

1° distinguer le cancer du testicule des affections non néoplasiques, à évolution chronique et non douloureuse (hématocèle, tuberculose et syphilis), qui peuvent être confondues avec lui; 2° essayer le diagnostic des diverses formes anatomiques qui composent les néoplasmes de l'organe.

Confondre le cancer du testicule avec l'hématocèle vaginale, c'est une erreur clinique parfois commise; c'est surtout une question de diagnostic de concours. — Vous penserez à une hématocèle, quand vous rencontrerez cet ensemble de circonstances : un début souvent brusque de la tumeur, ou, du moins, son accroissement subit; la préexistence d'une hydrocèle antérieure; la durée prolongée de l'affection; parfois, des crises de tuméfaction avec phénomènes douloureux; la conservation d'un état général parfait et l'absence de tout retentissement ganglionnaire lombaire en dépit du volume souvent considérable de la tumeur. Mais il faut reconnaître qu'il y a des cas d'hématocèles dures et peu volumineuses où le diagnostic n'est tranché que par ponction ou l'incision exploratrices. — Pour l'orchite syphilitique, tenez compte de la fermeté plus grande de la tumeur, des nodosités dures qui sèment sa surface, de la forme « en galet » du testicule, de son indolence et surtout de l'effet rapide du traitement spécifique. — Une orchite-épididymite tuberculeuse, volumineuse sans abcès, peut exceptionnellement prêter à hésitation; mais, en règle générale, le siège épididymaire des lésions, leur caractère bosselé, leur ramollissement rapide, les altérations du cordon et de la prostate empêchent cette erreur.

Quant à établir la différenciation clinique des diverses formes de tumeurs malignes, c'est là un diagnostic différentiel qui reste approximatif, souvent infirmé par l'examen microscopique et qui n'est guère essayé que pour trois affections, la maladie kystique, l'enchondrome et le lymphadénome. Etant donnée une tumeur manifestement testiculaire, régulièrement ovoïde, lentement développée, n'ayant pas infecté les ganglions lombaires, offrant une dépressibilité spéciale (signe d'A. COOPER), et présentant parfois sur l'albuginée de petites saillies résistantes, qui ne donnent pas la sensation

de mollesse des parties dégénérées d'un carcinome vrai, on pourra soupçonner une *maladie kystique*. — Un *enchondrome* se manifestera peut-être par la dureté spéciale des parties cartilagineuses, contrastant avec la mollesse des points devenus kystiques. — Enfin, la marche lente, ce qui n'est pas ordinaire dans les cancers du testicule, le siège testiculaire de la néoplasie, l'intégrité de l'épididyme, et surtout la présence de petites tumeurs de généralisation dans la peau, sont des présomptions en faveur de l'hypothèse d'un lymphadénome; mais combien décevantes!

Traitement. — Il n'y a qu'un traitement et il doit être aussi précoce que possible : c'est la castration. Mais, trop souvent, il demeure impuissant, le mal s'étant déjà propagé aux ganglions intra-abdominaux; et les phénomènes de généralisation évoluent en quelques mois.

ARTICLE IX

DU VARICOCÈLE

Définition. — On nomme *varicocèle* une tumeur constituée par la dilatation variqueuse des veines spermatiques.

Historique. — Dans l'antiquité, CELSE et PAUL D'EGINE sectionnent, entre deux ligatures, les varices du cordon. Il faut arriver à CALLISEN, MORGAGNI, J.-L. PETIT, pour trouver les premières bases de l'étude symptomatique et de l'étiologie du varicocèle : alors se produisent des théories ingénieuses, et l'on cherche à expliquer par les dispositions anatomiques le développement du varicocèle; à ce débat déjà fort ancien les recherches modernes ont peu ajouté, et le chapitre de la pathogénie se rédige encore avec ces vieilles hypothèses.

Vers la fin du XVIII^e siècle, se produit une réaction : on a vu des accidents graves suivre ces interventions radicales, on commence à étudier les complications des plaies veineuses;

la phlébite et la résorption purulente deviennent deux mots synonymes; et l'étude de cette complication entraîne une grande réserve en matière de chirurgie veineuse. A l'incision au bistouri on substitue les sections oblitérantes, les écrasements, la ligature, l'attrition avec ses procédés divers, la cautérisation, les opérations sous-cutanées : pinces de Breschet, modifiées par LANDOUZY; compresseur de Sanson; instruments porte-caustique de Bonnet, de Nélaton, de Valette; ligature sous-cutanée de RICORD, modifiée par chaque chirurgien inventif; acupressure de VELPEAU; enroulement de VIDAL DE CASSIS. De 1850 à 1858, devant l'impuissance ou le danger de ces méthodes opératoires, on conclut à l'abstention et il faut arriver à l'avènement de l'antisepsie pour voir réhabiliter les vieilles méthodes, rajeunies par une technique plus précise.

Étiologie. — La fréquence absolue du varicocèle ne peut s'apprécier d'après le nombre de ceux qu'on traite à l'hôpital ou dans la clientèle; le médecin n'est consulté que pour les gros paquets douloureux. Les vrais documents sont les statistiques militaires. CURLING nous avait déjà communiqué les rapports des conseils de recrutement, en Angleterre et en Irlande : pendant une période de dix années, 166.317 hommes ont été examinés dont 3.911 étaient atteints de varicocèle, soit une proportion de 23,4 p. 1.000 par rapport au chiffre d'hommes examinés. Nous avons soigneusement collationné, sur les comptes rendus de recrutement, les cas d'exemption pour varicocèle de 1875 à 1884, continuant ainsi l'œuvre statistique établie par SISTACH de 1850 à 1859 et nous n'avons trouvé qu'une proportion de 3 p. 1.000. Mais ce chiffre ne représente que les tumeurs variqueuses incompatibles avec tout service actif; et ces formes sont l'exception (1 sur 4 à 500 cas de varicocèle compatibles avec le service militaire, d'après les données de GAUJOT).

Cette affection, exceptionnelle chez l'enfant, peu fréquentée et surtout peu gênante chez le vieillard, apparaît avec le commencement de la vie génitale et suit parallèlement, en ses périodes d'éclat et de déclin, l'activité génésique. Sur 27 cas observés par LANDOUZY, le varicocèle apparaît 7 fois de 9 à

15 ans, 17 fois de 15 à 25, 3 fois de 25 à 35. CURLING donne un tableau de 50 cas : la fréquence maxima s'étend de 15 à 25 ans : 26 observations. Il convient d'ailleurs, de s'entendre sur la valeur de ces chiffres qui indiquent moins l'époque d'apparition du varicocèle que sa période d'incommodité et de gêne; lors des premiers excès génésiques, des fatigues de la vie régimentaire pour les recrues, il se fait, vers le plexus spermatique, une poussée sanguine qui développe des paquets variqueux jusqu'alors bien tolérés. A côté des hyperémies génitales de la puberté, on range une série de congestions dont l'action est contestable. On a accusé la masturbation (CALLISEN), les excès vénériens (PLATNER); l'équitation, la danse, les marches forcées, causes de stase veineuse spermatique; la compression de vêtements serrés. Toutes ces causes sont banales et leur influence est négligeable; elles ont, tout au plus, une action auxiliaire. Il est une condition indispensable, la prédisposition constitutionnelle, sur laquelle nous reviendrons tout à l'heure : mais cette *influence efficiente* est mise en œuvre par des causes *déterminantes*.

GUYON a donné l'étude d'une variété clinique intéressante : le varicocèle symptomatique d'une tumeur rénale. Mais il convient de rappeler que J.-L. PETIT avait déjà écrit : « Ceux qui ont des tumeurs squirrheuses dans le ventre le long du cordon des vaisseaux spermatiques, et ceux qui ont des glandes lombaires gonflées, enfin ceux qui ont les reins affectés ou qui y ont quelques pierres retenues sont également sujets au varicocèle. »

Une cause première intervient dans la production du varicocèle : c'est l'altération, la dilatabilité des veines, ce que PÉRIER appelle le défaut de qualité de l'étoffe veineuse. — Comme conditions secondes, il faut bien admettre le rôle des difficultés circulatoires et les défauts anatomiques, particulières au système veineux des plexus spermatiques, que CH. PÉRIER divise en trois faisceaux : le faisceau antérieur formé des veines anastomosées, entourant de leurs flexuosités l'artère spermatique; le faisceau moyen représenté par le canal déférent et l'artère déférentielle; le faisceau postérieur

constitué par deux ou trois veines funiculaires, partant de la queue épидидymaire, largement anastomosées entre elles et avec le faisceau antérieur, et s'abouchant dans les veines épigastriques. Dans ce petit système anatomique, le régime circulatoire est aisément troublé, en raison de la déclivité des faisceaux veineux, de leur longueur, de leur insuffisance valvulaire, car si les valvules spermatiques, niées par VELPEAU, BÉRARD, LANDOUZY, ont été vues par PRUNAIRE et par PÉRIER, ces auteurs ont constaté aussi avec HENLE combien elles sont variables, parfois réduites à des replis effacés, et avec quelle facilité elles sont forcées par les masses à injection. On peut considérer aussi la tunique dartoïque, comme un suspensoir contractile des bourses : son relâchement permet la déclivité extrême des testicules, l'allongement de la colonne sanguine veineuse et l'augmentation de la gêne circulatoire.

Mais toutes ces raisons ne sont valables que sous la réserve d'une cause constitutionnelle préexistante : l'altération des parois veineuses, soit qu'il s'agisse d'une aplasie veineuse congénitale, soit qu'elle résulte d'un trouble de nutrition par phlébo-sclérose. Sinon, on ne voit pas pourquoi des dispositions anatomiques communes ne produiraient point un varicocèle obligatoire.

Les mêmes difficultés se retrouvent pour expliquer la plus grande fréquence du varicocèle à gauche, fait dont toutes les statistiques donnent la démonstration. MORGAGNI et ASTLEY COOPER ont accusé l'abouchement, à l'angle droit, de la veine spermatique gauche dans la veine rénale, où les deux courants confluent en un sens opposé, tandis qu'à droite le plexus se jette dans la veine cave, en parallélisme à l'axe de ce vaisseau ; CALLISEN et J.-L. PETIT invoquent la compression exercée sur les vaisseaux spermatiques gauches par les accumulations stercorales dans la portion iliaque du côlon.

Anatomie pathologique. — On admet classiquement que, dans le varicocèle, le groupe veineux antérieur est le premier atteint et que, si les deux plexus, spermatique et funiculaire, sont ectasiés, la dilatation est plus forte dans le groupe antérieur que dans le postérieur. Les recherches d'HORTELOUP ont

infirmé cette assertion ; cet auteur inverse la proposition : pour lui, le plus souvent, dans le varicocèle : 1° le plexus des veines funiculaires devient variqueux le premier ; 2° si les deux plexus sont variqueux, le postérieur l'est plus que l'antérieur. Dans la généralité des cas, les trois groupes veineux sont plus ou moins intéressés.

Les altérations pariétales sont celles des veines variqueuses. Notons, toutefois, la distinction établie par PÉRIER : « Dans le varicocèle, les veines restent minces, quoique dilatées, pendant un temps beaucoup plus long que les veines des membres ; elles semblent perdre moins vite leur ressort, et, d'autre part, les veines spermatiques atteintes de varices n'arrivent pas non plus au même degré ultime d'altération ; généralement, la dilatation y reste cylindrique et généralisée, sans présenter de tumeurs plus ou moins circonscrites comparables à des anévrismes. »

A mesure qu'augmente l'ectasie des troncs veineux principaux, les veinules secondaires se développent, s'élargissent, refoulent et compriment la substance testiculaire, étouffent les canalicules séminifères bientôt altérés : d'où diminution de volume et atrophie de l'organe, ou ramollissement de la glande ce qui est un résultat anatomique plus fréquent que l'atrophie vraie.

Symptomatologie. — Le varicocèle se développe le plus souvent aux premiers débuts de l'activité génésique, lors d'efforts musculaires continus, d'exercices violents, de marches forcées, toutes causes hyperémiant les plexus spermatiques. Dans bien des cas, le médecin révèle au malade cette infirmité, dont ne l'avaient averti ni une sensation locale de gêne ou de douleur, ni la perception d'une tumeur anormale. Souvent aussi une violence extérieure détermine l'accroissement d'un varicocèle jusqu'alors inobservé. Dans quelques cas, c'est à l'occasion d'une épидидymite blennorragique que le médecin explore les bourses et reconnaît le varicocèle enflammé et endolori.

On peut, avec SECOND, rapporter à trois types les principales variétés cliniques du varicocèle. Dans le premier, le varicocèle

se développe d'une manière rapide et continue : varicocèle aigu, qui apparaît chez les jeunes soldats. Dans le second type, le varicocèle reste de longues années stationnaire, puis surviennent des circonstances auxiliaires qui le développent : abus vénérien, effort, contusion. La plupart du temps, l'affection évolue par progrès continus et réguliers. Le porteur d'un varicocèle se plaint d'une sensation de poids et de gêne dans les bourses, à la suite d'une marche, d'une fatigue, d'une station prolongée. Il accuse un endolorissement de l'aîne et des lombes, une lourdeur et un tiraillement sur le trajet du cordon. Dans beaucoup de cas, l'affection demeure à cet état d'inconfort plus gênante que douloureuse et qu'un suspensoir atténue suffisamment : il est surprenant de voir combien le gros varicocèle reste ordinairement indolent.

Dans d'autres cas, au contraire, le varicocèle, même petit, est l'occasion d'accès douloureux, parfois spontanés parfois provoqués par une marche, une station verticale trop prolongée. Quand le temps est chaud et trop hygrométrique, les bourses sont relâchées et flasques ; les crises douloureuses s'exagèrent. Au contraire, le froid, la position assise ou couchée, amènent un retrait de la poche scrotale qui relève les testicules et vide les varices engorgées : l'orgasme vénérien, en contractant les deux faisceaux crémasterins, produit ce même effet favorable de suspension testiculaire.

Le plus souvent, ces accès douloureux ont un siège inguino-scrotal. En quelques cas, ils s'irradient aux lombes, se propagent vers les reins ou vers le périnée et s'étendent vers la verge ; ils s'exaspèrent pendant l'érection et l'émission urinaire. Le dépouillement des observations de varicocèles intolérables et opérés nous montre qu'ils affectent le plus souvent des malades instruits, des étudiants, des avocats, des ingénieurs, des officiers, des sujets à système nerveux propice aux obsessions. Ne peut-on pas se demander, comme pour les tubercules sous-cutanés, si le malade n'est pas plus irritable que le varicocèle n'est douloureux ? Les symptômes douloureux ne sont point en proportion directe avec le développement du varicocèle. Les masses volumineuses peuvent ne causer que de la

gêne et de la pesanteur scrotales. Bien souvent nous voyons, aux visites d'incorporation ou de recrutement, de gros varicocèles méconnus. Lorsque les douleurs sont vives, LANDOUZY croyait à la compression des filets nerveux ; nous admettrons plutôt une névrite interstitielle, consécutive à la phlébectasie des *vasa nervorum*. Ces phénomènes douloureux, la continue préoccupation d'une infirmité et d'une difformité, la fatigue précoce, la dépréciation physique et l'atteinte portée à la capacité « congressive », attristent certains malades qui tournent à la mélancolie. Mais il faut accuser alors la mentalité du malade plus que le varicocèle.

La frigidité n'est point une règle absolue. Certains usent à forte dose du coït, qui donne un regain temporaire de contractilité à leur crémaster et calme leur gêne douloureuse. La baisse de la virilité est explicable par l'atrophie de la glande. CELSE avait déjà mentionné cette atrophie que CALLISEN connaissait bien. BARWELL a dressé, au point de vue de l'activité génésique, la table de 100 varicocéleux qu'il catégorise en cinq groupes : *Groupe A* : 1 cas, testicule réduit à l'état d'une petite masse molle ; — *Groupe B* : 13 cas ; testicule petit encore et très mou ; — *Groupe C* : 47 cas ; testicule moins atrophié, mais encore au-dessous de la normale comme volume et comme consistance ; — *Groupe D* : 37 cas ; testicule un peu plus petit et moins ferme que son congénère ; — *Groupe E* : 7 cas ; testicule sain. L'atrophie du testicule droit est rare : toutefois, quand un varicocèle développé siège de ce côté, la glande n'échappe pas au travail de la sclérose, comme en témoignent trois faits de LANDOUZY.

Si, au début de l'affection et dans les formes légères mais douloureuses, il peut y avoir quelques hésitations, la maladie confirmée est aisément reconnue. Elle s'offre alors sous l'apparence d'une tumeur molle et noueuse, qui développe les bourses pendantes, flasques, plus bas descendues à gauche qu'à droite ; la marche, les fatigues, augmentent cet allongement et la déclivité du testicule. A la vue, on constate encore un symptôme que LANDOUZY a mentionné le premier : l'augmentation de la sécrétion cutanée scrotale, du côté variqueux,

qui encrasse les suspensoirs et aboutit parfois à un érythème intertrigo.

La tumeur prise entre les doigts donne la sensation d'une masse pâteuse, mollaie, fuyante, décomposable en rameaux pelotonnés, en torsades noueuses, qu'on a comparées à des amas lombricoïdes, à des entrelacements de sangsues ou de vers de terre, des pelotons de cordes enroulées, des intestins de poulets. Dans les degrés initiaux, la tumeur se réduit à quelques bosselures saillantes sur la portion moyenne du cordon : à mesure que s'accroît la phlébectasie, le cordon se renfle de pelotons, de paquets tortueux qui descendent jusqu'au-dessous du testicule et emplissent le fond de la poche scrotale. On sent, à la palpation, cet entrelacement veineux pénétrer en plein trajet inguinal; au milieu de ce lacis, on a peine à saisir le canal déférent. D'ailleurs parmi ces vaisseaux, les uns sont régulièrement calibrés et donnent la sensation de tubes membraneux à parois molles et fluctuantes; les autres sont épaissis, et résistent au doigt; d'autres enfin sont amincis, distendus, bosselés et, par points, ce qui est exceptionnel, incrustés en segments durs et rigides.

Diagnostic différentiel. — Dans la majorité des cas, palper un varicocèle, c'est le reconnaître. Le chapitre du diagnostic différentiel doit donc, en l'espèce, être très abrégé. Toutefois il y a quelques difficultés diagnostiques dues à des irrégularités ou à des complications qui altèrent la physionomie symptomatique du varicocèle.

Un spécialiste herniaire a parfois infligé à un varicocéleux le port intempestif d'un brayer : POTT, BOYER, LANDOUZY citent de semblables méprises; A. COOPER a consacré toute une page à la discussion de ce point de diagnostic différentiel. Que pour une épiplocèle, de consistance mollaie, de forme mal définie, de réduction silencieuse, on ait quelques embarras, cela est possible, mais alors l'épreuve conseillée par CURLING est décisive : on fait coucher le malade et on relève le paquet scrotal jusqu'à réduction du varicocèle; tandis que le doigt du chirurgien presse modérément contre l'anneau, assez pour maintenir la réduction et non point assez pour empêcher la

circulation dans l'artère spermatique, on fait lever le malade : s'il s'agit d'une hernie, la tumeur ne se reproduit pas; s'il s'agit d'un varicocèle, les plexus variqueux s'emplissent et la tumeur se reconstitue. Un autre expédient consiste à observer les conditions de reproduction libre de la tumeur après réduction : la hernie se développe de haut en bas, le varicocèle se remplit en sens inverse.

La phlébite peut s'emparer du varicocèle et en modifier l'allure; alors on méconnaît parfois la phlébectasie préexistante, et devant cet état inflammatoire on croit à un phlegmon scrotal, à une orchio-épididymite suraiguë, à un étranglement herniaire comme dans les deux cas observés par ESCALLIER. Malgré les ressemblances qui existent entre le varicocèle enflammé et l'étranglement d'une hernie inguinale, un examen comparatif permettra d'établir le diagnostic; la tumeur du varicocèle offre des nodosités plus ou moins marquées au sein desquelles on trouve une sorte de corps solide, mais elle est dépourvue de tension et d'élasticité; l'anneau inguinal est libre, le ventre n'est pas tendu, la constipation a pu être vaincue dans un cas par une irrigation tiède et intra-rectale, et les symptômes généraux simulant l'étranglement appartiennent, excepté les vomissements stercoraux, à cette symptomatologie banale de toutes les phlegmasies de l'abdomen. En outre, ces cas ont été observés chez des malades venus de climats tropicaux, et cette motion fournit un supplément utile de renseignements.

Rappelons enfin que le varicocèle peut être parfois, comme l'avait indiqué J.-L. PETIT et comme l'a démontré GUYON, l'indice d'un néoplasme rénal : « J'ai eu l'occasion d'observer six fois le varicocèle symptomatique d'une tumeur rénale. Chose assez bizarre, je l'ai rencontré trois fois à droite et trois fois à gauche. Il n'y a donc pas à tenir compte de la prédisposition bien connue du côté gauche pour ce genre d'affection. Dans tous les cas, sauf un, la tumeur rénale était déjà volumineuse et pouvait être facilement reconnue. Dans ce cas, la tumeur n'avait encore qu'un volume moyen. Il me serait donc difficile de dire que, grâce au varicocèle symptomatique des tumeurs du rein

encore latentes pourront être diagnostiquées ou tout au moins soupçonnées. Cependant, la constatation d'un varicocèle de date relativement peu ancienne doit toujours engager à explorer la région rénale correspondante. »

Pronostic et traitement. — Le varicocèle n'est le plus souvent qu'une incommodité qu'atténuent un suspensoir et quelques précautions hygiéniques ; parfois il devient une infirmité et une déformation ; en certains cas enfin, c'est une affection qui légitime une intervention.

Mais, quand il s'agit d'estimer la gravité respective des cas et leur opportunité opératoire, bien des considérations interviennent : la rapidité du varicocèle, la dépréciation physique qu'il crée pour des métiers ou des carrières, la dépression et les perversions mentales qu'il entraîne, l'intensité et les irradiations douloureuses, la dystrophie testiculaire et l'incapacité génésique qu'il provoque, la coexistence de lésions dont tantôt il est simplement le contemporain (hernies, tumeurs du cordon, blennorrhagie), et dont tantôt il est le symptôme (tumeurs intra-abdominales ou néoplasmes rénaux).

Le développement aigu et sans arrêt d'un varicocèle douloureux implique un plus sévère pronostic que les formes à développement graduel et lent, d'autant plus bénignes que la vieillesse en atténue encore la gravité. La dépréciation physique est aussi une donnée clinique importante. Pour les sédentaires, le repos est un remède aisément conseillé et suivi. Mais, pour les individus obligés à des fatigues incessantes, les voyageurs, les officiers, les ouvriers, il faut songer à la suppression du varicocèle qui disqualifie le malade.

Des considérations d'ordre mental peuvent aussi nécessiter l'intervention. Nous avons vu quelle hypochondrie sexuelle présentent certains varicocéleux, en observation incessante de leur difformité, en continuelle préoccupation de l'atteinte à leurs aptitudes génésiques. Or, il est prouvé que l'incapacité génésique est remarquablement amendée par l'intervention. BARWELL nous fournit des indications très précises : sur les 100 malades qu'il a opérés et que, comme nous l'avons dit, plus haut, il a catégorisés en cinq classes, suivant l'inten-

sité de l'atrophie testiculaire, il a trouvé que chez le premier malade (Catégorie A : testicule réduit à l'état d'une petite masse molle) le testicule devint un peu plus volumineux et un peu plus ferme ; que chez les malades des catégories suivantes

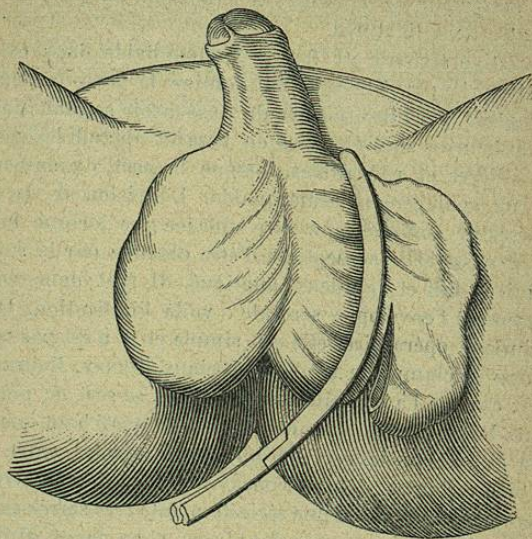


Fig. 244.

Résection du scrotum (CHALOT).

(B, C, D : testicule à divers degrés d'atrophie) la glande reprend son volume et son aspect normaux, dans un délai post opératoire variable de trois mois à deux ans, suivant la gravité des cas.

Traitement. — On n'aura recours à la cure radicale qu'après avoir épuisé toutes les ressources hygiéniques qui, dans la très grande généralité, suffisent aux cas simples. Un suspensoir léger, exact, d'un tissu souple et élastique, demeure un excellent palliatif et un correctif suffisant de l'incommodité du varicocèle ; il aide à la circulation, relève et maintient les varices, vide en les rapprochant de l'anneau les veines turgides, et diminue la hauteur de la colonne sanguine.

L'intervention aseptique, dans le varicocèle, comprend les deux grandes méthodes suivantes : 1° la résection d'un pli du scrotum qui a pour but, en réduisant la cavité des bourses, de remonter le testicule et le varicocèle, et de créer ainsi une suspension artificielle de l'organe; 2° l'excision du paquet variqueux entre deux ligatures.

La résection scrotale est fort recommandable dans ces cas, bien distingués par TUFFIER, où domine la ptose testiculaire l'orchidoptose, par l'insuffisance du suspensoir scrotal; dans le cas où les bourses sont élongées en besace; quand les varices sont régulières et réductibles, lorsque le port du suspensoir produit un soulagement remarquable. L'excision de la peau des bourses ne commence à être efficace que lorsque la suspension dépasse celle susceptible d'être obtenue par le suspensoir le mieux fait et le mieux appliqué. Il faut donc rogner généreusement l'enveloppe scrotale : voilà l'indication. Quant à la technique opératoire, elle est simple et il n'est pas nécessaire d'user de clamps de modèles spéciaux (HENRY, HORTELOUP, BAISSAS); comme l'a conseillé LE DENTU, on se sert de pinces à ligaments larges; le testicule étant remonté aussi haut que possible, on étreint au-dessous de lui, le pli scrotal entre deux pinces, bien rejointes, dont la concavité est tournée en arrière; en arrière d'elles, on passe une série de points très serrés au crin de Florence : on excise, au ras des pinces, et en avant d'elles le pli scrotal, et, desserrant successivement chaque pince, on serre les points de suture.

Les varicocèles où domine l'ectasie veineuse, volumineux, incomplètement réductibles, à veines rigides, épaissies, ou amincies et distendues et dont le suspensoir ne calme pas les douleurs, nécessitent la ligature, l'incision ou l'excision des paquets variqueux, avec ou sans excision tégumentaire combinée. Sur la région antéro-externe du scrotum et dans le sens du cordon on pratiquera une incision longitudinale de 5 à 6 centimètres, commençant à un travers de doigt de l'orifice externe du canal inguinal. Après mise à nu du cordon, on poursuivra l'isolement du faisceau variqueux d'avec le canal déférent et, si possible, l'artère spermatique; le paquet variqueux sera

lié ensuite, à chaque extrémité de la plaie, au catgut. En ne sectionnant pas le paquet variqueux entre les deux ligatures, on conserve ultérieurement, au moyen des cordons veineux devenus vides et rétractés une sorte de ligament suspenseur du testicule.

Quand de volumineux paquets veineux coïncident avec l'allongement et la flaccidité de la poche scrotale, l'intervention limitée aux vaisseaux du cordon sera insuffisante; il faut, en même temps, retrancher une partie de l'étoffe scrotale pour remonter les testicules.