

fluctuante et translucide. Elle est nettement distincte du testicule, qui est placé au-dessous et en avant; elle lui est adhérente et se meut avec lui. Les malades croient avoir deux testicules superposés. Quand la tumeur s'accroît de volume, elle peut devenir douloureuse. En outre, ses rapports avec le testicule deviennent moins facilement appréciables et la confusion est souvent faite avec une hydrocèle vaginale. L'erreur n'est reconnue que par l'aspect du liquide ramené par la ponction.

Le pronostic est bénin.

**Traitement.** — Le traitement ne diffère pas de celui de l'hydrocèle. La guérison survient quelquefois après une seule ponction évacuatrice.

#### SPERMATOCÈLE.

La spermatocele est un engorgement douloureux du testicule dû à la rétention du sperme dans les canaux de l'épididyme et du testicule. Elle est probablement due à un obstacle siégeant en un point sur le trajet des voies spermatisques.

L'affection peut être intermittente et se montrer sous forme d'une tumeur très douloureuse se produisant au moment du coït ou par le simple attouchement des bourses (Curling), ou apparaître chez un sujet continent huit ou dix fois par an, pendant trois à quatre jours à chaque fois (Bottura, *Thèse de Montpellier*, 1857).

### AFFECTIONS DU CORDON SPERMATIQUE.

#### I

##### LÉSIONS TRAUMATIQUES DU CORDON.

Les *plaies* accidentelles du cordon produites par instruments tranchants, le plus souvent dans des tentatives de mutilation volontaire chez des aliénés, ou par les armes à feu, ne sont remarquables que par l'hémorrhagie abondante dont elles s'accompagnent. Le sang s'infiltre plus ou moins loin (*hématocele funiculaire*). Le testicule peut s'atrophier à la suite de la section des vaisseaux et des nerfs; il peut perdre ses connexions avec la vésicule séminale par la blessure du canal déférent.

Les *contusions* s'accompagnent également d'une infiltration sanguine favorisée par l'existence antérieure d'un varicocèle. Le sang s'infiltre ou se collecte dans le tissu cellulaire du cordon, au-dessous de la tunique fibreuse (*hématocele par infiltration et hématocele par épanchement*), jusqu'au-dessus du testicule, qui peut se trouver refoulé et englobé par la masse, et en haut dans le trajet inguinal.

Une ecchymose et une tumeur allongée en forme de boudin sont les signes caractéristiques de cet épanchement.

#### II

##### LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DU CORDON.

L'inflammation isolée du cordon est une affection très rare.

On distingue une inflammation spontanée ou *funiculite séreuse* et une *funiculite phlegmoneuse* consécutive aux traumatismes et aux opérations pratiquées sur le cordon.

La *funiculite séreuse* ou *hydrocèle aiguë du cordon* se montrerait

BIBLIOTECA  
MUSEO DI ANI

chez de jeunes sujets, quelquefois chez des adultes rhumatisants (D. Mollière).

L'affection éclate brusquement par une tuméfaction douloureuse limitée au cordon et *transparente* (Bryant, Curling), avec vomissements, constipation, ballonnement du ventre. Pour Duplay, il s'agirait plutôt de l'inflammation d'anciennes hydrocèles du cordon ou peut-être de sacs herniaires déshabités.

La funiculite phlegmoneuse s'accompagne d'un gonflement considérable de la région, avec douleur et parfois phénomènes d'étranglement. Le cordon suppure et quelquefois se gangrène.

## TUMEURS DU CORDON.

Malgaigne, dans sa thèse de concours (1848), a décrit et classé ces tumeurs dont les exemples étaient épars dans la science. On distingue des tumeurs *solides* et des tumeurs *liquides*, connues sous le nom d'*hydrocèles du cordon*.

## HYDROCÈLES DU CORDON.

Dans une première variété, le liquide est *infiltré* dans les mailles du tissu cellulaire du cordon et l'hydrocèle est *diffuse*; dans une deuxième variété, il est *collecté* dans une cavité préexistante normale ou accidentelle et l'hydrocèle est *enkystée*.

a. *Hydrocèle diffuse*. — Cette affection, observée seulement chez l'adulte, n'est qu'une infiltration œdémateuse du tissu cellulaire du cordon survenant souvent sans cause appréciable, quelquefois chez des individus atteints d'anasarque ou d'ascite, et, dans d'autres cas, à la suite d'une tumeur pelvienne ou de l'application d'un bandage herniaire.

Le liquide enfermé dans la gaine fibreuse du cordon est de la sérosité claire et limpide ou jaune verdâtre, contenue dans les mailles du tissu conjonctif dilatées.

**Symptômes.** — Sur le trajet du cordon, dans sa portion scrotale ou jusque dans le canal inguinal, on constate une tumeur allongée en forme de boudin, séparée du testicule par un sillon. Elle est indolente, de consistance molle et pâteuse, quelquefois fluctuante. Elle peut diminuer par une pression douce exercée de bas en haut, par le

décubitus dorsal; elle s'étale quelquefois à la partie inférieure dans la station debout. On a vu des cas où cette tuméfaction avait acquis des proportions énormes.

Le diagnostic avec une épiplocèle irréductible est quelquefois fort difficile et ne saurait être formulé d'une manière précise. La fréquence de l'épiplocèle est beaucoup plus considérable.

**Traitement.** — L'incision antiseptique de la tumeur doit être l'opération de choix.

b. *Hydrocèle enkystée. Kystes du cordon.* — Cette affection serait surtout fréquente chez les sujets de six à quinze ans (Malgaigne), mais elle se rencontre aussi chez l'adulte (Carron-Massidou, *Thèse de Paris*, 1884); pour Giraldès, elle serait d'origine congénitale; ce qu'il y a de congénital, ce n'est pas le kyste lui-même, mais l'anomalie du conduit vagino-péritonéal dans lequel se développe la collection.

**Anatomie pathologique.** — La tumeur siège dans la gaine fibreuse du cordon, au contact de ses éléments. Quelquefois la poche se continue à ses extrémités avec un cordon fibreux, vestige de la portion oblitérée du conduit vagino-péritonéal; elle peut être reliée par des adhérences aux tissus voisins.

Ordinairement mince et transparente, la membrane kystique est d'autres fois épaissie et parcourue par un réseau vasculaire. Sa surface interne est lisse et unie comme une cavité séreuse, quelquefois frangée et tomenteuse (Scarpa) ou tapissée de stratifications fibreuses. En général, le liquide contenu est celui de l'hydrocèle commune, clair, citrin, albumineux, quelquefois il est filant ou coloré par du sang couleur lie de vin ou en caillots.

Dans quelques cas, il y a plusieurs tumeurs disposées en chapelet le long du cordon, ou la tumeur peut se composer de plusieurs loges isolées et communiquant entre elles.

On admet aujourd'hui que ces kystes doivent leur origine à une oblitération plus ou moins incomplète du conduit péritonéal que suit le testicule au moment de sa descente.

Giraldès les fait naître aux dépens des débris du corps de Wolf; cette théorie ne peut guère s'appliquer qu'aux kystes développés très près de l'épididyme, et s'applique mieux aux kystes de l'épididyme qu'à ceux du cordon.

**Symptômes.** — Dans des cas exceptionnels, la tumeur peut se

développer rapidement (Carron-Massidou), avec l'appareil symptomatique de la hernie étranglée; en général, son évolution est lente et silencieuse.

Quand elle siège dans le trajet inguinal, c'est une tumeur ronde, mobile, pouvant être refoulée par la pression et semblant quelquefois se réduire par le décubitus.

Dans le scrotum, c'est une bosselure siégeant à distance de l'anneau inguinal externe et du testicule, lisse, rénitente, translucide, un peu mobile le long du cordon, indépendante des téguments, ne subissant pas d'impulsion par la toux ni par les efforts. Au-dessus et au-dessous, on sent le cordon nettement distinct.

La tumeur peut être bilobée quand une partie siège dans le trajet inguinal et l'autre dans le scrotum; elle est quelquefois moniliforme, si elle se compose de plusieurs kystes superposés.

Son volume, qui est en général d'une noix, d'un petit œuf, peut être beaucoup plus considérable; le kyste coiffe le testicule et fait croire à une hydrocèle vaginale.

La transparence est surtout perçue en saisissant le cordon au-dessus et au-dessous du kyste et en le faisant saillir, pendant qu'on fait tenir une lumière du côté opposé. Ce signe peut manquer quand la paroi est épaisse ou le liquide fortement coloré par du sang.

La tumeur est indolente et ne détermine ordinairement qu'un peu de gêne dans la marche et la station debout.

Elle peut se compliquer d'une *hernie* dont le sac peut prendre diverses positions par rapport au kyste.

Enfin, il y a quelquefois coïncidence d'une hydrocèle vaginale et, dans quelques cas, l'hydrocèle du cordon peut se transformer en hématocele ou mieux en hydro-hématocele par la rupture brusque des vaisseaux de la paroi ou par transformation lente de cette paroi.

Le diagnostic est en général facile; le kyste ne peut guère être confondu qu'avec l'hydropisie d'un sac herniaire.

**Traitement.** — La tumeur se résout quelquefois spontanément, chez l'enfant, à la suite de simples applications de compresses alcoolisées.

Chez l'adulte, elle est traitée avec succès par la ponction suivie d'injection iodée.

## TUMEURS SOLIDES DU CORDON.

Les tumeurs solides du cordon sont très rares. On y a observé des *lipomes* pouvant acquérir de grandes dimensions et qui se distinguent de l'épiplocèle irréductible par la liberté des anneaux herniaires; des tumeurs malignes qui sont des *sarcomes* ou des *cysto-sarcomes*, pouvant se prolonger dans la fosse iliaque, et des dégénérescences secondaires consécutives aux tumeurs du testicule; enfin on y a vu des *gommes syphilitiques*; le volume du cordon augmente; il s'indure, devient rigide et présente des renflements variables de nombre et de volume. Le point de départ peut être dans les veines spermatices (Tédénat) ou dans le caual déférent (Reclus).

## VARICOCÈLE.

On appelle *varicocèle* une tumeur constituée par les varices des veines spermatices. Cette affection, connue des anciens chirurgiens, a été bien étudiée par Landouzy (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1858), par Curling, par Périer (*Thèse de Paris*, 1864), par les chirurgiens militaires (Gaujot, Sistach), dans un grand nombre de thèses de Paris et de Strasbourg, et par beaucoup de chirurgiens qui se sont occupés de la cure du varicocèle. Tous ces travaux ont été résumés et analysés dans un remarquable article de Segond (*Dict. Médec. et Chirurg. pratiq.*, art. VARICOCÈLE).

**Étiologie.** — Avant dix ans et passé trente-cinq ans, le varicocèle est rare; son maximum de fréquence est de quinze à vingt-cinq ans. D'après les statistiques de Gaujot, la proportion des hommes exemptés pour varicocèle est de 1,6 sur 1000, de 5 sur 1000 d'après les recherches d'Horteloup au bureau militaire de la ville de Paris de 1879 à 1885. Cette affection paraît moins commune en France qu'à l'étranger; Curling a trouvé 23,4 hommes pour 1000 réformés pour le varicocèle, Bryant abaisse ce chiffre à 15 pour 1000.

La tumeur est unilatérale ou bilatérale; quand elle est unilatérale, elle siège *presque toujours à gauche* (858 pour 1000, Curling), et quand elle est double, le varicocèle *gauche* est toujours plus volumineux que le droit.

Beaucoup de causes ont été invoquées pour expliquer la fréquence et la production du varicocèle. Une condition qui domine tout, réside dans une *prédisposition individuelle* et souvent héréditaire, en vertu de laquelle les veines sont exposées à devenir variqueuses. Une taille élevée, une constitution molle, un tempérament faible dans lequel le scrotum et les parois veineuses sont relâchés, constituent aussi des causes prédisposantes. Chez les sujets peu musclés en particulier; la faiblesse du crémaster favorise la production du varicocèle; une faible contraction de ce muscle ne résiste pas suffisamment à la poussée sur les veines et à la gêne de la circulation veineuse pendant l'effort abdominal et le sang s'accumule dans les veines spermatisques qu'il distend.

La chaleur qui fait pendre les téguments du scrotum est sans doute aussi une cause prédisposante; d'où la fréquence du varicocèle dans les pays chauds.

Les professions dans lesquelles les sujets doivent rester longtemps debout, comme les sergents de ville, les cabaretiers, les imprimeurs, les menuisiers, celles qui exigent de grands efforts comme chez les boulangers, favorisent la dilatation des veines spermatisques. Gaujot a démontré la fréquence du varicocèle survenant rapidement chez les jeunes recrues dont la circulation se trouve gênée par l'habillement et l'équipement, qui sont exposés à des stations debout fréquentes et prolongées et font une série successive d'efforts répétés dans une attitude déterminée. La fixité donnée à tout le côté gauche du corps par la contraction musculaire, pour permettre les exercices du côté droit, expliquerait la fréquence du varicocèle à gauche. Les muscles du côté gauche et notamment ceux de l'abdomen sont en état de contraction permanente et cette série de contractions répétées détermine dans les veines et en particulier dans celles du cordon gauche une stase qui finit par amener leur dilatation (Gaujot).

On a invoqué aussi des causes anatomiques pour expliquer la production du varicocèle et sa fréquence à gauche: la longueur du trajet des veines spermatisques, leur compression possible sur la branche du pubis, l'influence des valvules (Périer), l'absence de repli valvulaire à la jonction de la veine spermatique gauche et de la veine rénale, le mode de terminaison différent des deux veines spermatisques, sont des raisons plus ou moins admises et discutées dans tous les traités classiques. Il en est de même de la compression de la veine

iliaque gauche par les matières fécales accumulées dans l'S iliaque chez les sujets constipés; la constipation, rare chez les jeunes sujets, ne paraît pouvoir agir que par l'effort qu'elle exige pour la défécation (Duplay).

Toutes ces causes attendent leur démonstration: les seules dispositions que l'on puisse raisonnablement incriminer sont, en définitive, le mode d'abouchement de la veine spermatique gauche dans la veine rénale et la déclivité du testicule gauche, qui descend habituellement plus bas que le droit (Segond).

Enfin, on doit admettre un varicocèle *symptomatique* consécutif à la présence de tumeurs inguinales ou abdominales de toute nature, de hernies inguinales volumineuses mal contenues, à l'application défectueuse de bandages herniaires.

**Anatomie pathologique.** — En général, le varicocèle est partiel et plus particulièrement localisé au groupe veineux antérieur, c'est-à-dire au faisceau principal des veines spermatisques. Mais le groupe veineux postérieur ou faisceau des veines funiculaires (Périer) participe souvent à la dilatation variqueuse et pourrait même se dilater seul (Horteloup).

En outre, la dilatation peut porter d'une manière exclusive sur les veines spermatisques qui sont à la queue de l'épididyme (Doumenge, *Thèse de Paris*, 1875).

Les veines devenues variqueuses sont dilatées, allongées et flexueuses, et la dilatation porte non seulement sur les troncs principaux, mais aussi sur les veinules. Les veines testiculaires et les veines scrotales peuvent être elles-mêmes dilatées. Le paquet variqueux descend à une distance variable au-dessous du testicule, qui se trouve comme englobé dans la tumeur veineuse. En haut, la dilatation veineuse remonte sur le trajet du cordon jusque dans le canal inguinal et se prolonge dans la portion abdominale des veines, quelquefois dans toute la hauteur du plexus pampiniforme. Les flexuosités sont surtout accusées au voisinage du testicule, et la masse variqueuse se présente généralement sous la forme d'une pyramide dont le sommet s'engage dans le canal inguinal et dont la base élargie coiffe le testicule en le débordant plus ou moins (Curling).

Les lésions des veines spermatisques sont les mêmes que dans les varices des membres inférieurs: si le varicocèle est ancien, l'épaississement des parois veineuses est considérable et les vaisseaux restent

béants à la coupe. Cet épaissement reste fort longtemps uniforme (Périer), et ce n'est qu'à la longue qu'on observe en certains points des dilatations ampullaires avec ou sans phlébolithes dans l'intérieur des ampoules. Le sang est tantôt fluide, tantôt coagulé par places, suivant l'ancienneté et la complexité des lésions.

Histologiquement, les lésions du varicocèle sont les mêmes que celles des varices en général.

Le tissu cellulaire péri-veineux, en général souple et lâche, peut s'épaissir et s'indurer au point d'acquérir une consistance lardacée et de simuler un néoplasme surajouté aux altérations variqueuses pures et simples.

Quand le varicocèle est volumineux, et surtout s'il s'est développé rapidement, il est assez fréquent d'observer une *atrophie* plus ou moins prononcée du testicule, *qui est petit et mou*. L'atrophie paraît due à une espèce de cirrhose du tissu cellulaire provoquée par la congestion passive (Reclus).

Le varicocèle de la *queue de l'épididyme* varie du volume d'un pois à celui d'une grosse noix; la coupe de cette tumeur donne un aspect caverneux dû à la réunion des veines dilatées et d'une substance cellulaire amorphe dans laquelle se trouvent enroulés les vaisseaux (Doumenge).

**Symptômes.** — Dans des cas assez rares, surtout chez les jeunes soldats, le varicocèle peut se développer d'une manière rapide et pour ainsi dire aiguë (Gaujot), en six mois, un an ou deux ans.

En général, il est presque toujours insidieux dans ses débuts, lent dans son évolution et gênant par son volume plutôt que vraiment douloureux. Il est souvent reconnu par hasard, les malades ne se plaignant pas de sa présence; dans quelques cas, sous l'influence d'un effort ou d'un exercice violent et prolongé, il prend rapidement des proportions plus considérables.

Le volume des bourses est augmenté; la tumeur est allongée dans le sens vertical, irrégulière de forme et plus ou moins bosselée à sa surface; elle se perd en haut, du côté de l'anneau inguinal; en bas, elle descend jusqu'au fond des bourses et peut même produire un abaissement considérable de la bourse gauche et un allongement quelquefois extraordinaire du scrotum qui descend à mi-cuisse; elle a en général les dimensions d'un petit œuf; elle peut acquérir le volume du poing, d'une tête de fœtus; on l'a vue descendre jusqu'au

milieu de la cuisse (J.-L. Petit). La peau est plus ou moins distendue, suivant les dimensions de la tumeur, quelquefois sillonnée de veines dilatées; elle laisse distinguer par transparence la coloration des veines turgescentes qu'elle recouvre.

A la palpation, on sent au travers du scrotum un amas de cordons veineux, volumineux, gorgés de sang et plus ou moins enchevêtrés. On a comparé la sensation fournie par le palper de ces tumeurs à celle que donnerait soit un paquet de ficelle, soit un amas de vers de terre ou d'intestins de poulet inclus dans le scrotum.

Par la pression dans la position horizontale, la tumeur se vide de son sang et s'affaisse; mais bientôt, malgré l'application du doigt sur l'orifice du canal inguinal, elle se reproduit de bas en haut et reprend ses dimensions primitives.

Elle diminue aussi par le froid, le repos et la position horizontale; elle augmente dans les conditions inverses.

Les *symptômes fonctionnels* ne sont nullement en rapport avec les dimensions de la tumeur: d'énormes varicocèles peuvent n'entraîner aucune gêne, alors que de tout petits déterminent de violentes souffrances dont la cause est inconnue.

En général, il n'y a qu'un peu de gêne et une certaine lourdeur le long du cordon et jusqu'aux reins, quand la tumeur est un peu volumineuse; à un degré de plus, il existe des douleurs véritables qui affectent souvent le caractère névralgique et s'irradient le long du cordon.

La gêne, la pesanteur et la douleur s'apaisent en général sous l'influence du repos, et s'exaspèrent sous l'influence des actes ou des attitudes qui tendent à augmenter le volume du varicocèle. La gravité des troubles fonctionnels est parfois si grande que toute occupation active devient impossible.

Les fonctions génitales s'exécutent normalement dans l'immense majorité des cas. Certains sujets, porteurs de varicocèles, sont soulagés par le coït et éprouvent ensuite une exacerbation de tous les symptômes: l'activité de la circulation et la déplétion veineuse pendant l'orgasme vénérien, favorisées par la contraction du darto et du crémaster, puis ensuite le relâchement et la stase succédant à cette excitation, expliqueraient ces deux phénomènes différents du soulagement et de l'exacerbation des douleurs (Landouzy).

Enfin, Jaccoud a signalé la production d'accès gastralgiques de la

BIBLIOTECA  
MUSEO  
MILANO

plus haute intensité par réduction du sang contenu dans les veines spermaticques et sans doute par la compression consécutive du plexus solaire et du sympathique abdominal.

L'hypochondrie est quelquefois la conséquence du varicocèle.

Le varicocèle de la queue de l'épididyme est, en général, découvert par hasard chez des vieillards et ne se traduit à l'examen que par la dureté et l'augmentation de volume de la queue de l'épididyme (Doumenge). On n'y trouve jamais la sensation de paquet de ficelle du varicocèle classique.

**Diagnostic.** — Le diagnostic de l'affection est en général facile. Le varicocèle se distingue d'une hernie entéro-épiplœique et surtout épiplœique par sa fausse réductibilité, la tumeur veineuse se reproduisant de haut en bas malgré la pression exercée sur l'anneau.

L'hydrocèle enkystée du cordon est une tumeur plus ferme, plus tendue, quelquefois transparente, ne se modifiant pas par la pression ni par la chaleur. L'hydrocèle congénitale, qui se réduit comme le varicocèle, est fluctuante et transparente.

Guyon a attiré l'attention sur la coïncidence assez fréquente du varicocèle et des tumeurs du rein, dont il peut être symptomatique.

Le varicocèle de la queue de l'épididyme ne peut guère se diagnostiquer que par exclusion.

**Pronostic.** — En général et dans l'immense majorité des cas, le varicocèle est une affection bénigne dont les troubles fonctionnels sont combattus par des moyens simples et tendent à diminuer spontanément avec l'âge en même temps que les lésions variqueuses elles-mêmes tendent à disparaître sous cette influence. Segond range sous sept chefs les circonstances exceptionnelles qui peuvent aggraver ce pronostic; ce sont : 1° la rapidité d'accroissement du varicocèle et de son volume; 2° l'inaptitude à remplir un service public et la nécessité de renoncer à une carrière désirée; 3° l'hypochondrie et les perturbations mentales; 4° l'atrophie du testicule; 5° l'intensité des douleurs; 6° la coexistence d'une autre affection de la région ou d'une lésion plus éloignée tenant les varices sous leur dépendance; 7° les complications inflammatoires ou phlébite variqueuse.

**Traitement.** — le plus souvent, un bon suspensoir sera le traitement palliatif par excellence du varicocèle; des ablutions froides, des vêtements larges et peu serrés, l'abstention des exercices violents, seront prescrits avec avantage.

Le traitement chirurgical n'est que très rarement indiqué et ses indications sont fournies par les cinq premières circonstances que nous avons énumérées comme capables d'aggraver le pronostic de l'affection.

Les opérations s'adressent aux veines pour les oblitérer ou les réséquer, ou au scrotum pour en diminuer l'étendue. Cette double intervention peut être combinée avec avantage.

L'opération de choix consiste à combiner la résection scrotale à l'action directe sur le varicocèle et à traiter les veines par la section ou la résection entre deux ligatures, en respectant l'artère spermaticque. Cette conduite, avec quelques modifications personnelles de détail, a donné en France de beaux résultats entre les mains de Guyon, d'Horteloup, de Nicaise, de Terrier, etc.

Nous ne pouvons que renvoyer aux traités de médecine opératoire et surtout à l'article de Segond, où les divers procédés anciens et actuels sont passés en revue avec les plus grands détails.

Un des résultats les plus remarquables de l'intervention est le retour du testicule à ses dimensions et à sa consistance normales et le réveil de l'appétence génitale.

BIBLIOTECA  
MUSEO MED. U. A. N. L.