

Le **diagnostic** se base sur le **siège** de la tumeur, laquelle peut atteindre le **volume** d'un œuf de pigeon, ou même d'un œuf de poule. Ce n'est que dans la variété extra-inguinale que le volume de la tumeur peut arriver à égaler celui de l'hydrocèle vaginale. La **forme** est ovale, ronde, plus rarement allongée; les petites tumeurs de ce genre sont mobiles, la **fluctuation** est souvent impossible à constater à cause de la forte tension; enfin, mentionnons la **transparence** de l'hydrocèle et son **insensibilité à la pression**. La mobilité est parfois si grande que la tumeur peut être réduite en totalité dans la cavité abdominale.

Dans le diagnostic différentiel on devra éliminer l'existence d'une spermatocele dont nous aurons à parler plus tard, d'une hydrocèle herniaire, et enfin d'une hydrocèle vaginale du testicule arrêté dans le canal inguinal.

Le **traitement** consiste dans la **ponction**; dans le cas mentionné plus haut une seule séance a suffi pour amener la guérison. Chez les enfants, on devra d'abord essayer la simple ponction, et ne faire d'injection que dans la suite, lorsque ce moyen a échoué. Si l'injection ne donne à son tour aucun résultat, on pratiquera l'incision de l'hydrocèle avec toutes les précautions que nous avons déjà fait connaître.

A côté de l'hydrocèle séreuse chronique du cordon, KOCHER a pu rassembler des cas de **périspermatite chronique, proliférante et hémorragique (hématocele kystique, extra-vaginale ou du cordon)**, qui, au point de vue anatomique, sont tout à fait semblables à l'inflammation plastique et hémorragique de la tunique vaginale. Outre les 4 faits mentionnés par CURLING, il en a trouvé 16 autres dans les publications médicales; en outre, BAUM en a observé 2 nouveaux cas, et KOCHER, outre une observation personnelle, a trouvé, dans les musées pathologiques, 9 pièces anatomiques se rapportant à cette forme d'hydrocèle. Cette dernière paraît avoir très souvent une origine traumatique. — Pour ce qui concerne la marche et les symptômes, nous renvoyons le lecteur à ce que nous avons dit à propos soit de la forme séreuse d'hydrocèle, soit de la périorchite hémorragique.

Le **traitement** devra consister dans l'incision et l'excision partielles. Lorsqu'on est obligé d'opérer les individus âgés ou très affaiblis, on peut pratiquer la **castration**, pour simplifier l'opération et accélérer la marche de la guérison.

#### 4. Tumeurs des tuniques vaginales.

§ 274. — Parmi les tumeurs des tuniques vaginales, nous trouvons décrits des **lipomes** et **fibromes**, un cas d'**enchondrome**, des **myxomes** et **sarcomes**. Ces néoplasmes sont soudés aux tuniques en question, ou bien ils se développent dans le tissu conjonctif lâche qui entoure la tunique vaginale commune au testicule et au cordon. Ils ne contractent d'adhérences ni avec le testicule et l'épididyme, ni avec d'autres éléments du cordon.

Les **lipomes** ont le plus souvent leur siège dans la tunique vaginale commune, où l'on rencontre, déjà à l'état physiologique, de petits lobules de tissu adipeux; par contre, c'est à la tunique propre du testicule qu'appartiennent la plupart des autres tumeurs énumérées plus haut.

Tandis que les lipomes ne sont à extirper que lorsqu'ils ont atteint un volume considérable, les fibromes qui s'accroissent d'une façon continue jusqu'à acquérir de grandes dimensions, sont justiciables d'une intervention aussi hâtive que possible. Les myxomes (myxosarcome, myxolipome) et les sarcomes ne peuvent être extirpés isolément; on devra, dans ces cas, lier le cordon aussi haut que possible au-dessus de la tumeur, et pratiquer la castration.

#### MALADIES DU TESTICULE, DE L'ÉPIDIDYME ET DU CORDON

§ 275. — Les maladies congénitales ont été déjà étudiées. Quant aux **lésions traumatiques** de ces organes, nous en donnerons une description d'ensemble, pour des motifs aisés à comprendre.

La **contusion du testicule (hématocele parenchymateuse, hématome du testicule)**, s'observe fréquemment, et elle est d'une grande importance pour la pathogénie des inflammations de cet organe. Elle s'accompagne d'une douleur extrêmement intense et de tous les symptômes du **shock**; ce dernier peut même se terminer par la mort (H. FISCHER, SCHLESIER). Tandis que, dans certains cas, les phénomènes du shock une fois disparus, la contusion n'entraîne aucune conséquence grave, dans d'autres, par contre, elle détermine une orchite qui peut être suivie de la formation d'un abcès et de l'atrophie du testicule. Quant aux lésions anatomiques, elles consistent, mais non toujours, dans un épanchement sanguin sous la tunique albuginée. Le traitement consiste dans l'application d'une vessie de glace, ou dans une légère compression destinée à empêcher l'épanchement sanguin d'augmenter.

Le déplacement violent du testicule hors du scrotum, ou **luxation du testicule**, s'observe parfois à la suite d'une violence directe ou de l'action musculaire du crémaster; dans ce dernier cas, une pression directe sur le testicule joue peut-être aussi un certain rôle. BERCHON et GINTRAC ont observé le retrait d'un testicule dans le canal inguinal, à la suite d'un faux pas ou d'un exercice de gymnastique; de son côté, SALMUTHIUS (d'après G. FISCHER) a observé un individu chez lequel les deux testicules étaient remontés dans la cavité abdominale, pendant un coït violent.

Chez un jeune négociant, sain du reste, qui s'était heurté le bas-ventre contre un rail de chemin de fer, dans une chute d'un wagon, nous avons observé une luxation des deux testicules dans les canaux inguinaux correspondants. Le malade présentait des symptômes graves de shock, et MIDDELDORFF constata aussitôt un déplacement du testicule; des signes de contusion des

bourses faisaient absolument défaut, le scrotum vide pendait normalement et avait son volume habituel. Les testicules qui se trouvaient situés dans le canal inguinal de chaque côté, étaient excessivement douloureux au contact. Des tentatives de réduction faites avec précaution ne furent point couronnées de succès. Actuellement, le patient offre les symptômes de la cryptorchidie congénitale, seulement le scrotum est plus volumineux que dans la forme congénitale. Dans un autre cas observé par nous, le testicule droit s'était déplacé dans le canal inguinal, chez un soldat tombé dans un fossé étroit qu'il devait franchir d'un saut.

PARTRIDGE a observé, à la suite d'un choc contre le pommeau d'une selle, une **luxation du testicule gauche vers le périnée**, jusqu'à 3 centimètres de l'orifice anal. Ici encore, les essais de réduction (par voie sanglante) échouèrent, et l'on fut obligé de pratiquer la castration.

Parmi les **plaies du testicule**, celles qui sont produites par des **instruments piquants**, sont les moins dangereuses; le plus souvent, elles guérissent sans conséquence fâcheuse. Par contre, dans les **plaies par instruments tranchants**, ayant plus d'un centimètre de longueur, il se fait une hernie d'une quantité plus ou moins grande de canalicules séminifères, qui sont éliminés par gangrène. Les **plaies contuses**, et surtout celles **par armes à feu**, entraînent, dans presque tous les cas, une destruction du parenchyme testiculaire. C'est pourquoi la **castration primitive** doit être pratiquée le plus tôt possible, abstraction faite des cas assez fréquents où les deux testicules échappent à l'action d'une balle qui a traversé le scrotum de part en part. La gangrène du testicule détermine souvent le phlegmon et la septicémie, accident qu'une opération permet d'éviter.

On observe quelquefois des **déchirures sous-cutanées complètes du cordon**. Elles ont pour conséquence une **nécrobiose du testicule**, ainsi que CHAUVEAU l'a prouvé par des expériences sur les animaux, et elles ne sont pas l'objet d'une intervention opératoire. S'il existe en même temps une plaie, on fera la **castration** pour les motifs signalés plus haut. Dans un cas de plaie par arme à feu, LARREY put retirer le testicule du scrotum.

Sous le nom de **nécrobiose** ou de **nécrose du testicule**, on désigne les cas dans lesquels le testicule subit une nécrose, sans que l'on puisse reconnaître la cause de ce phénomène, qui a été déjà décrit autrefois par P. POTT et récemment par R. VOLKMANN, MAAS, RANKE, etc. J. MIFLET ayant prouvé que l'**artère spermatique** a, pour le testicule, l'importance d'une **artère terminale**, dans le sens de COHNHEIM, les cas de nécrose dont il est ici question, s'expliqueraient par une occlusion subite de ce vaisseau. Vu l'absence de mésorchium, dans les cas de descente tardive du testicule, une torsion très légère du cordon suffirait alors à elle seule à produire le phénomène en question voir § 266). Dans d'autres cas, ce sont des thromboses ou embolies dues à d'autres causes,

qui ont déterminé la nécrose du testicule; c'est ainsi que, par exemple, l'apparition concomitante d'une parotidite épidémique permet de supposer l'existence d'une embolie infectieuse.

Les **symptômes** consistent en une tuméfaction du testicule survenant subitement et s'accompagnant de phénomènes généraux graves; cette tuméfaction augmente ensuite, tandis que les troubles généraux disparaissent ou s'amendent d'une façon très notable; parfois, on constate la soudure du scrotum avec le testicule tuméfié et non douloureux à la pression. En l'absence de tout traitement, on peut alors observer un ratatinement graduel du testicule, sans suppuration, comme le prouvent quelques observations. Le traitement le plus sûr et qui conduit le plus rapidement au but, c'est l'incision du scrotum et l'**ablation du testicule nécrosé**.

#### 4. Inflammations du testicule, de l'épididyme et du cordon.

Ces inflammations, qui peuvent être **aiguës** ou **chroniques**, seront étudiées isolément, pour chacune de ces parties. La **tuberculose** et la **syphtis** sont traitées, suivant les auteurs, tantôt avec les affections inflammatoires, tantôt avec les néoplasmes; quant à nous, nous en parlerons à propos de ces derniers.

§ 276. — L'**inflammation aiguë du testicule, ou orchite aiguë**, se développe, soit à la suite de **lésions traumatiques**, soit par **propagation de processus inflammatoires dans les affections des voies urinaires** (blennorrhagie, rétrécissements de l'urètre, maladies de la prostate, catarrhe de la vessie, calculs vésicaux, opérations de la taille, etc.); elle s'accompagne ou non d'une inflammation de l'épididyme, et ce dernier organe est, du reste, dans la majorité des cas, seul malade à la suite de la blennorrhagie. A côté de ces orchites traumatiques, ou dues à la propagation directe de l'inflammation, on observe une forme dite **métastatique**, qui survient à l'état **épidémique** et accompagne la parotidite épidémique, ou, plus rarement, se montre indépendamment de cette dernière; de même l'orchite peut se développer dans le cours d'une **pyémie** ou d'une **variolo**. Enfin, on a décrit des inflammations « **rhumatismales** », parfois même des orchites **intermittentes** et cédant à l'emploi de la quinine. L'orchite aiguë des petits garçons, qui survient souvent sans cause appréciable, passe rapidement à la suppuration, et le pus se fait jour à travers le scrotum; souvent il en résulte un soi-disant **fongus bénin**.

La **tumeur**, dans l'orchite, dépasse le volume d'un œuf d'oie, tout en conservant la forme normale du testicule. Le tissu testiculaire fait saillie à la coupe, et suivant la période de l'inflammation, il est fortement