

Nous ne nous arrêterons pas à établir le diagnostic des divers engorgements testiculaires. Rappelons seulement que la syphilis constitutionnelle, lorsqu'elle se porte sur les testicules, les atteint ordinairement tous les deux, tandis qu'il est rare de voir l'affection cancéreuse les envahir simultanément.

Les tubercules présentent sous ce rapport le même caractère que la syphilis : des nodosités multipliées, compliquées d'abcès et de fistules, d'une durée très-longue sans aggravation, et des signes de scrofules, éclairent le diagnostic.

Quant au sarcocele cancéreux, le poids, le volume, la dureté au début, les douleurs lancinantes de la tumeur, aident à en reconnaître la nature ; on peut recourir dans ce but à une ponction exploratrice et à l'examen microscopique.

Les testicules syphilitiques guérissent sous l'influence d'un traitement spécial. Les tubercules du testicule guérissent quelquefois spontanément : un certain nombre de chirurgiens leur opposent la castration, lorsqu'aucun signe de tuberculisation n'existe du côté de la poitrine, et que par sa longue durée l'affection menace la santé générale. Le cancer exige l'opération.

Procédés opératoires. Ligature isolée ou en masse du cordon. Maunoir avait conseillé la ligature des vaisseaux testiculaires ; Morgan, en Angleterre, celle du canal déférent. Plus tard Maunoir, éclairé par l'inefficacité de son procédé, avait conseillé la ligature en masse du cordon.

La *castration* comprend trois temps : l'*incision de la peau* ; la *dissection de la tumeur* ; la *section du cordon*.

1^o Les téguments tendus à l'aide de la main gauche, l'opérateur, placé à la droite du malade, fait une incision longitudinale sur le devant de la tumeur depuis 0^m,01 au-dessus de l'anneau jusqu'au bas du scrotum. On lie immédiatement les petits vaisseaux divisés.

2^o La dissection est en général très-simple, soit par énucléation, soit par un isolement rapide de la tumeur, à grands coups de bistouri, facilités par l'écartement de la peau. La seule précaution est d'éviter la racine de la verge et la cloison du dartos.

3^o Reste à opérer la section du cordon. Une grande divergence d'opinions règne sur la manière de la pratiquer. Deux méthodes ont été particulièrement suivies : dans l'une, on opère la *ligature en masse* ; dans l'autre, on *lie les vaisseaux séparément* au fur et à mesure qu'ils sont divisés. Chacune de ces méthodes compte des procédés assez nombreux.

La première peut se pratiquer avant ou après la section du cordon. Celse, Paul d'Égine et la plupart des opérateurs étrei-

gnent tout le cordon dans une ligature avant d'en pratiquer la section.

D'autres chirurgiens, outre la ligature ordinaire, plaçaient plus haut une ligature d'attente.

Paré traversait le cordon d'un fil en plusieurs doubles, et en liait séparément les deux moitiés.

J. L. Petit, après avoir coupé le cordon, se contentait d'appliquer sur l'anneau une compresse graduée. Pouteau renversait l'extrémité coupée du cordon sur le pubis. Ledran froissait les vaisseaux et employait une ligature d'attente.

Dupuytren, Delpech, Roux coupaient avec précaution tous les éléments du cordon en liant séparément les vaisseaux.

Quelques chirurgiens appliquent l'écrasement linéaire à la section du cordon et ne font pas de ligatures.

Si l'on a recours à la section en masse, un aide soutient le testicule pendant que l'opérateur saisit le cordon entre le pouce et l'index gauches, pour l'empêcher de glisser, et le coupe à l'aide de ciseaux, ou du bistouri, après l'avoir mis dans un degré de relâchement complet, pour éviter de le voir remonter dans le canal inguinal, y disparaître et donner lieu à une hémorrhagie fort difficile à suspendre, puisqu'on ne saurait en atteindre la source. C'est la conduite que nous avons adoptée ; nous lions ensuite l'artère spermatique.

La modification apportée par d'Aumont au procédé ordinaire de la castration consiste à faire sur la face postérieure du scrotum l'incision, placée habituellement en avant, afin que le pus s'écoule sans difficulté, et que la cicatrice soit dissimulée.

Dans un autre procédé fort anciennement connu, rapporté à Kern ou à Rinca, érigé en méthode par Zeller, on embrasse de la main gauche le testicule dégénéré, et on l'enlève d'un seul coup de bistouri, après avoir fait tirer fortement la peau, en haut, par un aide.

Entourer le cordon d'une ligature avant de faire l'ablation de la tumeur, serait sans utilité.

Jobert, de Lamballe, a décrit, sous le nom de *procédé en écaille*, l'ablation du testicule par l'excision d'une bandelette de peau en avant de la tumeur. Les deux lèvres de la plaie forment valve ; ce qui arrive également à la suite de l'incision simple.

Complications. Le testicule malade peut être resté à l'anneau ou être renfermé dans les parois du canal inguinal. Ce n'est point une contre-indication opératoire.

Fréquemment, le cordon participe à l'altération du testicule, et l'on sent, dans le trajet du canal inguinal, des bosselures, des no-

osités, qu'il est important d'enlever. Si celles-ci ne dépassent pas le canal, on prolonge l'incision, et, après avoir isolé la tumeur avec toutes les précautions convenables, on achève la section du cordon. Si les bosselures se continuent jusque dans la fosse iliaque, c'est une contre-indication formelle à toute opération.

Outre l'hémorrhagie d'un des vaisseaux du cordon, le sang peut provenir d'artères situées, soit au côté externe, soit au côté interne de la plaie; mais on s'en rend facilement maître par les moyens ordinaires.

Appréciation. La question de savoir si l'on doit opérer la section et la ligature en masse ou isolément pour chaque vaisseau n'est pas encore résolue. La plupart des chirurgiens, cependant, pratiquent le premier procédé. Le danger d'accidents nerveux, dus à l'étranglement du canal et des filets nerveux, de l'inflammation gagnant ce qui reste du cordon, ne semble pas démontré.

La compression de J. L. Petit, le froissement de Ledran, l'écrasement linéaire prouvent que l'hémorrhagie n'est pas très-redoutable. Cependant on fera mieux d'avoir recours à la ligature. Les avantages invoqués en faveur du procédé d'Aumont sont contrebalancés par la plus grande difficulté des pansements. La méthode de Zeller, remarquable par une extrême promptitude d'exécution, a donné de bons résultats en Allemagne, où on l'a beaucoup employée. Elle épargne au malade des douleurs et les longueurs d'une suppuration, qu'il est ici plus facile d'éviter que par tout autre procédé; mais elle n'est évidemment pas applicable aux cas où le sarcocèle, adhérent ou très-volumineux, ne saurait être facilement isolé des parties voisines.

IMPERFORATION DU PRÉPUCE.

Cet accident s'observe chez les nouveau-nés, et se reconnaît facilement à l'absence d'émission de l'urine et au bourrelet fluctuant formé au devant du gland; il est facile à combattre.

Une incision transversale ou la circoncision suffisent à la guérison.

SECTION DU FREIN.

Le frein de la verge est quelquefois trop court et renverse en bas le méat urinaire, disposition fort gênante et douloureuse pendant l'érection.

L'opération nécessitée par ce vice de conformation est très-simple. Le gland et le prépuce étant tirés en sens contraire, de manière à tendre le frein, ce dernier est divisé d'un coup de ciseaux rasant le gland; un linge cératé est interposé entre les deux surfaces saignantes afin d'en empêcher le recollement.

ADHÉRENCES DU PRÉPUCE AU GLAND.

Ces adhérences sont *congénitales* ou *accidentelles*; elles varient singulièrement de forme et d'étendue; puisqu'elles peuvent être constituées par une simple bride cellulaire, ou occuper tout le pourtour du gland. L'avis des chirurgiens est partagé quant aux indications qu'elles fournissent. Lorsqu'elles occupent une grande étendue, il est préférable de n'y point toucher.

Le moyen le plus simple à opposer à cette incommodité consiste à inciser les brides, et à interposer un linge cératé entre les deux surfaces saignantes. On peut aussi maintenir le prépuce renversé en arrière du gland.

Ce moyen échoue quand l'adhérence occupe une grande étendue. On conseille, dans ce cas, l'excision du prépuce ou la circoncision suivant l'un des procédés que nous indiquerons pour le phimosis.

On a vu, quoique très-rarement, après l'excision, le reste du prépuce attiré de nouveau sur le gland par le travail de cicatrisation, et l'adhérence se reproduire.

Voici le procédé mis en usage par Dieffenbach. On commence par amputer l'anneau cutané qui dépasse le gland. En cas d'adhérence, on détache et on enlève cette partie du prépuce, en ayant soin de conserver le plus de téguments possible.

La peau du prépuce est ensuite tirée en arrière.

La muqueuse est fendue et enlevée par la dissection; puis la peau, formant un fourreau libre, est repliée en dedans, de manière à ce que sa surface saignante soit partout en contact avec elle-même, tandis que sa surface externe ou épidermique se trouve en rapport avec le gland. Aucune adhérence n'est plus possible; on fait, pendant trois ou quatre jours, des fomentations froides, puis des injections d'eau blanche entre le gland et le nouveau prépuce. La cicatrisation est achevée vers le quinzième jour; la lame interne du prépuce revêt peu à peu l'aspect muqueux; en un mot, le nouveau prépuce devient exactement semblable, selon Dieffenbach, au prépuce naturel: assertion très-problématique et qui mériterait d'être confirmée.