTRATION.

Les circonstances qui exigent cette opération sont : 1° l'inflammation chronique du testicule, quand il s'est ulcéré et qu'il se forme une tumeur granuleuse qui détermine la protrusion d'une grande partie de l'organe. Dans les cas moins graves de cette période de la maladie, l'excision des végétations ou leur destruction par les escharrotiques peuvent tenir lieu de la castration.

J'ai vu aussi la castration nécessaire dans les cas de suppuration chronique, quand de nombreuses fistules se sont formées au scrotum.

Dans la névralgie du testicule, le malade demande quelquefois avec instance l'amputation, quand les efforts de la médecine pour faire cesser la douleur ont échoué, et quand les souffrances sont devenues si cruelles et si persistantes, que la vie lui est à charge par l'impossibilité où il est de vaquer à aucune affaire.

Dans ces cas, l'opération n'est dangereuse ni pour le moment ni pour l'avenir, et ses suites n'exigent aucun soin particulier, excepté ceux qui auraient pour but l'amélioration de la santé générale.

Mais lorsque l'opération est requise pour l'affection fongioïde, on ne doit qu'après de mûres réflexions décider 1° s'il convient de la pratiquer, et 2° dans ce dernier cas, l'époque à laquelle elle doit être mise à exécution ; car il faut se rappeler que la première apparition de la maladie est souvent loin d'en être le début, mais qu'elle peut exister depuis plusieurs semaines et depuis plusieurs mois.

Le chirurgien s'informerait donc du volume que présentait la tumeur au moment où elle a paru pour la première fois.

Il tâchera de savoir quelle était la santé du malade dans les temps qui ont précédé, s'il n'a point ressenti dans la région des reins une douleur qu'il attribuait à un lombago, ou s'il a éprouvé quelques troubles graves dans les phénomènes de la digestion. Quelquefois, en effet, l'affection du testicule est une suite ou une coïncidence de l'altération abdominale, et ne la précède pas.

Observation 419. — M. B..., âgé de 52 ans, eut, il y a neuf mois, une attaque d'hémiplégie qui fut suivie d'un lombago intense. Depuis douze jours, le testicule droit est engorgé, dur; cet engorgement est accompagné d'hydrocèle. Au bout de quatre jours, le testicule gauche a offert les mêmes symptômes.

Il y avait déjà plusieurs mois que le malade était sujet à des douleurs dans l'abdomen, et il avait des troubles fréquents des fonctions digestives, bien qu'il n'ait été pris de vomissements qu'une seule fois il y a environ sept jours. Lorsqu'il prend des aliments, il leur trouve un goût agréable, mais son estomac ne peut les garder. Depuis quelque temps, il a été pris d'une fièvre légère, qui est maintenant beaucoup augmentée et s'accompagne d'une soif vive.

Le 28 septembre 1829, je trouvai une tumeur distincte un peu au-dessus de la région du cœcum, du côté droit de l'abdomen. La pression au-dessus du rein déterminait de la douleur ; je ne dois pas omettre de mentionner que pendant les dix-huit derniers mois ce malade a éprouvé des peines morales très-vives. Voici quel est actuellement son état.

Le scrotum est livide, les veines sont dilatées et paraissent en plus grand nombre qu'à l'ordinaire ; le testicule droit a au moins cinq fois son volume naturel, et le volume du testicule gauche est seulement triplé. Le cordon du côté droit est engorgé, et l'engorgement peut être suivi le long du trajet de l'artère et de la veine spermatique, jusque dans l'abdomen, au-dessus et au-devant du rein droit ; la pression sur le foie et sur la région lombaire détermine une vive douleur. Depuis une semaine, la jambe droite a commencé à se tuméfier, et les deux testicules sont entourés du liquide épanché dans la tunique vaginale, ce qui n'empêche pas de sentir distinctement le testicule induré. Il y a une fièvre légère, mais continue, avec soif intense. L'exercice produit quelquefois de la dyspnée, surtout après les repas. Le malade est affaibli et émacié, bien qu'encore capable de vaquer à ses affaires ; mais le visage révèle à un haut degré son anxiété intérieure : le pouls est fréquent.

Il est à peine nécessaire de remarquer combien l'histoire de ce cas est propre à démontrer que la maladie fongioïde des testicules est la conséquence d'une détérioration profonde de la constitution, altérée par les inquiétudes et les souffrances morales. Elle prouve que quand bien même un seul des testicules serait affecté, l'opération serait impuissante et contre-indiquée ; car l'altération du testicule n'est qu'une concomitance d'altérations abdominales plus graves, et l'opération n'enlèverait qu'une partie de la maladie. Avec un tel état de constitution, si la tumeur du testicule était enlevée, il en surviendrait nécessairement de nouvelles,

alors même ; ce qui n'est guère probable, que le malade ne succomberait pas aux suites de l'opération.

3° Il est nécessaire aussi d'explorer avec soin l'état du cordon spermatique, et de s'assurer si les altérations qu'il présente ne remontent pas jusque dans l'anneau. Quand cette dernière circonstance se rencontre, l'opération doit être rejetée ; jamais je ne l'ai vue réussir en pareil cas.

4° Si un seul des ganglions inguinaux est malade, cela suffit pour faire rejeter l'opération. Dans cet état de choses, on doit recourir à des moyens thérapeutiques généraux, dans l'espoir de découvrir quelque médicament qui agisse spécifiquement contre cette affection, et à l'aide des sangsues et des lotions évaporantes on ralentira autant qu'il est possible la marche de la maladie.

Mais, je dois l'avouer, la maladie fongioïde est à mes yeux la plus grave qui puisse atteindre le corps humain, elle est rebelle à l'emploi des médicaments, et cède rarement à l'opération.

Dans le squirre du testicule, comme les progrès de la maladie se font avec lenteur, il reste plus de temps pour l'emploi des tentatives thérapeutiques, et l'opération n'est pas aussi promptement requise que dans la maladie fongioïde. L'opération est aussi plus souvent suivie de résultats heureux. Cette maladie exige, après l'opération, aussi bien que la maladie fongioïde, que l'on ait recours à des agents médicamenteux pour modifier la constitution.

Lorsque le cordon spermatique est envahi par cette affection, les mêmes raisons s'opposent à l'extirpation du testicule, c'est-à-dire la récurrence de la maladie dans l'abdomen, et le danger immédiat résultant de l'opération.

Un jour, traversant les salles de l'hôpital de Guy, je m'approchai du lit d'un homme qui présentait avec engorgement avec induration du testicule ; le cordon spermatique était en même temps considérablement tuméfié et dur au niveau de l'anneau ; j'affirmai que, dans ce cas, la castration était intempestive. Un de nos étudiants ne fut pas du même avis, il procura un logement à cet homme dans les environs de Londres ; et fit l'ablation du testicule. Il survint une inflammation du péritoine, et le malade succomba. Si celui qui a fait cette opération a quelques sentiments, une telle punition de son imprudence lui sera d'une grande utilité pour le reste de sa vie.

Le procédé opératoire pour l'ablation du testicule doit être le suivant : Lorsqu'on a rasé le pubis avec soin, car la présence des poils a des inconvénients, soit dans le moment de l'opération, soit dans la suite des pansements, lors de l'application des emplâtres agglutinatifs, on prépare une table d'une hauteur convenable et que l'on recouvre de deux couvertures et d'un drap ; un bandage en T est fixé autour des reins du malade.

On fait alors une petite incision à la tunique

vaginale au devant du testicule, pour s'assurer si la maladie ne serait point une hydrocèle ou une hématocele. Une fois ce point décidé, on procède à l'extirpation du testicule.

1° On commence par une incision étendue de l'anneau abdominal à la partie la plus déclive du scrotum ; de l'observation de ce précepte résultent deux avantages : le premier, c'est que le pus ne peut s'amasser dans le scrotum durant la suppuration ; le second, c'est que l'ablation du testicule est rendue par là beaucoup plus facile.

2° On ouvre la gaine fibreuse du cordon spermatique au-dessous de l'anneau, et l'on met ainsi complètement le cordon à découvert.

3° On saisit le cordon entre les doigts, et on le maintient au moyen d'un tenaculum ou d'une aiguille et d'une ligature que l'on confie à un aide, et qui ont pour objet de prévenir la rétraction du cordon vers l'abdomen. On pourrait considérer cette précaution comme superflue ; mais M. Gline m'a rapporté à ce sujet l'observation suivante :

Observation 420. — Un chirurgien, pratiquant l'opération de la castration, coupa le cordon près de l'anneau : lorsqu'il eut enlevé le testicule, il remarqua qu'une tumeur s'était formée dans le canal inguinal ; un écoulement de sang artériel avait lieu par l'anneau externe, et l'on ne pouvait plus retrouver le cordon spermatique. Après un long délai et de grandes inquiétudes, l'aponévrose de l'oblique externe fut incisée, et le cordon spermatique fut mis à découvert ; il saignait abondamment au-dessus de l'anneau, le sang qui s'écoulait formait un large courant artériel à travers l'anneau.

Depuis que j'ai eu connaissance de ce fait, je ne manque jamais avant la section de m'assurer du cordon par les moyens que j'ai indiqués.

4° Le temps suivant de l'opération consiste à couper le cordon. Et je ne saurais trop m'élever contre l'inopportunité de la dissection du testicule avant la section du cordon, car la lenteur de ce temps de l'opération ajoute infiniment aux souffrances du malade.

Après avoir divisé le cordon, le chirurgien doit en saisir le bout inférieur qui lui sert à énucléer le testicule de l'intérieur du scrotum ; en même temps qu'il exerce des tractions sur cet organe, il divise les adhérences avec un instrument tranchant. Ce procédé est en général d'une facile exécution, et par lui les adhérences du scrotum sont beaucoup plus faciles à détruire que dans tout autre mode opératoire.

6° Attirez le cordon avec la ligature ou le tenaculum, assurez-vous de l'artère spermatique en la faisant saillir au dehors, et placez une ligature fine sur le pourtour de cette artère.

7° Retournez le cordon en haut et vers l'abdomen, et assurez-vous de l'artère sperma-

tique et du canal déférent. Souvent cette artère n'est pas liée et fournit un écoulement de sang continu et inquiétant.

Je ne puis trop m'élever contre la pratique barbare des anciens chirurgiens qui liaient la totalité du cordon pour s'assurer de ses vaisseaux, et qui, en serrant la ligature de toutes leurs forces, arrachaient au malade des cris horribles et rendaient quelquefois l'opération très-dangereuse. M. Chandler, obéissant à cet usage, après avoir enlevé un testicule à un malade de l'hôpital Saint-Thomas, le 22 octobre 1807, appliqua sur le cordon une ligature unique. A partir de ce moment, le malade souffrit considérablement. Le 30 octobre, la ligature se sépara; le jour suivant, le tétanos survint; et le 2 novembre, le malade mourut. S'il y a quelque chose dont on doive s'étonner en pareil cas, c'est que le tétanos ne soit pas plus fréquent.

8° Assurez-vous de l'artère honteuse externe qui souvent est divisée au moment où l'on pratique la partie supérieure de l'incision. Si cette artère fournissait un jet abondant, un aide devrait placer le doigt sur son extrémité pendant l'opération.

9° Liez tous ceux des vaisseaux du scrotum qui continuent à saigner ou que vous avez vus donner abondamment durant l'opération.

10° Faites ensuite deux points de suture, au moins, au scrotum. Si le testicule est très-volumineux et s'il est adhérent au scrotum,

une portion de cette enveloppe doit être excisée afin de prévenir la formation d'un sac libre propre à recevoir le pus.

Le malade doit alors être porté dans son lit et couché horizontalement. Dans les premiers moments qui suivent l'opération, on doit s'abstenir de tout pansement: ce n'est que quand toute crainte d'hémorrhagie a cessé, et seulement alors, qu'on peut appliquer de la charpie et des bandelettes agglutinatives soutenues par un bandage en T.

Il convient de tenir le malade fraîchement et de ne le recouvrir que d'un drap, afin de prévenir la flaccidité du scrotum. En été, on doit faire des applications d'eau froide et d'alcool.

Les sutures se détachent vers le huitième jour, et la plaie se cicatrise dans l'espace de trois semaines.

Il m'est arrivé une fois d'enlever le testicule sur un malade qui était en outre affecté d'une hernie. Ayant renversé la tumeur herniaire, je disséquai le cordon sur la partie postérieure du sac. Ce malade, qui était atteint d'une maladie chronique du testicule, a très bien guéri.

J'ai aussi enlevé à l'hôpital de Guy un testicule malade compliqué d'épilocèle adhérente en comprenant séparément, dans de petites ligatures, les artères du cordon spermatique; il n'en est résulté rien de fâcheux pour le malade. (1)

(1) On trouvera dans l'observation suivante un exemple fort remarquable de castration intéressant sous le point de vue des particularités du procédé opératoire.

Observation. — *Enorme tuméfaction du scrotum traitée avec succès par l'ablation, par Jonh Maddox Titley.* (London medico-chirurgical transact, tom. 6, p. 72.) — Montserrat, nègre, âgé de 30 ans, reçu, étant jeune, un coup de pied de mule sur le testicule droit. Le testicule se tuméfia, mais diverses applications le firent bientôt revenir à son volume normal. Quelque temps après, cet homme fut atteint d'un éléphantiasis qui détermina une tuméfaction permanente des membres inférieurs. Plusieurs années après cette époque, le scrotum commença à augmenter de volume.

Lorsque le docteur Titley le vit, la maladie existait depuis cinq ans; elle avait fait des progrès lents; le malade ne pouvait plus se livrer à aucun travail depuis deux ans et demi. Pendant cette dernière période, la tuméfaction du scrotum s'était tellement accrue que le malade restait complètement alité.

La tumeur du scrotum était de forme ovalaire; semblait suspendue aux tégumens du ventre et aux cordons spermatiques, qu'elle tirait fortement, s'étendait en arrière à la marge de l'anus et descendait jusqu'à un ou deux pouces du sol. Elle avait 29 pouces de la symphyse du pubis jusqu'à sa base, et 49 pouces de circonférence. On pouvait facilement distinguer les cordons spermatiques qui étaient un peu engorgés; la verge était complètement effacée; l'urine s'écoulait librement par une ouverture située à 9 pouces au-dessous du pubis; en dilatant cette ouverture par des tractions latérales, on apercevait le gland au fond d'un canal de 3 pouces, qui était formé par l'allongement et la distension du prépuce. La surface de la tumeur était polie et parsemée de veines superficielles. La partie supérieure était recouverte de quelques poils, sa partie inférieure était squammeuse en quelques endroits. La peau semblait extrêmement épaissie; mais sa fermeté n'était pas uniforme sur tous les points; et elle conservait pendant quelque temps l'impression du doigt.

L'appétit était bon, les selles régulières et la santé générale intacte.

Dans l'état d'érection, la verge proéminait à un ou deux pouces hors du trou indiqué ci-dessus. Mais ces érections n'étaient jamais suivies d'expulsion de sperme.

On appliqua d'abord, de chaque côté du scrotum, un large vésicatoire, puis un séton. Mais quoique ces exutoires eussent suppuré abondamment pendant près de six semaines, il n'en résulta aucune diminution de la tumeur.

Sur les pressantes sollicitations du malade, le docteur Titley pratiqua l'amputation de la tumeur le 5 décembre. La seule difficulté qui se présentait était de conserver le pénis. Pour y parvenir, on fit une incision de deux ou trois pouces, commençant un peu au-dessous de la symphyse du pubis; cette incision mit le pénis à nu. Après avoir divisé le prépuce distendu, on introduisit une sonde flexible jusqu'à la vessie

la division du prépuce fut indispensable pour pratiquer le cathétérisme. On découvrit ensuite, de chaque côté, les vaisseaux spermatiques, et on les serra dans la ligature temporaire passée autour des cordons. L'incision fut continuée en arrière jusqu'à la marge de l'anus, et la dissection fut dirigée en haut vers le pénis.

La tumeur ayant été enlevée, les artères spermatiques furent liées séparément. La ligature supérieure fut desserrée, mais on la laissa en place en cas de besoin. Les tégumens furent maintenus en contact par quelques points de suture et quelques bandelettes agglutinatives. Il n'en restait qu'une quantité suffisante pour recouvrir la racine de la verge, de telle sorte, que cet organe était la seule partie qui restât dépourvue de tégumens.

L'hémorrhagie ne fut pas considérable; une branche de la honteuse gauche donna seule du sang; les autres troncs artériels volumineux furent liés avant d'être divisés.

Le malade guérit sans le plus léger accident; les plaies des aines et du périnée étaient complètement réunies au bout de trois semaines; mais le pénis ne fut cicatrisé que vers le commencement d'avril.

En examinant la tumeur, on trouva les testicules dans leur situation naturelle. Celui du côté gauche avait à peu près le volume d'un œuf de poule; la tunique vaginale du côté droit contenait trois pintes d'eau, et le testicule de ce côté était considérablement diminué de volume.

En incisant le scrotum à droite, on trouva que les tégumens avaient en haut environ deux pouces d'épaisseur, plus près de la base, leur épaisseur s'élevait à 4 pouces $\frac{1}{2}$. Il s'écoulait de ce tissu de la sérosité. La cavité était remplie de matière gélatineuse et de sérosité qui se figeait en substance gélatiniforme par le refroidissement. La tumeur pesait 70 livres (anglaises). Il n'y avait rien de particulier dans son tissu.

En faisant l'incision de chaque côté du pénis, en disséquant la peau en dedans, peut-être eût-on conservé assez de peau pour recouvrir le pénis? Cette précaution hâterait beaucoup la guérison en pareil cas.

N'ayant aucun antécédent pour le diriger dans cette opération, et ne sachant pas dans quel état se trouvaient les testicules (l'absence d'émission spermatique semblant indiquer qu'ils étaient devenus inutiles), le docteur Titley ne fit aucune tentative pour les conserver. D'ailleurs l'épaisseur de la portion de tégumens qu'il aurait fallu laisser pour les recouvrir, semblait ôter tout espoir d'une réunion prompte, et l'inflammation, ainsi que le gonflement des testicules, auraient beaucoup ajouté aux craintes qu'on pouvait avoir du tétanos.

Il y a toutefois des cas moins défavorables, où l'on peut juger convenable de conserver les testicules. Au moment où le docteur Titley écrivait, ces énormes tuméfactions devenaient de plus en plus communes. Ce médecin avait plusieurs autres malades dans la même île (les Barbades), dont le scrotum égalait la moitié ou les deux tiers de celui qui fait l'objet de cette observation. Il y avait en outre des cas nombreux de tuméfaction et d'épaississement du scrotum, qu'il considère comme le début de la même maladie. Quand la tumeur est encore petite, les sétons placés de chaque côté, en opérant, suivant lui, la réduction; mais il est à craindre, ajoute-t-il, que cette diminution ne soit que temporaire.

Morgagni (l. 43, article 42) cite, d'après Waltheius, quelques observations dans lesquelles le scrotum et le pénis étaient tuméfiés, au point que ce dernier atteignait les genoux, et l'autre descendait au-dessous. L'épaisseur de chacune de ces parties correspondait à leur longueur. La peau avait le triple de son épaisseur normale et la tumeur pesait plus de 50 livres.

Morgagni reçut le dessin d'un cas semblable, observé à Syracuse.

Il est aussi fait mention d'une tumeur semblable du poids de 60 livres dans l'Histoire de l'Académie des sciences de Paris, année 1711. (Note des trad.)