

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

coloré en rouge par l'hypérémie, ou présente une teinte jaunâtre, surtout le long des cloisons et près de l'albuginée; c'est dans ces mêmes points que, dans les cas de suppuration, se montrent de petits foyers purulents d'abord circonscrits, plus tard confluents. L'albuginée paraît épaissie et les cloisons plus larges. Au microscope, le testicule offre l'aspect d'une inflammation interstitielle de la charpente de tissu conjonctif; à côté du tissu interstitiel, les parois seules des canalicules séminifères sont envahies par les cellules embryonnaires.

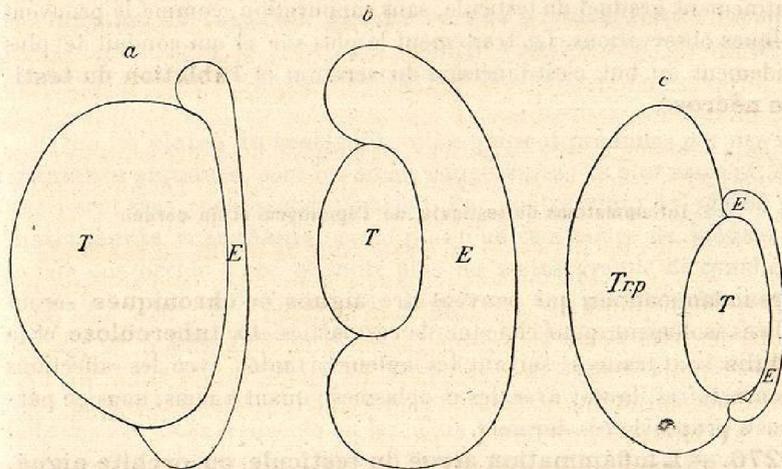


Fig. 127. — a. b. c. Dessins schématiques indiquant la position de la tumeur dans le scrotum. — a) Dans l'orchite aiguë. — b) Dans l'épididymite aiguë. — c) Dans la périorchite aiguë. — T. testicule. — E. épидидyme. — T. v. p. tunique vaginale propre.

L'orchite a une marche variable, suivant la cause de sa production; légère dans les formes épidémiques et certaines formes traumatiques, elle offre plus de gravité dans celles qui sont dues à la propagation d'une inflammation. La **douleur** débute souvent dans la région inguinale, mais il est tout aussi fréquent de la voir apparaître, en premier lieu, dans le testicule; le malade accuse, en outre, des sensations douloureuses au sacrum, dans la région lombaire, ainsi que dans les viscères abdominaux. Autrefois (HUNTER, MAURIAC), ces douleurs étaient attribuées à des névralgies réflexes, mais, peut-être, s'agit-il, en réalité, d'une propagation de l'inflammation le long des voies nerveuses qui relient les nerfs des testicules aux plexus lombaires, solaires, rénaux et mésentériques (LEYDEN). La douleur ne disparaît pas au repos, lequel, en effet, n'a aucune influence sur l'état de tension de l'albuginée. Le testicule augmente de volume avec une rapidité étonnante, jusqu'à atteindre les dimensions indiquées plus haut, et constitue une tumeur lisse, ovoïde,

à la face postérieure de laquelle l'épididyme accessible à la palpation se présente sous la forme d'un bourrelet cylindrique allongé (fig. 127). — La peau du scrotum est tendue, ses veines dilatées, sa coloration est normale ou rougeâtre; elle ne présente jamais d'œdème, comme dans l'épididymite et la périorchite aiguës. La tumeur est extrêmement douloureuse à la pression; de même le cordon est épaissi et sensible, tandis que le canal déférent n'est pas altéré.

En ce qui concerne le **pronostic**, nous ferons remarquer que l'inflammation évolue, ordinairement, dans un espace de temps qui varie entre 15 jours et 4 semaines; la fièvre s'élève les premiers jours jusqu'à des températures vespérales de 40°. La guérison s'opère complètement sans qu'il reste aucune altération. Dans les cas graves, cependant, on observe une atrophie du testicule, avec rétraction du tissu conjonctif. D'autres fois il se produit une suppuration et une gangrène du testicule, et le pus se fait jour spontanément à l'extérieur, ou bien on lui donne issue par une incision. Dans les cas de perforation spontanée, surtout chez les enfants, il se développe souvent un tissu de granulation à prolifération très active, ce qui constitue une forme du soi-disant **fungus bénin du testicule**.

On a observé quelquefois une terminaison mortelle, dont la cause doit être cherchée, soit dans une **infection septique**, soit dans une **péritonite** due elle-même à la propagation de la suppuration, le long du cordon, jusque dans le tissu cellulaire du bassin. Disons enfin que l'orchite aiguë, surtout chez l'adulte, peut passer à la forme chronique, par suite de l'enkystement d'un foyer purulent.

Le **traitement** consiste dans l'emploi de compresses froides, dans le repos absolu et la position élevée des bourses. NUNN a obtenu de bons résultats des bains chauds alternant avec des irrigations froides. La **compression** n'est parfois pas du tout tolérée, mais elle doit toujours être essayée. Les incisions de détente de l'albuginée calment, il est vrai, rapidement la douleur, mais elles sont dangereuses, à cause de la hernie et de la gangrène du tissu testiculaire, qui peuvent en être la conséquence; elles doivent être, par conséquent, rejetées.

Dans les cas de suppuration, il faut toujours attendre pour inciser, que les petits foyers purulents soient devenus confluents. Pour s'assurer de la présence du pus, on fera une ponction exploratrice, à l'aide d'une seringue de Pravaz, et c'est le résultat de cette ponction qui décidera si l'on doit pratiquer une incision. En effet, une *incision hâtive ne prévient ni la gangrène, ni l'atrophie consécutive du testicule*. Quant aux injections parenchymateuses de teinture d'iode (MENZEL) ou de solutions phéniquées (C. HUETER), les observations sont encore trop peu nombreuses pour que l'on puisse porter un jugement sur leur efficacité.

L'**inflammation aiguë de l'épididyme** est plus fréquente que celle du testicule. De même que l'orchite, l'épididymite peut être **traumatique**, ou **urétrale** (VELPEAU) par propagation d'une inflammation de