

je le disais tout à l'heure, d'une réduction spontanée, ou, plus exactement, d'une fausse réduction spontanée. Il est difficile de dire quelle part revient, dans la guérison de la hernie testiculaire, à chacun de ces deux processus qui, en réalité, n'en font peut-être qu'un seul. Les bourgeons charnus naissent en effet au niveau de la plaie du scrotum et, sans aucun doute, de cette plaie elle-même. Ils rayonnent de ses lèvres vers le testicule qu'ils enchâssent d'abord, qu'ils enveloppent ensuite. La formation cicatricielle commence donc au niveau de la solution des téguments, et, de là, gagne la surface du testicule. Dans ces conditions, comment faire la part entre l'influence de l'engonement du testicule dans la peau du voisinage, peu à peu attirée au-dessus de la glande, et la création d'une peau cicatricielle, née, autour de cette glande, sur les confins mêmes de la plaie tégumentaire ?

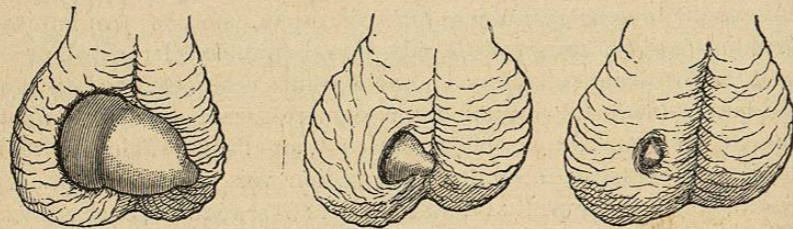


Fig. — 217. Réduction spontanée de la hernie testiculaire (Kocher).

3° *Se greffer.* — Je ne parle que pour mémoire de la greffe accidentelle du testicule hernié. Duplay rapporte le cas suivant observé par Maunoury : une balle blessa le scrotum et la région crurale d'un soldat ; une hernie du testicule se produisit ; la hernie ne fut pas réduite ; quarante jours après le traumatisme, le testicule avait pris des adhérences solides avec la région crurale et s'était positivement greffé sur elle. Il fallut, pour le réintégrer dans la cavité scrotale, sectionner les adhérences avec le bistouri.

Mis en présence d'une hernie traumatique du testicule, le chirurgien peut et doit opter pour l'une des quatre solutions suivantes : 1° laisser les choses en place, en confiant à la nature le soin d'une réduction spontanée ; 2° pratiquer l'ablation de l'organe hernié ; 3° opérer la réduction chirurgicale extemporanée ; 4° attendre et faire la réduction tardive.

L'abstention est déraisonnable ; c'est une pratique vieillie que Kocher n'a pas pu laver, même avec une théorie nouvelle de réduction spontanée, de la condamnation dont Malgaigne l'avait frappée. Elle n'est de mise que pour les cas où on est appelé à soigner, plusieurs jours après l'accident, un malade dont le testicule hernié est déjà en voie de sphacèle. Le mieux alors — à moins qu'il n'y ait des accidents inflammatoires forçant la main — est de recouvrir la région d'un pansement humide et d'attendre, après la chute des

escarres, la rentrée naturelle du pédicule et le bourgeonnement de la plaie.

La castration sur place n'a que des indications exceptionnelles ; elle n'est justifiée que par l'écrasement de la glande, par une attrition si profonde de son parenchyme que toute chance de vitalité ait disparu pour lui.

La réduction chirurgicale du testicule, pratiquée extemporanément (j'entends par là le plus tôt possible), est évidemment la méthode de choix, que l'organe ectopie soit, ou non, recouvert de sa vaginale ; mais il ne faut pas perdre de temps à tenter, à la faveur de la plaie accidentelle, une réduction qui ne s'opère pas très facilement. Pour peu que le scrotum se soit recroquevillé autour du pédicule herniaire et que le malade éprouve quelque douleur, il faut, sous l'anesthésie locale, avec l'anesthésie générale, au besoin, agrandir la plaie, rentrer alors sans peine la glande génitale et suturer la vaginale d'abord, les bourses ensuite. Il va sans dire que deux précautions s'imposent : d'abord, nettoyer, arroser le testicule avant de le réintégrer dans sa loge ; ensuite, assurer pour vingt-quatre ou quarante-huit heures dans la plupart des cas, au moins, le drainage de la vaginale. Dans certains cas, même, il peut paraître nécessaire, si la plaie contient des corps étrangers, des poussières, si la surface testiculaire n'est pas nette, de pratiquer pendant quelques heures l'irrigation continue ou de maintenir la région sous un pansement humide : cette pratique est tout à fait recommandable.

La réduction tardive présente de grands inconvénients : d'abord, en laissant s'exercer sur le pédicule vasculaire du testicule la compression qui résulte de la mise en œuvre de l'élasticité scrotale, elle favorise le sphacèle de ce testicule ; ensuite, elle fait courir à la glande, si celle-ci n'est pas enfouie sous des pansements très bien faits, des risques d'infection ; enfin, cette abstention laisse s'établir profondément des adhérences entre les deux feuillets de la vaginale, et aussi entre le pédicule et la plaie scrotale, adhérences d'où résultent, pour une intervention tardive, quelques difficultés opératoires. Aussi mon opinion est-elle qu'il ne faut que très exceptionnellement avoir recours à cette pratique. Le cas échéant, je lui préférerais de beaucoup la réduction extemporanée sans fermeture de la vaginale. En tout état de cause, elle doit être réservée aux cas où la plaie est souillée, le testicule fortement contus, et où une double indication se présente au chirurgien : nettoyer longuement le champ opératoire et le débarrasser de ses corps étrangers ; laisser le départ s'établir naturellement entre ce que la contusion aura frappé de gangrène et ce dont la vitalité n'aura rien souffert du traumatisme. C'est dans ces conditions que Van Hassell (de Pâturages) (1) a pratiqué

(1) VAN HASSELL, Hernie testiculaire traumatique (*Soc. belge de chir.*, séance du 12 mai 1894 ; in *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, t. IX, 1894, p. 713).

naguère une heureuse opération de réduction tardive, à laquelle personnellement j'aurais préféré, me semble-t-il, la réduction immédiate avec drainage.

Je ne puis envisager ici toutes les éventualités qui peuvent se présenter quand on est appelé à soigner un malade plusieurs jours après le traumatisme. En résumé, l'on peut appliquer aux différents cas qui se présentent alors les trois préceptes suivants : 1° réduire, en agrandissant la plaie, en disséquant les adhérences et en ouvrant la vaginale hydrocélitique, s'il n'y a ni signes inflammatoires ni processus gangreneux; 2° en toute autre occurrence, attendre, avant de réduire, la disparition des phénomènes phlegmoneux ou la limitation du sphacèle et la séparation des escarres; 3° enfin, ainsi que je le disais plus haut, il peut même y avoir intérêt, pour quelques malades, à laisser s'opérer seuls, après la chute des escarres, la rétraction de la glande séminale, le bourgeonnement de sa surface et la cicatrisation des téguments.

*e. Complications infectieuses.* — Je n'ai que deux mots à en dire. Une solution de continuité du scrotum peut, à la manière de toute autre plaie, devenir l'origine d'accidents infectieux plus ou moins graves. J'ai déjà parlé de la lymphangite, de l'érysipèle, du phlegmon gangreneux. Je rappelle l'observation plus haut citée de Thiriar (de Bruxelles) : un malade mourant de septicémie gangreneuse quarante-huit heures après une ponction d'hydrocèle (1).

*f. Atrophie du testicule.* — Elle est la marque d'une orchite concomitante; elle dépend des lésions traumatiques (écrasement) ou inflammatoires (complications infectieuses locales) qui, à la suite d'un traumatisme du scrotum, peuvent atteindre le testicule.

## II. — MALADIES INFLAMMATOIRES.

### LYMPHANGITES, PHLEGMONS ET GANGRÈNES DES BOURSES (2).

*Étiologie.* — La peau des bourses est mince, fine, très mobile sur les plans profonds; sous elle s'étale une nappe de tissu cellulaire lâche dans laquelle s'opèrent, avec la plus grande facilité, l'infiltration et le décollement. Ainsi s'explique la marque, pour ainsi dire, caractéristique de toutes les infections de cette région : la tendance au sphacèle. On peut dire, en effet, qu'en dehors du traumatisme dont la violence peut frapper de mort par attrition les tissus sur lesquels s'exerce son action, et des grands processus pyrétiques capables, en quelques cas, d'engendrer la gangrène par les modifications qu'ils

(1) THIRIAR (de Bruxelles), Septicémie gangreneuse produite par la ponction du scrotum (*Ann. de la Soc. belge de chir.*, 15 sept. 1893, p. 237).

(2) JEAN PETIT et PROSPER MERKLEN, Gangrènes des organes génitaux externes de l'homme (*Gaz. des hôp.*, 12 août 1899, n° 91, p. 837).

impriment à la crase sanguine et les endo-vascularites qu'ils suscitent, on peut dire que les gangrènes des bourses ne sont rien autre chose que la marque d'une infection locale, une lymphangite à forme nécrogène.

Nul département ne paraît, du reste, mieux préparé pour les infections par les qualités de son tégument et le rôle des organes d'entour. La peau est ténue; toujours humide et sujette à la macération, elle s'excorie facilement sous l'influence du frottement presque continu auquel elle est soumise. Près et en arrière du scrotum, l'anus affirme, par les hémorroïdes, les fissures, l'eczéma et la malpropreté, son dangereux voisinage; près et en avant des bourses, la verge offre le danger constant de la propagation des infections qu'elle va prendre en des vagins sordides. Près et au-dessus du sac marsupial, enfin, s'allonge le canal urétral, vecteur des contagés urinaires, superficiellement placé dans sa traversée périnéale. Ajoutons à cela que chez les cardiaques, les brightiques, les cachectiques et chez tous les malades dont la nutrition est ralentie, le scrotum, en raison de la texture particulièrement lâche du tissu cellulaire qui double sa face profonde, s'œdématie avec la plus grande facilité et que, de ce fait, sa nutrition et ses moyens de défense se trouvent considérablement amoindris. Personne n'ignore combien il était fréquent, du temps où l'on négligeait de pratiquer la stérilisation par la chaleur, d'observer, à la suite des mouchetures d'évacuation, l'érysipèle du scrotum chez les cardiaques en rupture de compensation.

On sent bien que je n'entends pas affirmer ici que toutes les lymphopathies du scrotum se terminent par sphacèle tégumentaire; il en est qui affectent la forme banale d'une lymphangite plus ou moins bénigne suivie, ou non, de réaction ganglionnaire. Mais je laisserai de côté ces formes cliniques sans intérêt spécial, ainsi que ces rares inflammations phlébitiques d'origine goutteuse dont Paul Legendre (1) donnait récemment un curieux exemple.

La gangrène des bourses, car c'est véritablement le nom générique sous lequel on peut désigner toutes les inflammations septiques dont celles-ci sont frappées, la gangrène des bourses affecte deux formes anatomo-cliniques différentes : dans l'une, c'est la peau qui est primitivement frappée; dans l'autre, les téguments ne sont atteints que secondairement, après les assises celluluses; dans la première, les lésions marchent de la superficie vers la profondeur; dans la seconde, de la profondeur vers la superficie. Dans celle-ci, il y a participation préalable du tissu conjonctif au processus, c'est-à-dire phlegmon, ce qui n'existe point dans celle-là.

Les gangrènes scrotales *sans phlegmon* comprennent deux variétés : la première, qui est exceptionnelle (si tant est qu'elle existe),

(1) PAUL LEGENDRE, Phlébite goutteuse de la région scrotale (*Soc. méd. des hôp.*, 6 mai 1898, in *Sem. méd.*, 11 mai 1898, n° 26, p. 216).