

habituellement bilatéral, des glandes internes du triangle de Scarpa. L'examen de l'urine et le dosage de l'urée apprendront surtout l'état du fonctionnement rénal; le « ballottement » permettra de constater l'état hydronéphrotique, quand il y a compression urétérale.

**Pronostic et traitement.** — Le premier est fatalement grave, nous dit Guyon; le second est toujours inutile en tant, du moins, que traitement curatif. On peut assurément se rallier à cette formule pessimiste, mais avec quelques nuances. Chez l'enfant, par exemple, on observe de véritables cancers aigus, des sarcomes « galopants » de la glande : dans le cas de Brée et dans celui de Solly, l'enfant paraissait en pleine santé trois mois avant la mort. Un adolescent observé par West, jusque-là bien portant, est atteint de rétention soudaine; une hématurie abondante suit le cathétérisme; à ce moment, la prostate ne présente aucune tumeur appréciable : trois semaines après, il succombe; et l'on trouve, avec une pyélo-néphrite ascendante, la glande grosse comme une orange, sarcomateuse. Chez un jeune homme, traité par Czerny, le sarcome prostatique n'avait montré ses premiers signes que neuf semaines avant : en trois semaines on vit, nous dit Stein, la tumeur « croître à vue d'œil ».

Chez le vieillard, l'affection paraît procéder par progrès plus lents, sans qu'il soit bien facile d'établir des moyennes. Le malade de Rollet faisait remonter à neuf années ses douleurs et sa dysurie; un des patients de Billroth souffrait depuis cinq ans; un de Czerny, depuis trois. Le cancer prostatique, aux fusées lymphatiques précoces, n'a probablement point d'aussi longues échéances; on peut supposer qu'il a succédé en pareil cas à une hypertrophie sénile antécédente. Stein fixe entre un et deux ans les limites d'évolution d'une néoplasie maligne de la prostate : acceptons le chiffre comme répondant à la majorité des observations. Mais l'encéphaloïde marche plus vite que le squirrhe; un cathétérisme inopportun hâte parfois les progrès du mal; enfin, l'allure s'accélère et la terminaison se précipite si des troubles fonctionnels secondaires interviennent, comme l'urémie par hydronéphrose ou l'obstruction intestinale par imperméabilité rectale.

Calmer la douleur par la morphine, en suppositoires ou en injections; combattre la constipation; parer à la rétention d'urine par un cathétérisme qui demande à être prudemment mené, sous peine de provoquer des hémorragies graves, ou même, comme cela est arrivé à Czerny, de passer dans le rectum à travers le néoplasme ramolli : voilà les secours palliatifs habituels. Quand l'obstruction intestinale domine la scène, l'anus iliaque rend des services : il assure la circulation stercorale et épargne à la tumeur recto-prostatique les froissements douloureux du bol fécal. Barwell a obtenu ainsi une trêve passagère, chez un malade dont Oswald<sup>(1)</sup> a relaté l'histoire; Fenwick<sup>(2)</sup>, qui a pratiqué deux fois la colotomie lombaire, signale dans un cas une amélioration qui se maintenait encore quelques mois après. L'intervention par l'anus iliaque est d'autant plus légitime que certaines formes sont de vraies néoplasies prostatorectales. Par la cystostomie sus-pubienne, on peut, comme l'a montré Poncet, diminuer notablement les phénomènes douloureux.

Küchler<sup>(3)</sup>, le premier, eut, dès 1866, l'idée de l'extirpation de la prostate et

(1) OSWALD, *Medical Times and Gazette*, 15 octobre 1885.

(2) FENWICK, *British med. Journal*, 22 oct. 1887.

(3) KÜCHLER, *Deutsche klin. Jahrg.*, 1866, Bd. XVIII, p. 458.

la réalisa sur le cadavre; à Billroth<sup>(4)</sup> revient l'honneur de la première prostalectomie pour carcinome de la glande. Viennent ensuite : la seconde opération de Billroth, rapportée par Winivarter<sup>(5)</sup>, les deux cas de Demarquay<sup>(6)</sup>, ceux de Spanton<sup>(7)</sup>, Harrison<sup>(8)</sup>, et Leisrink<sup>(9)</sup>, enfin les trois interventions de Czerny, relatées par Stein. Établissons dès l'abord que la voie hypogastrique est exceptionnelle, qu'elle ne permet l'ablation de la glande qu'au prix de tractions violentes, comme il appert des expériences et des recherches cadavériques de Glück et Zeller; même aidée de la résection temporaire de la symphyse, à la façon de Niehans, elle demeure une intervention gênée et périlleuse. Czerny, qui commença l'opération, chez un de ses malades, par la cystostomie sus-pubienne, reconnu, avec le doigt, une tumeur grosse comme une pomme, émanée du lobe gauche de la glande, encroûtée de concrétions phosphatiques, dont l'abord et l'ablation par l'hypogastre demeurerent impossibles : il se détermina à inciser le périnée. Chez un patient dont l'urèthre était imperméable, le même opérateur commença au contraire par une boutonnière périnéale, et, n'obtenant point une évacuation vésicale satisfaisante, compléta son drainage par l'incision hypogastrique; mais, ici, l'intervention ne visait que l'évacuation de la vessie, et, en pareil cas, l'ouverture à l'hypogastre garde évidemment ses avantages.

La taille haute conviendrait encore à une tumeur à évolution intra-vésicale dominante, appartenant au lobe moyen ou à la région juxta-cervicale du plancher de la vessie : telle cette masse carcinomateuse, « de la grosseur de la phalange du pouce », proéminente au niveau du col, que Harrison enleva par la boutonnière périnéale, et qui pendant quatorze mois demeura sans récidive, ce qui est le plus gros succès de ce groupe d'intervention; la taille par l'hypogastre donnerait, pour un cas analogue, autant de commodité opératoire, avec plus de clairvoyance dans l'exploration. Chez un de ses opérés, Czerny a pu gratter ainsi à la cuiller et à l'ongle une petite tumeur née du lobe gauche, et cautériser sa base d'implantation : quatre semaines après, le malade sortait en bon état, avec la plaie abdominale complètement cicatrisée. Mais Stein n'est explicite si sur la qualité histologique du cas, ni sur les suites thérapeutiques.

La voie périnéale demeure, pour les néoplasmes prostatiques massifs, le procédé d'élection. L'incision de la taille pré-rectale conviendrait à merveille : Spanton, Leisrink et Czerny ont entaillé le périnée par une incision en arc, décrite en avant de l'anus; celle de Leisrink allait d'une tubérosité ischiatique à l'autre. La taille médiane qu'a employée Billroth, donne un jeu opératoire étroit; à l'exemple de Czerny, on pourrait se donner du jour par la résection du coccyx et le prolongement de l'incision jusqu'à la racine des bourses. La taille des parties molles est, en l'espèce, le détail secondaire; la difficulté commence avec l'arrivée sur le néoplasme. Il est des cas relativement simples, dont un fait de Demarquay constitue le type : il s'agit de carcinomes rectaux, s'étant propagés à la prostate; en même temps que la tumeur rectale, le chirurgien enlève plus ou moins profondément l'écorce prostatique entamée.

(4) BILLROTH, *Chirurgische Erfahrungen. Langenbeck's Archiv*, Bd X, p. 548.

(5) WINIVARTER, *Beiträge zur Statistik der Carcinome*, p. 272.

(6) DEMARQUAY, *Gazette méd. de Paris*, 1875, p. 582.

(7) SPANTON, *The Lancet*, 24 juin 1882, p. 1052.

(8) HARRISON, *The Lancet*, 20 septembre 1884.

(9) LEIRINK, *Arch. für klin. Chir.*, Bd XXVIII, p. 578.

Mais autre chose est l'extirpation totale de la glande; sur le cadavre, elle est réalisable; on peut concevoir et exécuter, avec correction suffisante, le plan suivant: dégagement du rectum; section transversale de la portion membraneuse; libération latérale de la prostate; section transversale de l'entonnoir vésical, plus ou moins à ras du col, et en respectant les embouchures urétrales; suture de la tranche uréthrale à la coupe cervicale de la vessie. Il est loisible même de proposer cette intervention par la voie sacrée: nous l'avons expérimenté sur le cadavre.

En réalité, sur le vivant et pour la glande cancéreuse, ce programme ne peut être suivi. Billroth s'est contenté chez son second malade de gratter à la cuiller tranchante la masse néoplasique; Spanton ne put qu'enlever une partie de la tumeur et trouva d'ailleurs un prolongement gros comme le poing qui montait en arrière de la symphyse. Demarquay vit mourir en sept jours un malade à qui il enleva la partie inférieure du rectum, la prostate, les vésicules séminales, le fond de la vessie et presque tout l'urètre membraneux. Leisrink, qui, après excision méthodique du canal prostatique, avait pu suturer les deux coupes, uréthrale et vésicale, n'en perdit pas moins son opéré au quatorzième jour. Un des deux malades à qui Czerny a fait une résection totale de la glande a failli mourir de collapsus; l'hémorragie a été considérable; la réunion des deux tranches irréalisable: le malade a pu résister jusqu'au quatre-vingt-dixième jour. Chez son second opéré, dont la vessie a été coupée en travers à la limite supérieure du trigone, la suture de l'avant-paroi vésicale avec le bord correspondant de l'urètre a été possible, mais la demi-circonférence inférieure n'a pu être réunie: douze heures après le malade succombait, et l'autopsie montrait la désunion de la suture. Donc, en face de résultats thérapeutiques à peu près nuls, des risques opératoires graves: voilà le bilan des opérations pour néoplasmes encore limités à la prostate. Théoriquement, on peut accepter l'intervention aux phases précoces; mais l'incertitude du diagnostic à cette période rend platonique cet acquiescement à la prostatectomie pour néoplasie maligne. Contre les formes diffuses, à traînées ganglionnaires lointaines et promptes, toute intervention radicale est contre-indiquée.

## ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME

Par le D<sup>r</sup> PAUL RECLUS

Professeur agrégé de la Faculté de médecine. — Chirurgien de l'hôpital Laënnec.  
Membre de l'Académie de médecine.

Les organes génitaux de l'homme comprennent: les bourses — scrotum et vaginale; la glande proprement dite — testicule et épидидyme; le cordon spermatique — vaisseaux, canal déférent et vésicules séminales; le pénis. Ces quatre parties ont chacune leurs maladies spéciales, et nous décrirons, dans quatre chapitres successifs, les affections des bourses, celles de la glande, celles du cordon et celles du pénis.

**Historique.** — L'importance physiologique des organes génitaux explique l'attention que la chirurgie a prêtée de tout temps à leurs maladies, et, dans l'« index général » qui précède leur traité, Monod et Terrillon signalent, de 1759 à 1889, quatre-vingt-dix-huit nosographies où les auteurs ont voulu grouper, en un tableau d'ensemble, les notions acquises sur la pathologie du testicule. Nous ne rééditerons pas cette liste, aride et forcément incomplète; contentons-nous de citer les ouvrages qui, à notre avis, marquent le mieux les étapes que les vagues notions du XVIII<sup>e</sup> siècle ont franchies avant d'atteindre leur précision actuelle. On sait, en effet, beaucoup à cette heure; on a débrouillé le chaos d'où, il y a moins de cent ans, n'émergeaient avec quelque netteté que l'hydrocèle et le cancer. Mais le chemin est encore long à parcourir et nous reconnaissons avec humilité que le chapitre des tumeurs du testicule est le plus obscur de la pathologie.

HEISTER, De sarcocele, castratione, etc. *Institut. chir.* Amstelod. 1759, t. II, p. 857-859. — PERCIVAL POTT, Practical remarks on hydrocele or watery rupture, and other diseases of the testicles. London, 1762. — J.-L. PETIT, Des opérations qui se pratiquent aux bourses et aux testicules. *Traité des maladies chirurgicales.* Paris, 1774, t. II, p. 480-552. — BENJAMIN BELL, On the diseases of the testis. *A treatise on the theory and practice of surgery.* London, 1772, t. I, p. 579-527. Traduction française. Paris, 1796, t. I, p. 211-502. — RICHERAND, Maladies des organes sexuels de l'homme. *Nosographie chirurgicale.* Paris, 1806, t. III, p. 225. — S. COOPER, Diseases of the testicle. *Dict. of pract. surg.* London, 1809. Traduction française. Paris, 1826. — LALLEMAND, Observations sur les maladies des organes génito-urinaires. Paris, 1825. — BOYER, Maladies des organes génitaux de l'homme. *Traité des maladies chirurgicales*, t. X, p. 170. Paris, 1855, 5<sup>e</sup> édit., par Ph. Boyer, t. VI, p. 640-766. Paris, 1849. — B. BRODIE, Remarks and observations on the diseases of testicle. *London med. and phys. Journal*, octobre 1825. — OLLIVIER, art. TESTICULE du *Dict. de méd.* en 21 vol., t. XX, p. 527. Paris, 1828. — A. COOPER, Observations on the structure and diseases of the testis. London, 1859. Traduction française. *Œuvres chirurgicales complètes par Chassaignac et Richelot.* Paris, 1857, p. 409. — J. CRUVEILHIER, Maladies du testicule. *Anatomie pathologique du corps humain*, 5<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> livraisons. — BÉGIN, art. TESTICULE du *Dict. de méd. et de chir. prat.* en 15 vol. Paris, 1856, t. XV, p. 289. — P. GERDY, Considérations pratiques sur les maladies chirurgicales des organes génitaux. *Arch. gén. de méd.* Paris, 1858, 5<sup>e</sup> série, t. I et II. — MOULINIÉ, Maladies des organes génitaux et urinaires. *Clin. chir. de l'hôp. de Bordeaux.* Paris, 1859. — VIDAL DE CASSIS, Maladies du testicule. *Traité de pathol. externe.* Paris, 1841, t. V, p. 654; 5<sup>e</sup> édit.,

1861, t. V, p. 125. — MERCIER, Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur les maladies des organes urinaires et génitaux considérés chez les hommes âgés. Paris, 1841. — CURLING, A practical treatise on the diseases of the testis. London, 1843. Traduction française par L. Gosselin. Paris, 1857. — ROUX et VELPEAU, art. TESTICULE du *Dict. de méd. en 50 vol.*, t. XXIX, p. 425 à 531. Paris, 1844. — WILLIAM ACTON, The functions and disorders of the reproductive organs. London, 1858. — ERICHSEN, Diseases of the scrotum, testis and cord. *Science and art of surgery*, 2<sup>e</sup> édit., 1858. — NÉLATON, Maladies du testicule. *Éléments de pathol. chir.*, t. V, p. 516. — GROSS, Affections of the testicle. *System of surgery*, 1859. — DITTEL, Beiträge zur Pathologie and Therapeutic der männlichen Geschlechtstheile. *Allg. Wiener med. Zeitung*, 1859 et 1860. — LEBERT, Maladies du testicule. *Traité d'anat. pathol.*, 1861, t. II, p. 398. — TH. KOCHER, Verletzungen und Krankheiten des Hodens. und seiner Hüllen. *Handb. der allg. und spec. Chir. von Pitha und Billroth*. Stuttgart, 1874, Bd. III, Abth. II, b. — HUMPHREY, Diseases of the male organs of generation. *Holmes' system of surg.* London, 1864, t. IV, p. 559-622, et 2<sup>e</sup> édit., 1872, t. V, p. 71. — BRYANT, Clinical surgery on diseases of the testicle. London, 1866. — GOSSELIN, Maladies des organes génitaux de l'homme. *Cliniques chirurgicales*, 1<sup>re</sup> édition, 1875, et 5<sup>e</sup> édit., 1879, t. II, p. 607. — KÖNIG, Die Krankheiten des Hodens. und seiner Umhüllungen. *Lehrbuch der spec. Chir.*, Bd II, p. 420-474. Berlin, 1879. — GOSSELIN et WALTHER, art. TESTICULE du *Nouveau dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXXV, p. 540 à 560. Paris, 1885. — AUGAGNEUR, MOLLIÈRE et RECLUS, art. TESTICULE du *Dict. encyclop. des sciences médicales*. Paris, 1886. — KOCHER, Die Krankheiten der männlichen Geschlechtsorganen. *Deutsche Chir. von Billroth und Lücke*. Lief. L. b. Stuttgart, 1887. — FOLLIN et DUPLAY, Maladies du testicule et de ses enveloppes. *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. VII, p. 206. Paris, 1888. — SCHWARTZ, Maladies chirurgicales du testicule et de ses enveloppes. *Encyclop. intern. de chir.*, t. VII, p. 436. Paris, 1888. — MONOD et TERRILLON, Traité des maladies du testicule et de ses annexes. Paris, 1889. — Un journal spécial, les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, paraît à Paris depuis 1885, sous la direction de M. Guyon et des docteurs Lancereaux et Méhu. Enfin, en 1889, on a édité à Hambourg et à Leipzig une publication analogue, *Internationale Centralblatt für die Physiologie und Pathologie der Harn- und Sexualorganen*.

## CHAPITRE PREMIER

## AFFECTIONS DES BOURSES

Les enveloppes de la glande, appendues à la verge et aux branches ischio-pubiennes, sont formées de plusieurs tuniques : d'abord la peau — le *scrotum*, pigmenté et parsemé de poils — ; elle est très fine, s'excorie facilement, et si, lorsque les bourses sont rétractées, elle paraît épaisse et rigide, cet aspect est dû à la deuxième tunique, le *dartos*, couche de fibres musculaires lisses qui la double directement ; ses éléments s'adossent sous la ligne médiane en une cloison qui divise la cavité scrotale en deux loges indépendantes dont chacune contient une glande spermatique.

Désormais, les tuniques du testicule seront doubles, et nous avons, en allant de la périphérie vers le centre, la tunique *érythoïde*, faisceaux étalés du muscle *crémaster* ; la couche *fibreuse*, résistante, qui monte pour recouvrir et solidariser les divers éléments du cordon, tandis que la *séreuse* se réfléchit sur ces mêmes éléments au moment où ils abordent l'épididyme et va épouser la surface de la glande avec laquelle elle fait corps. Mais entre l'érythoïde, la fibreuse et la vaginale, d'une part, entre le scrotum et le *dartos*, de l'autre, existe une cavité celluleuse à mailles larges, sorte de synoviale dans laquelle glisse et se meut le testicule. C'est le « Spaltraum » des Allemands, étudié par Disse<sup>(1)</sup> et

(1) DISSE, *Der scrotale Spaltraum*, etc. *Archiv. de His et Braune*, vol. supplémentaire. Leipzig, 1889, p. 222.

par Mathieu Baseil<sup>(1)</sup>, véritable sac dont les parois sont formées de lames fibreuses descendues, afin d'entourer le testicule, du pourtour de l'anneau inguinal, de l'épine, de la symphyse et de la crête pubienne. Cet « espace scrotal » joue un rôle important dans la pathologie des enveloppes ; dans ses mailles s'accumulent la sérosité des œdèmes, le sang des hémorragies et les gaz de certains emphysèmes. Il forme la limite entre le double système de tuniques qui constituent les bourses : les superficielles, scrotum et *dartos*, qui appartiennent en propre à la peau ; les profondes, érythoïde et vaginale, qui dépendent du testicule.

## I

## LÉSIONS TRAUMATIQUES

Elles sont de plusieurs ordres : les *piqûres*, les *coupures*, les *plaies contuses*, parmi lesquelles les plaies par *armes à feu*, enfin les *contusions* qui provoquent parfois la production d'infiltrations ou de collections sanguines, les *hématomes* décrits sous le nom d'*hématocèles pariétales*. Nous citerons parmi les travaux les plus importants publiés sur ce sujet :

GASTON (de Saint-Ibars), *Annales de la Soc. méd. de Montpellier*, 1806. — BOYER, *Traité des maladies chirurgicales*, t. X, p. 166, 4<sup>e</sup> édit., 1831. — DEMARQUETTE, *Gazette des hôp.*, 1841. — FOUCART, *Gaz. des hôp.*, 1845. — HEYFELDER, *Deutsche Klin.* Berlin, 1850. — GARNY, *Gaz. des hôp.*, 1861. — RICHELOT, art. SCROTUM du *Dict. encycl. des sciences méd.*, 5<sup>e</sup> série, t. VIII, p. 560. — JULLIEN, art. SCROTUM, *Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXXII, p. 768. — FOLLIN et DUPLAY, *Traité élémentaire de pathol. externe*, t. VII, p. 206. — SCHWARTZ, *Encycl. intern. de chir.*, t. VII, p. 436. — MONOD, Note sur l'hématocèle vaginale traumatique expérimentale. *Bull. de la Soc. anat.*, 4<sup>e</sup> série, t. V, p. 240. — KOCHER, *Deutsche Chir.*, 1887, liv. 50, p. 44. — TILLAUX, *Traité de chirurgie clinique*, 1889, t. II, p. 582. — BASEIL, De l'hématome du scrotum. Thèse de Nancy, 1890. — TILLMANN, *Lehrbuch der Chirurgie*, 1891, p. 171.

1<sup>o</sup> PIQÛRES

Elles n'ont aucune importance pathologique : les éléments des tissus s'écartent au passage de l'instrument et, après sa sortie et grâce à leur élasticité, reprennent leurs rapports primitifs. La cicatrisation est rapide, l'agent vulnérant eût-il un diamètre notable, et, dans la ponction pour la cure de l'hydrocèle, des trocarts volumineux traversent les enveloppes du testicule ; au bout de trois ou quatre jours, on reconnaît difficilement la trace de la piqure. Cependant, un vaisseau peut être ouvert ; nous ne parlons pas des artères ou des veines du testicule, de l'épididyme et du cordon, dont les lésions seront étudiées dans un autre chapitre, mais la déchirure porte parfois sur les canaux sanguins du scrotum et un épanchement se collecte. Cet accident sans gravité sera décrit avec les contusions des bourses.

2<sup>o</sup> COUPURES

Elles n'ont qu'un médiocre intérêt : nous les connaissons bien, maintenant

(1) BASEIL, *De l'hématome du scrotum*. Thèse de Nancy, 1890.

que nous sommes revenus à l'incision pour le traitement de l'hydrocèle. Une seule remarque est nécessaire : la peau qui double le dartos a une grande tendance à s'enrouler sur elle-même, aussi ne faut-il pas abandonner la réunion aux seuls soins de la nature; on doit pratiquer la suture et, pour la faire correcte, juxtaposer les deux lèvres de la plaie; les téguments sont peu épais, friables, facilement irrités : on ne serrera pas les fils, de peur de couper la peau; on évitera, dans les pansements, les antiseptiques énergiques qui provoqueraient des érythèmes; l'acide phénique sera proscrit; les solutions fortes de sublimé corrosif, l'iodoforme amènent des excoriations, et l'on préférera les solutions étendues de bi-iodure de mercure, l'acide borique et le salol. A cette heure, d'ailleurs, nous sommes assez sûrs de notre « asepsie » pour ne plus recourir aux antiseptiques dans le pansement de ces plaies opératoires.

## 5° PLAIES CONTUSES

Elles succèdent à des coups de pied d'homme ou de cheval, à des coups de corne, à des morsures, à des tractions énergiques par des engrenages, à des tentatives de mutilation; elles ont encore pour origine les chutes à califourchon. Dans ce dernier cas, la déchirure des bourses n'est qu'un épisode d'un accident autrement grave, la rupture de l'urèthre. Les désordres sont parfois considérables; il ne reste que quelques lambeaux déchiquetés du scrotum, et les glandes spermatiques, recouvertes ou non de leur vaginale, émergent de la plaie. Mais, depuis l'antisepsie, la gravité de ces lésions a bien diminué, et en peu de jours on a vu se réparer des pertes de substance étendues. En effet, les téguments, dans l'épaisseur desquels rampent les vaisseaux volumineux, n'ont qu'une médiocre tendance au sphacèle : les lambeaux contus reprennent vie si, par un lavage soigneux de la plaie, on y détruit les germes de la suppuration. Nous trouvons, dans les auteurs, des observations où les plus larges déchirures ont été guéries sans incident; Van Hassel a publié dans les *Bulletins de la Société belge de chirurgie*, en 1894, un cas vraiment extraordinaire où malgré la déchirure des bourses et l'écrasement partiel du testicule, il put conserver l'organe tout entier. Aussi la règle est-elle de désinfecter la région avec un jet d'eau chaude qui en fouille les anfractuosités, enlève les caillots et les corps étrangers; on place çà et là quelques points de suture qui rapprochent et soutiennent les lambeaux, on juxtapose plus étroitement ceux dont les lèvres sont moins meurtries, on garnit le périnée et les bourses de chiffonnés de gaze, de lames de ouate hydrophile, et la guérison s'obtient en quelques jours.

Les plaies par armes à feu se rattachent aux plaies contuses : rien dans cette région ne les distingue et ne nécessite une description particulière; leur gravité dépend surtout du volume du projectile et des organes qu'il atteint. Parfois, la peau seule est trouée de part en part, et c'est un séton qui guérira même sans traitement; parfois, il n'y a qu'un orifice et la balle reste dans les bourses. Legouest, dans sa chirurgie d'armée, rapporte deux exemples de projectiles arrêtés dans le scrotum; dans l'un de ces cas éclatèrent des phénomènes inflammatoires qui provoquèrent un sphacèle étendu. Jobert a signalé un fragment de balle enchassé dans le cordon spermatique. Si le projectile détermine quelque souffrance par son poids, s'il comprime le testicule, on pratiquera l'extraction.

Chauvel et Nimier procèdent dans tous les cas à la recherche du corps étranger.

Les délabrements sont parfois énormes et la glande spermatique peut être atteinte. Dans sa thèse de 1856 sur les *Plaies de la région scrotale*, Thémoin raconte l'histoire d'un soldat qui, malgré un coup de baïonnette dans la fesse, ramenait un Russe prisonnier lorsqu'il fut frappé d'un éclat d'obus au bas-ventre : la verge, coupée à la racine, fut ramassée sur le champ de bataille; le testicule gauche, emporté par le projectile, ne fut pas retrouvé; le droit pendait hors des bourses en partie détruites; la cicatrisation n'en fut pas moins rapide, et, au-dessus du scrotum qui renfermait la glande conservée, on voyait un infundibulum béant par où s'écoulait l'urine. Plus tard, « des modifications tant physiques que morales se sont manifestées dans la constitution et le caractère de ce malade. La figure a gagné un embonpoint épais, général, uniforme, sous lequel ont disparu toutes les lignes du visage; son caractère, qui était celui d'un vaillant soldat maintes fois éprouvé, est devenu fantasque, incertain, extraordinairement mobile et impressionnable ».

Une complication commune aux coupures et aux plaies contuses est la *hernie du testicule*. La bourse qui contient la glande est incisée ou rompue, et l'organe, que soutient mal le cordon, s'échappe par la brèche. Les exemples en sont fréquents et l'on en observe deux variétés : dans l'une, la plus rare, le testicule reste entouré de sa vaginale; Kocher et Richet en ont publié un bel exemple : la séreuse, enflammée par le traumatisme, se remplit de liquide qu'il faut aspirer pour pratiquer la réduction; dans l'autre, la vaginale est ouverte et la glande émerge des enveloppes déchirées. Le fait est partout cité de Gaston, de Saint-Ibars, dont le blessé, renversé par un âne et traîné sur un sol raboteux, avait, hors la bourse droite divisée par une pierre, un testicule descendu jusqu'à mi-cuisse. Trécourt a donné un cas à peu près semblable; Foucart, dans un intéressant mémoire de 1846, en a recueilli d'assez nombreux. Jullien<sup>(1)</sup> dit que cet accident ne serait pas rare chez les infirmiers militaires : « On sait qu'aux bâts des mulets sont adaptés des crochets qui supportent le cacolet... le conducteur se laisse glisser pour descendre et se heurte aux crochets. » Cintrat a vu deux fois, en Afrique, des hernies du testicule provoqués par ce mécanisme. Garny, dans un cas, Robert de Ligny, dans un autre, ont vu une glande, et Wolff les deux glandes, hors du scrotum par un coup de corne. On connaît aussi cette observation où les deux testicules avaient été dénudés par un bœuf furieux; le droit tomba en gangrène, le gauche fut sauvé et finit par se recouvrir de ses enveloppes. Nous venons d'observer un cas où la bourse a été complètement arrachée par une courroie de transmission : le scrotum, lavé et aseptisé après avoir été ramassé a été recousu sur les testicules ballants et encore entourés de leur vaginale. La suture n'a pas pris, les téguments se sont sphacelés; mais lorsqu'ils sont enfin tombés, une couche granuleuse, bientôt cutanisée remplaçait l'ancien scrotum et son tissu rétractile refoulait les testicules vers le canal inguinal.

Kirmisson<sup>(2)</sup> a présenté à la Société de chirurgie un rapport sur une observation d'Auriol où, à la suite d'une plaie contuse du scrotum, les deux testicules avaient été herniés; à gauche l'albuginée était à nu, tandis qu'à droite la glande était recouverte de sa séreuse. Auriol réduisit les deux testicules, sutura la

(1) JULLIEN, art. SCROTUM, loc. cit.

(2) KIRMISSON, Bull. de la Soc. de chir., séance du 2 mai 1888.