

élasticité peu commune, se rétracte au niveau de la plaie, et le médecin inexpérimenté peut se croire en présence d'une grande perte de substance du scrotum. Pour ce même motif, on observe souvent une **hernie d'un ou des deux testicules**. Les plaies transversales ont une grande tendance à la gangrène de leurs bords, à cause de la direction longitudinale de la plupart des vaisseaux du scrotum. Dans le cours de la guérison, la réduction des testicules herniés s'opère spontanément sous l'influence de la cicatrisation.

Le **traitement** consistera dans la réduction des testicules, lesquels ont été même parfois le siège d'un étranglement; cette réduction est encore possible au bout de quelques jours. Puis, on appliquera des points de suture après avoir assuré le libre écoulement des liquides sécrétés par la plaie. Lorsque les bords de cette dernière sont fortement contus, on les régularise avec des ciseaux avant de faire la suture.

2. Les **inflammations du scrotum**, au lieu de suivre comme les plaies une marche favorable, sont caractérisées par une grande tendance à la gangrène.

Déjà, dans l'**érysipèle du scrotum**, il n'est pas rare d'observer une gangrène de ce dernier sur une étendue plus ou moins grande; grâce à la pigmentation de la peau, la rougeur peut être très légère, ou bien elle semble même parfois faire absolument défaut. C'est à cette cause que KOCHER rapporte les cas de gangrène dite spontanée, dans lesquels les phénomènes locaux et généraux d'inflammation ont passé inaperçus. C'est pourquoi, dans l'érysipèle du scrotum, dès que l'on observe une tension un peu grande de ce dernier, il faut avoir soin de donner issue au sérum par des incisions ou de petites ponctions.

Les **inflammations phlegmoneuses du scrotum** s'observent souvent à la suite de plaies, d'abcès, d'ulcérations; elles se présentent fréquemment sous la forme du phlegmon septique par infiltration d'urine, dans les maladies des voies urinaires; enfin elles peuvent être la conséquence d'injections mal faites de liquides fortement irritants dans les cas d'hydrocèle.

La **marche du phlegmon scrotal** est extrêmement rapide; de très bonne heure, on voit survenir un gonflement considérable des bourses, et déjà, au bout de peu de jours, on observe une tache d'un rouge sombre, une rougeur et un œdème des parties de la peau voisine de cette tache, puis de l'emphysème sous-cutané, et finalement des signes de gangrène bien caractérisés. En même temps se montrent toujours les symptômes d'une fièvre septique grave, qui, souvent, entraîne la mort avant même l'apparition des signes certains de gangrène. Dans les cas moins graves, il survient un abcès dont l'ouverture spontanée est suivie de l'élimination de paquets de tissu conjonctif mortifié.

Le **traitement** ne peut consister que dans des **incisions aussi hâtives et aussi larges que possible**, faites dans la direction des vais-

seaux et suivies d'une désinfection énergique. A l'intérieur on prescrira de la quinine et du vin à hautes doses.

La gangrène du scrotum s'observe aussi dans le cours des maladies infectieuses (fièvre typhoïde, variole, scarlatine, parotidite épidémique); elle reconnaît les mêmes causes que la gangrène des extrémités, c'est-à-dire la thrombose et l'anémie.

Mentionnons encore ici, à titre d'appendice, l'**œdème du scrotum**, qui survient très souvent, soit dans l'hydropisie générale, soit à la suite de causes locales, et prend de très grandes proportions grâce à la laxité du tissu conjonctif de la région. La compression des veines scrotales peut aussi se produire d'un seul côté, et donner lieu à un œdème unilatéral (POTT, KOCHER). Le traitement des œdèmes du scrotum, dans les cas de tension excessive avec menace de gangrène, consistera à évacuer le liquide par des piqûres tout à fait superficielles, et à préserver autant que possible le scrotum du contact de l'urine par une position convenable et des applications d'huile. On évitera les pansements compressifs à cause de la tendance à la gangrène.

Dans les cas de **fistules scrotales** qui, ainsi que nous l'avons vu, naissent à la suite d'affections des voies urinaires, le scrotum devient le siège d'un œdème dur, et se tuméfie peu à peu d'une façon très notable, phénomène qui fait défaut dans les fistules résultant de maladies du testicule et de l'épididyme. Enfin on observe aussi quelquefois des fistules scrotales dues à des fusées purulentes ayant pour point de départ la région inguinale. Le traitement de ces fistules, après que l'on a mis fin à la cause qui les a produites, devra consister dans de larges débridements des trajets fistuleux, et dans le raclage des granulations fongueuses.

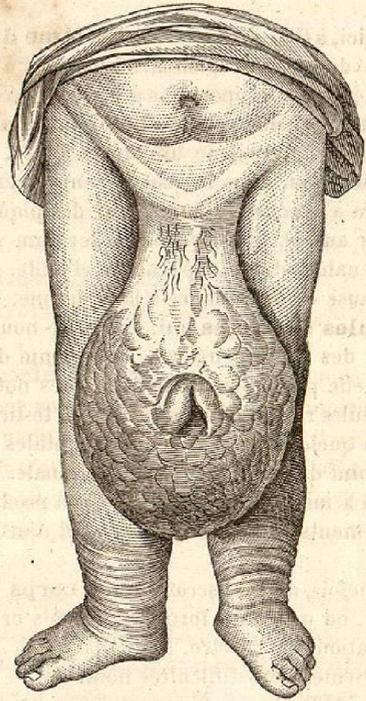
On rencontre quelquefois, dans le scrotum, des **corps étrangers** qui y ont pénétré de l'extérieur, ou qui, sous forme de calculs urinaires, y sont arrivés à la suite d'une perforation de l'urètre. Ni le diagnostic, ni l'extraction de ces corps étrangers ne présentent des difficultés notables.

L'**érythème** et l'**eczéma** du scrotum sont fréquents et très pénibles, grâce à la finesse et à la minceur de la peau de cette région, ainsi qu'à ses nombreux follicules pileux et à ses glandes sébacées. On les observe particulièrement chez les individus malpropres et chez les personnes ayant un fort embonpoint, avec une certaine tendance aux transpirations, surtout dans la saison chaude. On combattra ces affections par une très grande propreté, par l'éloignement du scrotum de la surface des cuisses, au moyen d'un suspensoir ou de tours de bandes. En outre, on prescrira des bains de siège, des compresses de solutions astringentes, et dans les cas d'eczéma très prononcé, on aura recours, en outre, à des badigeonnages et à des pommades ayant une action siccative.

Les **exanthèmes syphilitiques**, les condylomes larges (plaques muqueuses) sont fréquents; parfois aussi on observe à la base du scrotum des ulcérations primitives et secondaires. Quand au traitement, il sera dirigé suivant les règles générales usitées dans la syphilis.

Il est rare de rencontrer des **néoplasmes du scrotum** sous la forme de **lipomes**, de **fibromes**, de **tumeurs vasculaires**, de **kystes** à contenu liquide. Les **athéromes** et les **papillomes** sont un

peu plus fréquents, et ces derniers se développent parfois en masses considérables. Une affection qu'on n'observe guère que dans les tropiques, et qui est très rare dans les climats tempérés, c'est l'**éléphantiasis du scrotum** qui se développe à la suite des phénomènes érysipélateux bien



* Fig. 125. — Eléphantiasis du scrotum.

connus, plus rarement comme conséquence de l'irritation inflammatoire produite par un traumatisme, ou chez les individus affectés de fistules urinaires, et peut acquérir des dimensions colossales. Comme LEWIS et FAYRER l'ont démontré, l'éléphantiasis dans les tropiques est due souvent à l'immigration du filaire du sang de l'homme. Le traitement, dans les cas légers, consiste dans la compression, dans les excisions partielles et l'extirpation totale de la tumeur. Dans cette dernière opération on devra, cela va sans dire, chercher à conserver les parties génitales, et surtout à fournir aux testicules une enveloppe au moyen de lambeaux d'une forme appropriée.

Le **carcinome du scrotum** est assez fréquent. On cite parmi les causes occasionnelles, l'irritation répétée du scrotum par des poussées d'eczéma dans les pays chauds (chez les muletiers à Mexico, d'après SCHAFFNER) ou par des substances chimiques irritantes, telles que la suie,

chez les ramoneurs (A. COOPER, EARLE, PAGET, CURLING, etc), ou par d'autres substances analogues qui, dans la fabrication du goudron de houille et de la paraffine, arrivent en contact avec le scrotum (R. VOLK-MANN). Cependant, le carcinome du scrotum peut survenir aussi en dehors des causes occasionnelles que nous venons de signaler. Le développement de ce néoplasme, chez les ramoneurs et les ouvriers employés à la fabrication du goudron, se fait au niveau de petites verrues (soot-warts) qui s'observent volontiers chez ces individus, mais qui peuvent persister longtemps sans subir la dégénérescence cancéreuse. Le traitement ne peut consister que dans l'extirpation aussi hâtive que possible; on a vu la guérison se maintenir même dans des cas où l'on avait enlevé en même temps des ganglions carcinomateux dans la région de l'aîne.

MALADIES DES ENVELOPPES DU TESTICULE ET DU CORDON CONTENUES DANS LE SCROTUM

§ 268. — Le testicule dans l'intérieur du scrotum est directement entouré par la **tunique albuginée**, membrane fibreuse, blanche et résistante, qui enveloppe le testicule et l'épididyme. La partie antérieure de l'albuginée qui entoure le testicule est très dense, très résistante, très peu extensible, et fournit un grand nombre de fines cloisons qui divisent l'organe en 400 compartiments environ, dans lesquels se trouve contenu le parenchyme testiculaire. Par contre, la partie de la capsule qui contient l'épididyme, est beaucoup plus mince et plus extensible. — Une seconde enveloppe est formée par la **tunique vaginale propre**, ou double sac séreux dont le feuillet interne se confond avec l'albuginée. A l'origine, la tunique vaginale est représentée par un appendice du péritoine en forme de bourse, s'étendant le long de la face antérieure du cordon jusque dans le scrotum. Le testicule, dans sa descente, se coiffe, en quelque sorte, de la séreuse, de façon que ses deux pôles, sa face antérieure et ses deux faces latérales en sont recouverts, mais il n'en est pas de même de sa face postérieure aux points correspondant à l'entrée des vaisseaux, à la queue de l'épididyme et au canal déférent. Quand à l'épididyme, la séreuse n'en recouvre que la tête et la partie antérieure du corps. A l'endroit où la séreuse passe du testicule à l'épididyme, elle forme une sorte de poche de profondeur variable. La connaissance de ces faits anatomiques est de la plus grande importance lorsqu'il s'agit d'apprécier les altérations de forme qui se produisent dans les maladies de ces organes. — Après la tunique vaginale propre vient la **tunique vaginale commune au testicule et au cordon spermatique**; elle est formée par un prolongement du *fascia transversalis*, et est unie par une couche de tissu conjonctif lâche à la tunique vaginale propre. C'est seulement au niveau du pôle inférieur du testicule que les deux tuniques sont unies entre elles par du tissu conjonctif dense et résistant. Le tissu conjonctif lâche entoure, en outre, les vaisseaux du cordon et renferme toujours de petites grappes de tissu adipeux; en haut, il est en relation avec le tissu conjonctif sous-séreux de la paroi abdominale et de la fosse iliaque. Cette communication est importante, au point de vue de l'extension de l'hématocèle.