

bosselée, résistante par place et dépressible en certains points, on pourra la prendre pour une tumeur mixte du testicule, pour un encéphaloïde à marche rapide, surtout lorsqu'on se rappelle que ces néoplasmes se développent parfois à l'occasion d'un coup, qu'un traumatisme peut doubler ou tripler leur volume aussi rapidement que pour une pachyvaginalite dont les vaisseaux sont rompus. En pareil cas, le plus sûr indice est encore la recherche du testicule : si on le trouve en arrière avec sa sensibilité caractéristique, il y a des chances pour la pachyvaginalite, mais combien sont nombreuses les causes d'erreur, l'inversion de la glande, son atrophie, l'épaississement des néo-membranes ! Reste la ponction exploratrice : encore faut-il savoir que parfois elle est blanche dans la pachyvaginalite ; parfois la cavité est oblitérée et les membranes constituent la totalité de la tumeur ; dans d'autres cas, des flocons d'albumine, des caillots obstruent la canule. Enfin la pointe du trocart peut refouler un feuillet des parois ; elle s'en coiffe et reste en dehors de la séreuse. On cite des cas où l'instrument traverse la cavité et s'engage dans l'épaisseur du testicule. Il ne faut pas d'ailleurs abuser de la ponction : nous avons parlé des gangrènes et des suppurations qu'elle provoque ; on signale aussi des hémorragies : Bouly en a donné un exemple ; nous pourrions ajouter ceux de Polaillon, de Velpeau, de Percival Pott, où l'écoulement sanguin dura plus de quatre jours et faillit emporter le malade. Aussi préférons-nous l'incision franche sous la cocaïne ; on divise couche par couche, et l'on évite le testicule inversé ou l'épididyme refoulé.

Pronostic. — Pour avoir perdu de sa gravité, la pachyvaginalite n'en reste pas moins une affection sérieuse. Tant que son évolution est froide, la tumeur n'est gênante que par son poids ; c'est une difformité que dissimulent mal nos vêtements masculins. Mais parfois les hématoécèles s'enflamment. Lorsque les accidents restent locaux, la gangrène des néo-membranes et leur chute peuvent être suivies d'une guérison radicale, mais aussi de fistules persistantes. Et l'acte opératoire n'est pas toujours innocent. Les ponctions, si bénignes dans les hydrocèles à parois souples, deviennent dangereuses dans les pachyvaginalites où la poche ne peut s'affaisser et se remplit d'air : les liquides se décomposent, des gaz putrides se forment et l'empoisonnement septique est imminent. Nous avons relevé plus de 50 observations où ces accidents ont éclaté.

La fonction est souvent compromise : elle l'est rarement par le volume de la tumeur. Un de nos malades, chez qui la verge disparaissait derrière la double saillie d'une pachyvaginalite bilatérale, en était devenu impuissant. Berger rapporte le cas d'un individu qu'une hématoécèle droite avait mis dans une situation semblable ; les rapports sexuels purent reprendre après la castration. Ces faits sont exceptionnels ; ce qui ne l'est point, c'est la perte de la virilité par trouble de la spermatogenèse. Le cas est grave lorsque les deux testicules sont pris. Souvent les canalicules séminifères sont atrophiés par la compression des néo-membranes ou étouffés par les tissus sclérosés développés en plein parenchyme. Gosselin a mis ces faits en lumière, et même les a exagérés. Cependant, la spermatogenèse ne fût-elle pas supprimée, la semence franchirait difficilement l'épididyme étalé comme un ruban sur la paroi kystique ou étouffé dans une gangue fibreuse.

Traitement. — La pachyvaginalite ne guérit pas spontanément ; les cas sont

même rares où elle reste stationnaire. Lorsque l'infection purulente guettait tout opéré, on pouvait attendre les complications, car les interventions provoquaient une mortalité de 45 à 50 pour 100. Aujourd'hui l'indication est précise, et reconnaître une pachyvaginalite c'est du même coup se décider à l'opérer.

Quand les néo-membranes sont jeunes, et qu'après évacuation du liquide les deux feuillets de la séreuse se juxtaposent comme dans l'hydrocèle simple, les *injections irritantes* sont efficaces. Bien qu'on trouve quelques faits authentiques de guérison, la récurrence est de règle, et, au bout d'un ou deux mois, on doit recourir à des méthodes plus radicales. La perte de temps n'est pas l'inconvénient unique et des complications peuvent survenir : hémorragie dans la poche, inflammation, gangrène, pneumatoécèle, septicémie ; il faut intervenir au milieu d'un état général grave. Mieux eût valu accepter le procédé que les accidents actuels nous forcent de choisir. Et, dans ces cas de pachyvaginalite au premier degré, d'emblée nous choisissons l'*incision* : on opère comme pour la cure radicale de l'hydrocèle. Cette pratique est sûre lorsque les néo-membranes sont flexibles. Quand elles ne le sont plus, c'est au *drainage*, à l'*incision simple*, à l'*incision avec excision partielle*, à l'*excision totale*, à la *décortication* ou à la *castration* qu'on aura recours.

Nous ne parlerons guère du *drainage* : il compte de nombreux revers et ne met pas à l'abri des rétentions de pus et des inflammations. On ne voit guère ce que l'on fait ; le trocart perfore parfois l'épididyme séparé du testicule ou le testicule inversé. Aussi préférons-nous l'*incision* qui doit se faire couche par couche, à la partie antérieure de la tumeur ; on avance lentement en se préoccupant de la position du testicule et de l'épididyme souvent hors de leur place habituelle. L'œil est un conseil insuffisant, car les néo-membranes peuvent, avec leur coloration et leur structure changeante, simuler tous les tissus normaux ou pathologiques ; le doigt est un meilleur guide : si le malade est opéré sous la cocaïne, la pression révèle la sensibilité spéciale de la glande ; s'il dort, la palpation révèle une mollesse particulière au niveau du testicule. Quand ce mode de recherche n'amène aucun résultat, le testicule est altéré et la section en devient moins grave. Dès que la cavité est ouverte, on la lave et on la bourre de gaze à l'iodoforme ou au salol. La vaginale ouverte se dépouille de ses couches fibreuses et se recouvre de bourgeons charnus ; les deux feuillets s'unissent. Nous avons pratiqué cette opération cinq fois et le succès a toujours été complet. Les néo-membranes se résorbent et la glande prend une forme et une consistance à peu près normales. Les hémorragies ne sont pas à craindre ; la gaze antiseptique dont on remplit le kyste assure l'hémostase. Mais on n'obtiendra de bons résultats que si les membranes sont peu épaisses ; vieilles, elles sont un maigre sol pour le développement des bourgeons charnus : je rappelle mon opéré de Bicêtre ; les plaques calcaires n'étaient pas encore éliminées au bout de quatre mois. Donc, nous rejetons l'incision dans les pachyvaginalites anciennes pour la réserver aux hématoécèles de volume moyen et de date récente.

Dans l'*excision*, après incision de la cavité sur sa face antérieure, les deux segments ou les deux valves, l'interne et l'externe, sont isolés avec le bistouri jusqu'à leur insertion sur la glande, puis on les sectionne aux ciseaux. Cette méthode est radicale ; elle laisse peu de tissus altérés ; mais elle favorise les hémorragies et n'est trop souvent qu'une mauvaise castration. Le testicule,

caché dans les enveloppes du kyste hématique, est difficile à reconnaître; l'épididyme souvent étalé comme un ruban, dans les couches stratifiées, les éléments du cordon, épars dans la paroi, échappent à toute recherche et on les sectionne. Gosselin, après sa première incision, examine la coupe des enveloppes, l'épididyme s'y trouvait compris; il dut finir par une castration.

La *décortication* fut exécutée par Saviard au xvii^e siècle; il enleva la fausse membrane, « comme on sépare la membrane interne des gésiers de la volaille ». Malgaigne y revint en 1848; mais en 1851 seulement, Gosselin l'éleva à la hauteur d'une méthode. Plus tard il la commente, l'explique, la développe, l'appuie sur de nombreuses recherches; peu avant sa mort, il reprend la plume et, dans une lettre adressée à Polaillon, il expose à nouveau les avantages du procédé: « Débarrasser les malades par une opération qui ne soit pas plus dangereuse que la castration et qui les guérisse vite, en laissant intacts le testicule et ses dépendances, tel est le problème à résoudre. La solution en est simple: l'inflexibilité des parois, les dangers de l'inflammation consécutive, les lenteurs de la cicatrisation sont dus à la présence d'une fausse membrane mal organisée et très peu adhérente; ôtez-la, sans enlever aucune des parties naturelles. » On détermine d'abord la position exacte du testicule afin de ne pas le blesser; si la glande ne se révèle par la sensation spéciale qu'éveille la pression, le chirurgien maniera le bistouri avec la plus grande prudence. Sur la partie antérieure de la tumeur, on fait une section verticale et l'on divise les tissus couche par couche. Lorsqu'il n'en reste plus qu'une petite épaisseur, on plonge le bistouri en bas de l'incision qu'on agrandit un peu en se dirigeant vers le haut; le liquide s'écoule; on cherche si le testicule n'est pas compris dans la partie antérieure des enveloppes et, dès qu'on est rassuré, on élargit encore la section au bistouri boutonné.

Le deuxième temps consiste dans le décollement de la fausse membrane: on se sert des doigts comme on fait pour détacher une écorce d'orange; des tractions légères suffisent à déchirer les adhérences molles qui unissent les membranes aux feuillets séreux. Sur un côté de l'incision, on saisit, avec des pinces, la couche la plus interne et la plus dense; on l'attire en dedans, les doigts de l'autre main retenant les enveloppes. Si l'on éprouve trop de résistance, on donne quelques coups de ciseaux. Dès qu'un espace commence à s'établir entre les feuillets, on achève la séparation pendant que, de l'autre main, on exerce des tractions sur la fausse membrane. Lorsqu'on arrive à la partie postérieure, dans le voisinage de la glande, là où la pseudo-membrane est plus adhérente, on s'arrête pour faire le décollement de la même manière, du côté opposé. Il ne reste plus, et c'est là le troisième temps, qu'à exciser les deux valves flottantes, les ciseaux coupant la fausse membrane décollée.

Gosselin oppose la *décortication* à la *castration*, la dernière des méthodes dont il nous reste à parler. La *décortication* procure, dit-il, une guérison plus prompte et respecte les organes sécréteurs du sperme. La première de ces assertions est contestable et si, autrefois, l'un et l'autre de ces procédés n'amenèrent la cicatrisation qu'après une suppuration abondante, à cette heure, avec l'asepsie, la castration, opération réglée, nette, facile en pleins tissus sains, sera plus vite guérie que la *décortication* qui laisse au-dessous d'elle des vaisseaux à hémostase plus difficile, une large surface contuse dans un tissu scléreux. Mais quelques jours de convalescence de moins ne sont pas un avantage tel que nous le préférons à celui de conserver au malade l'intégrité de voies sper-

matiques. Malheureusement l'anatomie pathologique montre que, dans les pachyvaginalites, le testicule est souvent atrophié; même, pièce en main, sa présence n'a pas toujours été reconnue. Comment en éviter la blessure et l'extirpation? La *décortication* ne sera-t-elle pas impossible? Qu'on le veuille ou qu'on ne le veuille pas, la castration s'impose: en emportant les fausses membranes, on emportera tout ou partie de la glande. Mieux vaut agir de parti pris, l'opération y gagnera en vitesse et en sûreté. D'ailleurs, autant vaudrait laisser un lambeau de néo-membrane que cet organe « flétri », sans forme, sans structure et surtout sans fonction: la *décortication* sauvegarderait, non le testicule, mais l'illusion d'un testicule.

Pour résumer notre opinion sur les diverses méthodes opératoires qui se disputent l'hématocèle, nous dirons: Tout dépend de l'étendue et de l'ancienneté des néo-membranes. Lorsqu'elles sont jeunes, au lieu de perdre le temps à des injections iodées qui aggravent le mal, nous pratiquerions l'opération de la cure radicale de l'hydrocèle. Si les parois sont déjà rigides, l'incision simple avec un pansement ouvert donne de bons résultats; si les néo-membranes sont plus épaisses ou infiltrées de sels calcaires, la *décortication* est indiquée; nous ne nous résoudrions à la castration que dans les cas où le testicule atrophié, perdu dans les néo-membranes, serait d'une recherche trop difficile; encore la tenterions-nous avec patience, et pour revenir à la *décortication* ou du moins à son semblant, si la pachyvaginalite était bilatérale. Ici, comme ailleurs, la forme emporte le fond, et le malade désire quand même croire à sa virilité.

III

LÉSIONS ORGANIQUES

Sous ce titre un peu vague, nous étudierons l'*éléphantiasis*, la *tuberculose primitive* des enveloppes et son *cancer*, puis les *inclusions fœtales* et les *tumeurs* proprement dites du scrotum et de la vaginale.

1^o ÉLÉPHANTIASIS DU SCROTUM

L'*éléphantiasis* des Arabes est caractérisée par une hypertrophie du derme et du tissu sous-jacent provoquée sans doute par l'obstruction des systèmes lymphatique et veineux de la région atteinte. Le scrotum est l'organe le plus souvent envahi par l'*éléphantiasis* des Arabes.

Histoire. — Si Prosper Alpino, dit-on, a signalé à l'Europe l'existence de l'*éléphantiasis* du scrotum, Kœmpfer en a donné la première description précise. La campagne d'Égypte permit à Larrey le père d'en voir et d'en soigner. Les relations fréquentes de l'Orient avec Montpellier fournirent à Delpech des sujets d'études. Clot-Bey envoya à la Société de chirurgie un mémoire dont Larrey le fils rendit compte dans un rapport remarquable. Depuis, la question n'a cessé d'être à l'étude en France, grâce à nos médecins de marine, grâce

aussi à quelques cas « autochtones », qui ont provoqué les savantes recherches de nos maîtres de l'hôpital Saint-Louis.

LARREY, Relation médico-chirurgicale de l'expédition d'Égypte, 1805. — ALARD, Histoire d'une maladie particulière au système lymphatique. Paris, 1808. — DU MÊME, Nouvelles observations sur l'éléphantiasis des Arabes. Paris, 1811. — DU MÊME, De l'inflammation des vaisseaux absorbants, etc. Paris, 1824. — DELPECH, Chirurgie clinique de Montpellier, t. II, p. 1828. — ESDAILE, Mesmerism in India. Surg. and med. London, 1846. — DU MÊME, London med. Gaz., 1850, vol. LXVI. — H. LARREY, Rapport fait à la Soc. de chir. sur le mémoire de Clot-Bey sur l'éléphantiasis du scrotum, t. IV, 1855. — CLOT-BEY, Mém. de la Soc. de chir., t. IV, 1855. — GOYRAND, Bull. de la Soc. de chir., nov. 1855. — CURLING, Traité traduit par Gosselin, 1857. — MOHAMED-ALI-BEY, Traité de path. chir. et de méd. opérat. — MOHAMED-ALI-BEY (fils), De l'éléphantiasis des Arabes. Thèse de Paris, 1869. — RENAULT, Observation pour servir à l'histoire de l'éléphantiasis des Arabes. Arch. de physiol., 1872. — INFERNET, Quelques réflexions sur quelques cas d'éléphantiasis du scrotum, Thèse de Montpellier, 1874. — FAYRER, Leçons sur l'éléphantiasis des Arabes. The Lancet, 1879. — BESNIER, Leçons sur l'éléphantiasis des Arabes. Gaz. des hôp., 1879. — PATRICK MANSON, The metamorphosis of filaria sanguinis hominis in the mosquito. Hong-Kong, 1877. Arch. de méd. navale, 1884. — DE SABOIA, Annales médico-chirurgicales, 1887. — AUDAIN (d'Haïti). De la filariose des organes génitaux de l'homme. Port au Prince, 1894.

Étiologie. — Nous n'avons pas à présenter ici une histoire générale de l'éléphantiasis, maladie des pays chauds commune entre le 55° degré de latitude sud et le 55° degré de latitude nord, endémique dans certaines contrées, les côtes de l'Inde, Ceylan, les Barbades, l'Égypte, les Antilles, le Brésil; on la rencontre aussi en Europe, et les observations de Delpech, de Rigal, de Velpeau, Goyrand, Laillier, Vidal, Besnier, Bouchard, Voillemier, celle plus récente de Labougie qui, en 1888, a montré une éléphantiasis du scrotum chez un individu n'ayant jamais quitté son canton de la Dordogne, ne laissent aucun doute sur ce point.

Des conditions étiologiques sans nombre pourraient présider à l'apparition de l'éléphantiasis : le climat, le sol, la malaria, l'âge, le tempérament, l'hérédité, l'alimentation, la contagion, la race, l'habitat, les vêtements, les excès de toutes sortes, les maladies antérieures ou actuelles, la syphilis auraient une part d'influence. Mais, pour Brassac (1), ces conditions sont adjuvantes ou accessoires du parasitisme « qui réduirait à néant les causes exposées plus haut ». On admet, depuis Lewis, Fayrer et surtout Patrick Manson, médecin de la marine anglaise à Amoy, que l'éléphantiasis est provoquée par la pénétration et la multiplication dans les vaisseaux rouges et blancs de la « filaire de Wucherer ». On la trouverait dans tous les cas d'éléphantiasis, et si les examens ont été souvent négatifs, c'est qu'on n'a pas pris la précaution de pratiquer les recherches pendant la nuit : aux heures du jour, les filaires ne circuleraient pas dans le sang. Audain, dans un travail récent, accepte sans restriction cette pathogénie parasitaire.

L'action du parasite est mécanique : les filaires mères et leurs embryons avortés, qui n'ont pu se débarrasser de leur chorion, s'accumulent dans les lymphatiques; ils y entravent la circulation; des vaisseaux se rompent et les désordres peuvent s'arrêter là; le scrotum gonflé, plus volumineux, parcouru par des ectasies lymphatiques, des arborisations variqueuses, est recouvert de vésicules translucides; la pression augmente, elles éclatent et donnent lieu à un écoulement qui alterne parfois avec la chylurie : c'est la maladie lymphatique ou lymphorrhagie du scrotum. Le plus souvent les vaisseaux s'obstruent,

(1) BRASSAC, *Éléphantiasis des Arabes*. Diction. encyclop. des sciences méd., 1^{re} série, 1886, t. XXXIII, p. 496.

se dilatent et s'épaississent, la lymphe stagne, les ganglions s'indurent, les tissus prolifèrent et l'éléphantiasis apparaît. Ces conclusions que Manson tire de ses recherches permettent d'expliquer les cas observés dans les pays où l'on ne trouve ni la filaire du sang, ni le *Culex mosquito* dans le corps duquel l'embryon subit ses diverses métamorphoses, ni les marais où l'homme les absorbera. Sous nos climats telles conjectures pathogéniques peuvent obstruer les vaisseaux blancs, assurer la stase de la lymphe. Dans le cas de Labougie, une adénite inguinale précède, chez son « autochtone » de la Dordogne, l'apparition du gonflement scrotal. Aussi pensons-nous avec Brassac que, certaines conditions prédisposantes admises, toute cause capable de produire l'obstruction des lymphatiques peut déterminer l'apparition de l'éléphantiasis.

Anatomie pathologique. — Aux premières périodes, le scrotum est lisse, sa peau est luisante, amincie, rose ou blanche et comme distendue par une matière gélatineuse; puis, elle devient rugueuse, fendillée, grise ou brune; les papilles s'hypertrophient et forment des prolongements ramifiés qu'engainent des cellules cornées; le derme est envahi par les éléments embryonnaires; il est épaissi, comme spongieux, et mesure jusqu'à 2 centimètres; des vacuoles contiennent un liquide jaunâtre ou incolore qui s'écoule par les incisions; les tissus paraissent lardacés et translucides; le même œdème envahit le tissu cellulaire sous-cutané et la quantité de cette lymphe infiltrée influe sur la résistance des parties. L'éléphantiasis est molle lorsque les mailles sont larges et distendues par la sérosité, dure lorsque arrive l'hyperplasie fibreuse. Les tuniques des artères sont épaissies, les veines variqueuses, leur lumière reste béante; même altération pour les lymphatiques. Presque toujours la vaginale est dure, cartilagineuse, blindée de plaques saillantes; la cavité est oblitérée par fusion des deux feuilletts; plus rarement il existe de l'hydrocèle. Dans un cas opéré par nous, la vaginale, adhérente en bas, était libre en haut et renfermait quelques grammes de liquide. D'ordinaire les testicules sont sains.

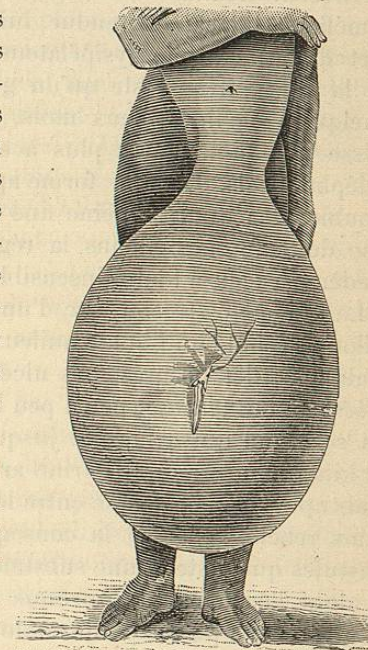


FIG. 253. — Éléphantiasis du scrotum.

Cependant Audain a noté parfois des hypertrophies considérables.

Au microscope la « couenne » éléphantiasique, cette couche lardacée qui provient de la fusion de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, résume toutes les lésions de la cutite et de la lymphangite. Joseph Renault a prouvé que les cellules fixes qui recouvrent les fibrilles du derme ont proliféré; elles infiltrèrent les aréoles et se mêlent aux leucocytes qui, par diapédèse, ont traversé les parois vasculaires; ces éléments embryonnaires forment des manchons autour des réseaux sanguins. Les poussées inflammatoires successives, qui sont la caractéristique de l'éléphantiasis, accumulent chaque fois une quantité nouvelle de ces éléments dont un grand nombre s'organisent en tissu fibreux; ainsi se déve-

loppent ces couches exubérantes, ces travées conjonctives encombrées de cellules jeunes, ces hyperplasies assez considérables pour décupler l'épaisseur habituelle des léguments et des couches sous-jacentes et arrivant, en définitive, à constituer ces scrotums invraisemblables qui descendent jusqu'aux genoux ou même jusqu'au sol, sur lesquels les malades peuvent s'asseoir, ou qu'ils doivent, pour marcher, porter sur une brouette.

Symptômes. — Comme pour l'éléphantiasis des autres régions, on en a décrit deux formes, l'une *fébrile* et l'autre *apyrétique*. Dans la première, après quelques prodromes, gêne, lourdeur au périnée, douleur au testicule et sur le trajet du cordon, éclate un frisson qui, par son intensité, peut rappeler celui des fièvres paludéennes; le thermomètre monte à 40 degrés, la céphalalgie est intense, la soif vive, la langue saburrale; des douleurs lancinantes se déclarent en un point limité, et les bourses sont bientôt teintées d'une rougeur pareille à celle de l'angéioleucite réticulée; ce sont « les érysipèles blancs » des chirurgiens du Brésil. L'inflammation gagne les zones lymphatiques et les ganglions se tuméfient; la peau est tendue, luisante, aride et on a le tableau à peu près complet d'une invasion érysipélateuse. Peu à peu les phénomènes disparaissent et, de la crise, il ne reste qu'un gonflement diffus. Mais après quelques jours, quelques semaines, deux mois, six mois, une poussée nouvelle survient qui laisse une tuméfaction plus accentuée; trois accès suffisent pour constituer l'éléphantiasis. Dans la forme apyrétique, il n'y a ni frissons, ni douleurs, ni troubles généraux; à peine une gêne, un léger malaise, de l'engourdissement, une douleur obtuse dans la région atteinte dont les ganglions s'engorgent; l'œdème s'accuse tantôt insensiblement, tantôt par poussée irrégulière.

La tumeur est recouverte d'une peau rude, raboteuse, fendillée; au fond des sillons s'écoule un liquide huileux, filant, parfois purulent et d'une odeur nauséabonde; des fissures, des ulcères se creusent dans cette peau *verruqueuse, tubéreuse* ou *noueuse*; peu à peu la verge s'enfonce sous les masses débordantes du scrotum, qui a mesuré jusqu'à 2 mètres de circonférence, et pesé jusqu'à 72 kilogrammes; aussi l'urine arrive-t-elle au dehors, non au niveau du méat, mais après avoir cheminé entre les plis des enveloppes testiculaires; des ulcérations rebelles en sont la conséquence. L'épiderme est soulevé par de petites pustules que distend une substance tantôt fluide et transparente, tantôt épaisse et dont l'écoulement provoque un affaiblissement rapide. C'est l'*exsudation laiteuse*. On a pu recueillir en douze ou quinze heures près de 2 kilogrammes de liquide où l'on aurait trouvé beurre, caséine, sucre, tous les éléments essentiels du lait. Verneuil ⁽¹⁾ a publié un cas analogue, observé sur un Parisien n'ayant jamais quitté sa ville natale. Cependant la marche de l'éléphantiasis peut être lente et la tuméfaction rester de longues années stationnaire; on cite des cas exceptionnels où la guérison spontanée serait survenue « après des écoulements intermittents mais considérables, succédant quelquefois à un traumatisme »; il est plus fréquent de voir le malade en proie à une anémie progressive qui abrège la vie. Des gangrènes étendues, des accès pernicieux, des complications du côté des voies digestives et du cœur, ont parfois amené la mort; mais, d'habitude, c'est surtout une infirmité, et le pronostic n'a rien de grave, à courte échéance du moins.

⁽¹⁾ VERNEUIL, *Bull. de la Soc. de chir.*, t. VIII, p. 512.

Traitement. — Au début, lors des poussées érysipélateuses, les bains alcalins et sulfureux, les douches ont rendu quelques services, mais on évitera la compression, le massage, toute irritation de la peau, toute excoriation, prétexte nouveau à poussée érysipélateuse. Le changement de climat aurait eu une heureuse influence dans certains cas. Mais lorsque l'éléphantiasis est confirmée, la chirurgie active seule a chance d'être efficace et il faut pratiquer l'ablation complète des enveloppes scrotales. Toutes les tuniques, y compris la vaginale, doivent être extirpées. On peut circonscire le scrotum par deux incisions qui ne laissent au niveau de la racine de la cuisse que juste assez de peau pour reconstituer de petites bourses, simples bandes cutanées appliquant les glandes spermatiques à l'anneau. On évitera de blesser les testicules, souvent adhérents à la vaginale oblitérée, ou de perforer une anse intestinale, car les hernies concomitantes ne sont pas rares. La perte de sang est peu considérable, les tissus étant moins vasculaires qu'on ne le croit; dans l'opération que nous avons pratiquée et où les bourses étaient de la grosseur d'un petit melon, nous n'eûmes à lier que peu d'artères. Néanmoins, l'on cite des hémorragies graves remontant à l'époque où l'on était mal outillé. Cette intervention donne des succès durables. Mohamed-Ali-Bey n'a eu qu'un revers sur 180 opérations. Aussi faut-il enlever ces parties hypertrophiées qui « constituent une infirmité insupportable, empêchent tout travail, toute relation sociale, privent les sujets des attributs de la virilité ou même les réduisent à l'impuissance malgré la conservation des organes génitaux, le plus souvent indemnes de toute lésion ».

Voici le résumé rapide du procédé de Mohamed-Ali-Bey d'après la thèse que son fils a publiée sur ce sujet : 1° Si les testicules et les cordons ne sont pas adhérents et si la paroi libre peut être attirée au dehors de l'espèce de canal urinaire formé par le scrotum et le fourreau de la verge replié sur lui-même, l'opérateur refoule les testicules contre les anneaux inguinaux et les fait maintenir par un aide; puis, plongeant un couteau à deux tranchants au-dessus de la racine de la verge tirée en dehors, il fait, par transfixion, deux lambeaux latéraux suffisants, mais taillés dans une peau saine; les ligatures pratiquées, l'aide chargé de maintenir les testicules lâche prise et l'opérateur referme ces organes dans le nouveau scrotum qu'il réunit par quelques points de suture; 2° si les deux testicules sont adhérents, Mohamed-Ali-Bey fait deux profondes incisions à deux travers de doigt des arcades crurales, et dirigées de telle sorte que les cordons spermatiques sont mis à découvert par des plaies parallèles à leur direction. Les ayant reconnus à la couleur bleue de leur veine, il les isole de la masse en procédant de haut en bas; il arrive ainsi jusqu'aux testicules, qu'il dégage avec précaution. Puis on relève ces organes sur la région pubienne, enveloppés d'un linge fin; la verge tirée au dehors et renversée sur le pubis, le chirurgien taille les deux lambeaux destinés à recouvrir les testicules.

2° TUBERCULOSE PRIMITIVE DES BOURSES

La tuberculose primitive des bourses n'avait pas sa place dans nos traités lorsque, en 1882, nous avons publié notre premier cas; l'année suivante, nous en recueillîmes un second. En 1885, Rochette ⁽¹⁾ a soutenu une thèse sur ce

⁽¹⁾ ROCHETTE, *Essai sur la tuberculose primitive du scrotum*. Thèse de Paris, 1885.