

on vit presque toujours guérir la gangrène foudroyante des bourses, et la perte de substance se réparer si bien que l'esthétique et les fonctions n'eurent presque jamais à en souffrir grandement.

A côté de cette gangrène foudroyante des organes génitaux externes, il convient de placer, comme représentant, à l'intensité près, le même type clinique de mortification, la gangrène chancrilleuse. Celle-ci est ordinairement bénigne et limitée au prépuce, au gland, au fourreau de la verge. On la voit cependant, chez quelques malades, gagner le scrotum, le périnée, la région inférieure de l'abdomen, affectant alors, par la rapidité de son évolution, l'étendue des dégâts qu'elle commet et son retentissement sur l'état général, l'allure de la gangrène foudroyante, dont elle n'est d'ordinaire qu'une image très atténuée.

II. Gangrène par phlegmon urinaire. — Quelques lignes seulement. Un malade atteint de rétention d'urine est frappé d'un grand frisson, tandis que soudainement, après la sensation d'une déchirure profonde, il se trouve soulagé et que le globe vésical diminue de volume. Le périnée gonfle; la peau qui le recouvre devient rouge, puis se marbre de taches cuivrées et de plaques ecchymotiques, distendue d'abord par un œdème mou, puis bientôt par une masse dure qui semble figée entre les branches ischio-pubiennes. En quelques points, cette masse devient molle, sonore, crépitante; des bulles se développent et crèvent, donnant issue à un liquide séreux et brunâtre; des taches noires surviennent, s'étendent, puis se limitent et se détachent partiellement des parties profondes; du pus fétide, mélangé d'urine, s'écoule là où la gangrène a fait des béances. La fièvre, les vomissements, le délire, la prostration, la diarrhée, l'hypotension du pouls et sa rapidité, la sécheresse de la langue, le refroidissement, la sudation fétide, la soif, marquent l'infection urinaire à laquelle le malade ne tarde pas à succomber si les secours de la chirurgie ne lui sont pas prodigués. Sauf l'intensité variable des accidents et la solennité plus ou moins grande du début, le phlegmon gangreneux de l'infiltration d'urine affecte toujours le même type. A l'encontre de la gangrène foudroyante et des gangrènes chancrilleuses qui limitent spontanément le champ de leurs ravages, il ne s'arrête d'ordinaire que sous l'influence des larges débridements du thermocautère et du drainage urinaire; dès lors, la guérison n'est plus pour le malade qu'une question de temps.

Diagnostic. — Je ne crois pas devoir insister sur le diagnostic des gangrènes du scrotum: il est si simple qu'il s'impose. Quant à en reconnaître la cause, cela ne se peut faire qu'en examinant attentivement les régions de la zone génitale et celles qui l'avoisinent. Sur ce point, on devra se reporter à ce que j'ai dit au chapitre étiologique de cet article.

Traitement. — Quelle que soit la variété de gangrène, les indications du traitement restent les mêmes. Il faut: 1° supprimer la cause ou atténuer son influence (drainage urinaire, réduction du paraphimosis, désinfection d'un chancre, d'une plaie, etc.); 2° soutenir l'état général du malade; 3° ouvrir largement avec le thermocautère les plaques de sphacèle, pour laisser écouler les liquides accumulés sous elles; 4° entailler hardiment les tissus aux confins des régions envahies, pour faire la part du phagédénisme inhérent au processus gangreneux; 5° faire prendre de grands bains locaux prolongés et chauds, et renouveler, à la surface des lésions, de vastes pansements humides, pour nettoyer et déterger le champ infecté.

III. — TROUBLES TROPHIQUES.

ULCÉRATIONS DES BOURSES.

Plusieurs causes, et de nature très différente, engendrent les ulcérations du scrotum.

En tête, le *traumatisme*. Toute plaie par instrument tranchant qui manque sa réunion *per primam*, toute plaie contuse qui, après sphacèle et suppuration, accomplit sa cicatrisation par formation de bourgeons charnus, constitue, au sens le plus compréhensif du mot, une ulcération.

Viennent ensuite les *maladies inflammatoires*. La lymphangite, avec les abcès qui la terminent et qui s'ouvrent à l'extérieur, les furoncles et les anthrax, les phlegmons et les gangrènes des bourses déterminent encore des ulcérations du scrotum.

Puis, les *tumeurs*. Celles-ci attaquent la peau de deux manières tout à fait différentes: les tumeurs malignes font corps avec elle, la pénètrent, bourgeonnent dans sa trame et l'ulcèrent par un véritable envahissement; les tumeurs bénignes troublent sa vascularisation par compression, l'anémient, l'usent, la nécrosent, et l'ulcèrent par gangrène.

A citer encore les *dermatoses*. La peau des bourses est fine, pourvue d'un riche appareil sudoripare; les affections cutanées l'attaquent volontiers; les érythèmes, l'eczéma s'y rencontrent souvent et le grattage y provoque facilement des lésions surajoutées.

Je ne puis ici entrer dans le détail des érosions, exulcérations, ulcérations que produisent sur la peau des bourses les différentes maladies que je viens d'énumérer: aussi bien un certain nombre de ces ulcérations ne sont-elles pas du ressort de la chirurgie, et d'autres, ainsi celle du cancer, seront-elles ultérieurement décrites par moi dans cet article.

Je veux seulement dire quelques mots des ulcérations tubercu-

leuses, des ulcérations syphilitiques, et de ce qu'on appelle le granulome des organes génitaux.

ULCÉRATIONS TUBERCULEUSES. — Les ulcérations tuberculeuses du scrotum sont presque toujours secondaires; elles sont la dernière expression de la tuberculose épididymo-testiculaire. Quelques rares exemples, cependant, ont été observés de lésions tuberculeuses primitives des bourses. Rochette (1) en a rapporté quatre faits en 1885; Reclus (2), avant lui, en 1882 et en 1883, en avait suivi plusieurs cas dont il a fait le sujet d'une intéressante communication au Congrès français de chirurgie en 1886.

Quel est alors le mécanisme de la contagion? Cela est difficile à établir. La peau des bourses est fine, sans cesse humectée; les excoriations épidermiques y sont fréquentes. Le germe contagieux peut y être porté par les ongles; il peut s'y déposer spontanément au cours d'un coït avec une femme ayant des sécrétions vagino-utérines bacillifères.

Les ulcérations tuberculeuses primitives des bourses succèdent au ramollissement des gommages qui, suivant les cas, sont *dermiques* ou *sous-cutanées*. Ces ulcérations sont souvent multiples, sinueuses, superficielles ou cavernueuses, limitées par des bords dentelés, quelquefois taillés à pic, souvent décollés.

Cliniquement, les ulcérations primitives des bourses se présentent sous deux formes tout à fait différentes: ou bien la gomme est petite et, par sa fonte, détermine la formation d'une ulcération étroite et superficielle; aucune complication locale ne surgit alors; ou bien la gomme est volumineuse, détruit largement les tissus à côté d'elle, et laisse sur le scrotum, après ramollissement et évacuation de son contenu, une perte de substance large et profonde; alors, à la faveur du vaste trou dont est creusé le suspensoir du testicule, celui-ci peut émerger de la profondeur et faire hernie.

Il est à noter qu'il s'agit là d'une conception nouvelle. Jusqu'au mémoire de Reclus, nous avons accoutumé de penser et de dire, avec Deville, que la tuberculose rentrait parmi les causes capables de produire ce qu'on appelle le *fungus du testicule*; mais les lésions étaient considérées comme naissant dans le testicule et l'épididyme, comme évoluant de la profondeur vers la superficie, comme n'atteignant les enveloppes qu'après la glande, si bien que tout *fungus* d'origine tuberculeuse n'était autre chose que le *fungus* d'une glande très malade. C'est d'une tout autre manière, d'après Reclus, qu'il faut comprendre les choses.

La hernie du testicule serait une complication de la tuberculose des bourses, et non pas de la tuberculose de la glande;

(1) ROCHETTE, Essai sur la tuberculose primitive des bourses, thèse de Paris, 1885.

(2) P. RECLUS, in *Sem. méd.*, 27 oct. 1886, p. 428

le *fungus tuberculeux* serait la hernie d'une glande saine. De ceci, voici les preuves: 1° d'abord, les faits observés; Reclus en rapporte deux; 2° la rapidité avec laquelle se forment la collection purulente, l'ulcération des bourses et la hernie de la glande; 3° le siège du *fungus* sur la face antérieure du scrotum, alors que les fistules cutanées produites par la fonte d'une tuberculose épididymaire se forment presque toujours sur la face postérieure des bourses; 4° l'unilatéralité des hernies testiculaires d'origine tuberculeuse, alors que les orchio-épididymites bacillaires sont si fréquemment bilatérales; 5° le développement, au cours de l'évolution des lésions glandulaires, de phénomènes de péri-orchite et de péri-épididymite, formant des couches épaisses de néomembranes, des adhérences nombreuses, au travers desquelles se constitue un étroit trajet fistuleux incapable de laisser passer le testicule; 6° la facilité avec laquelle, après un simple débridement, on peut faire rentrer le testicule dans la cavité vaginale et la régularité, après cette simple opération, d'une guérison sans suppuration, qui semblerait impossible au cas où il s'agirait d'un testicule « dégénéré, farci de granulations et de noyaux caséeux, et sillonné de fistules ».

Toutes ces raisons sont bonnes, à n'en pas douter. Suffisent-elles à miner complètement la théorie de Deville? Je ne le pense pas. Disons seulement que, dans la plupart des cas, le *fungus* du testicule d'origine tuberculeuse est consécutif à des lésions purement marsupiales, et qu'il n'est autre chose que la hernie d'une glande saine ou, tout au moins, d'une glande dont les lésions, tout à fait fermées et atones, paraissent avoir été jusqu'alors incapables de se greffer sur les bourses.

Comme traitement, ablation large du foyer par le bistouri et réunion par première intention. Au pis aller, destruction par le fer rouge.

ULCÉRATIONS SYPHILITIQUES. — Je ne puis m'étendre longuement sur ce sujet qu'on trouvera traité avec l'ampleur qu'il comporte dans les encyclopédies de syphiligraphie. Quelques mots nécessaires, seulement.

La syphilis peut frapper le scrotum à l'une quelconque de ses périodes d'évolution: au début, le chancre; les syphilides, à la période secondaire; plus tard, les gommages, s'y localisent volontiers.

L'*accident primitif* de la syphilis, le chancre, siège le plus souvent au niveau de l'angle péno-scrotal, en raison des rapports que celui-ci affecte, au cours de la cohabitation, avec la fourchette vulvaire souventes fois contaminée. Je rappelle les caractères de ce chancre: c'est une ulcération circonscrite, d'étendue très limitée, presque toujours orbiculaire ou ovalaire, ayant une surface plate et de niveau, simplement érodée, plus rarement ulcérée, n'ayant pour ainsi dire pas de bords et se continuant sans ressaut avec les tissus voisins,

pourvue d'un fond lisse, égal, uni, ordinairement rouge, quelquefois grisâtre, sécrétant non pas du pus, mais simplement un peu de sérosité louche, reposant sur une base résistante qui donne au toucher une sensation d'induration noueuse ou lamellaire, remarquablement froide et indolente, ne provoquant sur place aucune réaction inflammatoire, mais déterminant la formation d'une adénopathie constante, dure, polyganglionnaire, indolente, aphlegmasique, qui ne marque aucune tendance à la formation purulente (fig. 219).

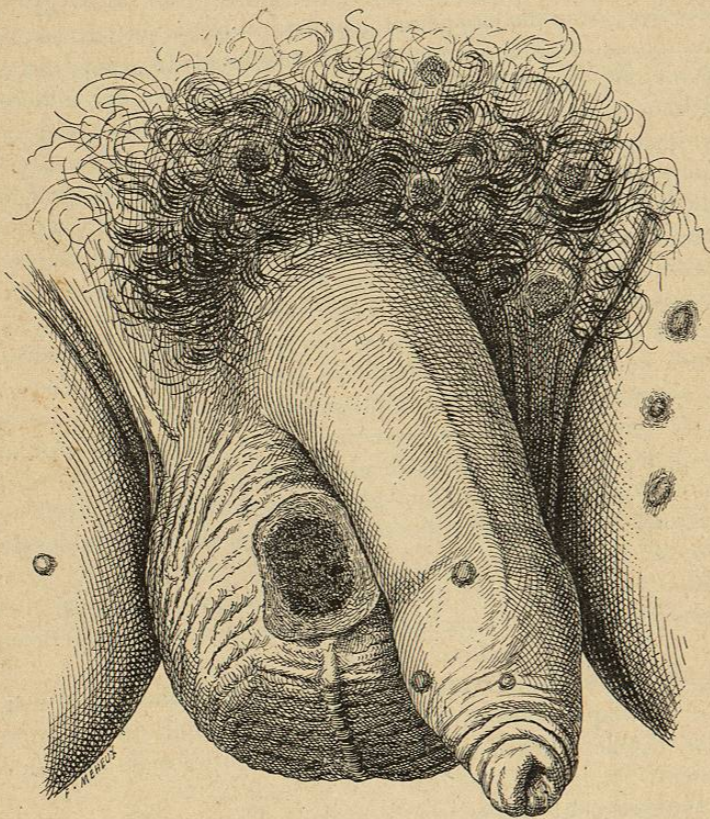


Fig. 219. — Chancre syphilitique sur la face antérieure du scrotum (d'après Mracek, traduit par Émery).

Le diagnostic du chancre syphilitique, tel que je viens de le décrire d'après le professeur Fournier (1), n'est pas difficile; mais, entre autres formes qu'il peut revêtir, on le voit, dans certains cas, devenir croûteux. Les sécrétions qui se dessèchent à sa surface forment au-dessus de lui une escarre sèche, isolée, circonscrite, brunâtre, assez adhé-

(1) Alf. FOURNIER, Traité de la syphilis, fasc. 1, p. 33. Rueff, Paris, 1898.

rente, qui en masque la surface et les contours et autorise les erreurs de diagnostic. Alors, en effet, on peut confondre le chancre avec toutes les dermatoses croûteuses: l'ecthyma, l'eczéma, l'herpès, l'ecthyma chancriforme de la gale, etc., etc.

Les *syphilides secondaires* du scrotum n'affectent ordinairement ni la forme érosive, ni la forme ulcéreuse qu'elles ont l'habitude de revêtir sur les muqueuses. Voici, toujours d'après le professeur Fournier, leurs variétés ordinaires: 1° *lenticulaire* (papules isolées et distinctes, arrondies, discoïdes, sèches et légèrement squameuses); 2° *papulo-croûteuse* (papules surmontées de croûtelles ou de croûtes peu adhérentes); 3° *impétigineuse* (lésions spéciales au scrotum et aux régions velues); 4° *papuleuse en nappe* (ici la syphilide est constituée par une nappe papuleuse, uniforme, lisse, légèrement saillante, rosée ou rougeâtre, sèche et recouverte d'une desquamation légère; c'est d'un vrai néoplasme papuleux étalé qu'il s'agit) (fig. 220).

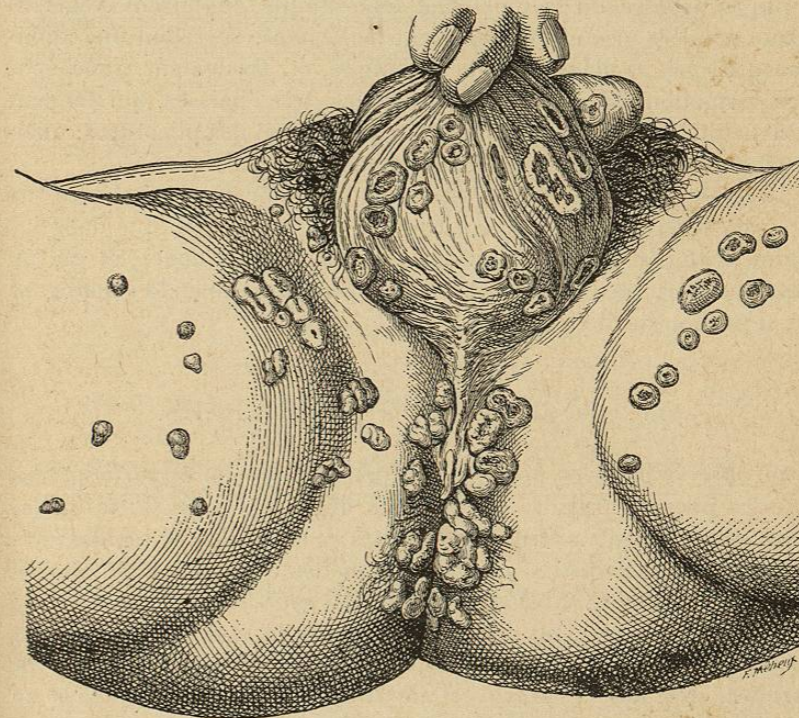


Fig. 220. — Syphilides érosives hypertrophiques et diptéroïdes (d'après Mracek, traduit par Émery).

Les *lésions tertiaires* des bourses (j'entends les lésions primitivement marsupiales, celles qui ne suivent pas la fonte d'une gomme testiculaire) sont rares et mal connues.

Elles n'ont, au reste, aucun caractère qui soit propre à la région,

elles se présentent, ici comme ailleurs, sous la forme d'une tumeur atone, indolente, qui se ramollit peu à peu, attaque la peau, lui adhère, la fait rougir, la nécrose et se vide à l'extérieur sous forme d'une masse jaune grisâtre, bourbillonneuse. Quand tout est éliminé, reste une ulcération, une caverne plus ou moins profonde, qui se recouvre de bourgeons charnus et se comble.

Reclus, par induction, croit qu'il faut attribuer à la syphilis tertiaire primitive des bourses, et non pas à la syphilis testiculo-marsupiale, la genèse du fungus syphilitique.

GRANULOME DES ORGANES GÉNITAUX. — James Galloway (1) a décrit récemment, sous le nom de « granulome ulcéreux des organes génitaux », et après Congers et Daniel, une ulcération de forme lupoïde siégeant sur le scrotum, la vulve, les aines, le pubis, débutant par des papules intradermiques qui se réunissent en placards, s'ulcèrent par nécrose ou traumatisme épidermique, suppurent, végètent d'une manière granuleuse, saignent facilement, sécrètent une abondante sérosité d'odeur presque spécifique, et, finalement, guérissent par formation de cicatrices pigmentées, très épaisses, qui tendent fortement la peau du voisinage et y produisent des plicatures, quelquefois même un véritable état éléphantiasique.

Je me contente de donner ces quelques indications générales sur une affection qu'on n'a guère trouvée jusqu'à ce jour que dans les Indes occidentales, qui ne paraît frapper que les nègres et qui ne semble encore bien dissociée ni de la tuberculose, ni de la syphilis, ni de la frambœsia.

IV. — TUMEURS DES BOURSES.

On observe dans les bourses, indépendamment de la participation qu'elles peuvent prendre à l'évolution des néoplasmes du testicule, deux sortes de tumeurs : 1° des *tumeurs congénitales*, les kystes dermoïdes ; 2° des *tumeurs acquises*, lesquelles n'ont, ou, plus exactement, ne paraissent avoir aucune relation avec le développement de l'individu, et qu'on peut diviser en tumeurs de type épithélial (kyste sébacé, cancroïde) et tumeurs de type vasculo-conjonctif, riches en variétés, inégales de gravité et de fréquence, parmi lesquelles se trouvent le lipome, le fibrome, le myome, le sarcome et les angiomes. On a encore observé sur le scrotum des kystes sur la nature et le développement desquels nous sommes loin d'être actuellement fixés. Je diviserai toutes ces tumeurs, sans préoccupation de leur nature, en tumeurs malignes et tumeurs bénignes.

(1) James GALLOWAY, Granulome ulcéreux des organes génitaux (*Presse méd.*, 23 juin 1897, n° 51, p. 292).

A. — TUMEURS CONGÉNITALES.

KYSTES DERMOÏDES. — Les traités de pathologie et les mémoires spéciaux qui ont été écrits sur ce sujet confondent dans une même description les kystes dermoïdes du scrotum et les kystes dermoïdes du testicule. Il y a là une confusion qui est au préjudice de l'intelligence des choses et qu'il me paraît nécessaire d'éviter.

Deux choses frappent l'esprit quand on lit les observations qui ont été publiées jusqu'à ce jour de tumeurs hétérotopiques de la région scroto-testiculaire : la première, c'est qu'un testicule retenu en ectopie, même en ectopie profonde, abdominale, peut devenir le siège d'un kyste congénital et que, par conséquent, la genèse de celui-ci est absolument indépendante de tout vice survenu dans le développement de la région scroto-périnéale ; la seconde, c'est qu'il existe, parmi les kystes congénitaux scroto-testiculaires, trois variétés parfaitement différentes : les premiers sont parenchymateux, intratesticulaires, sous-albuginéens ; les seconds sont paratesticulaires, sus-albuginéens, scrotaux, si l'on veut, en ce sens qu'ils se développent vers les enveloppes, mais proprement testiculaires parce qu'ils tiennent au testicule d'une manière quelconque, lâche ou serrée, large ou étroite, et si bien liés au développement de ce testicule qu'on les a vus descendre avec lui de l'abdomen ou de l'aîne dans le sac scrotal ; ces kystes naissent, en réalité, à la surface de la glande génitale, à laquelle les rattache une plaque de tissu cellulaire plus ou moins dense, entre l'albuginée et la vaginale, et ne prennent avec le scrotum, par développement périphérique et processus inflammatoire, que des adhérences secondaires ; les troisièmes, enfin, sont proprement marsupiaux et périnéaux, tout à fait et constamment indépendants du testicule.

Les deux premières variétés ressortissent au chapitre des tumeurs testiculaires où je les décrirai plus tard ; elles reconnaissent comme pathogénie un trouble profond survenu tout au début de la genèse de l'individu qui en est porteur (diplogénèse, parthénogénèse). La troisième variété appartient bien à la pathologie du scrotum ; c'est dans un trouble du développement de cette région qu'il faut en chercher l'origine.

Pathogénie. — Chez l'homme et chez tous les animaux qui ne sont pas soumis à la migration périodique, la formation du scrotum est indépendante de la migration testiculaire. En quelques mots, voici comment se développe le sac cutané scrotal. Au début de la vie embryonnaire, la portion terminale de l'intestin, l'allantoïde, le canal de Wolff et le canal de Müller, s'ouvrent dans une cavité commune qui porte le nom de *cloaque*. Vers le deuxième mois se détache, de la paroi supérieure de cette cavité, un bourgeon mésodermique qui, sous le nom d'*éperon périnéal*, descend verticalement et forme une