

plus de verge; l'urine s'écoule par un canal que la peau, attirée en bas, forme à l'extrémité de l'organe.

Il n'y a rien à faire contre une semblable infirmité, qui ne guérit pas spontanément. Quelquefois, on a tenté de faire une opération. Dans ce cas, il faut toujours, en extirpant la masse morbide, ménager une certaine quantité de peau au voisinage de son pédicule, afin de pouvoir recouvrir la verge et les testicules. La récurrence n'est-elle pas à craindre, lorsqu'on n'enlève pas tout le tissu morbide? Cette lésion n'est-elle pas comparable à une tumeur disséminée? C'est là l'opinion d'un certain nombre de chirurgiens.

## CHAPITRE TROISIÈME

### MALADIES DU CORDON SPERMATIQUE

Si l'on excepte l'hématocèle, l'hydrocèle et le varicocèle, on peut dire que les maladies du cordon sont rares.

La contusion et les plaies ne présentent aucun phénomène particulier, si ce n'est que, dans les plaies du cordon, les artères divisées se rétractent et sont difficiles à lier.

Les tumeurs syphilitiques du cordon sont extrêmement rares; ce sont des tumeurs gommeuses, souvent adhérentes à la peau en même temps.

Des tumeurs graisseuses y existent quelquefois; elles ont les caractères du lipome.

Les kystes du cordon ont été signalés. Ils ne sont pas plus fréquents que les tumeurs précédentes.

Les tubercules du cordon spermatique sont excessivement rares comme tubercules primitifs; ils compliquent quelquefois le tubercule du testicule. Il en est de même du cancer primitif; on ne l'y observe presque jamais.

La funiculite, inflammation du cordon, se rencontre quelquefois; elle est rarement simple; elle accompagne souvent les tubercules du testicule; un effort, un coup la déterminent. Le cordon est douloureux et tuméfié; le repos suffit pour la faire disparaître.

On a vu des abcès du cordon, à la suite d'une opération sur le cordon, ligature, etc. Vidal y a observé un abcès scrofuleux.

#### I. — HÉMATOCÈLE DU CORDON.

On donne ce nom à l'infiltration ou à l'épanchement de sang dans le tissu cellulaire du cordon.

Comme dans le scrotum, on distingue une hématocèle par infiltration et une hématocèle par épanchement.

**Causes.** — Une violence extérieure produit les deux espèces, qui ne diffèrent l'une de l'autre que par la disposition du sang, infiltré ou réuni en foyer.

**Anatomie pathologique.** — L'infiltration se comporte comme dans le scrotum; elle se résorbe. Mais le sang de l'épanchement peut subir une transformation analogue à celle que nous avons vue se produire dans la tunique vaginale. Il en résulte souvent un kyste hématisé du cordon, siégeant, dans la plupart des cas, au centre du cordon, au-dessous des fibres du crémaster.

On comprend que l'hématocèle du cordon puisse se compliquer d'hématocèle du scrotum et de la tunique vaginale.

**Symptômes.** — Une tumeur se montre rapidement. Elle s'accompagne de douleurs souvent fort vives, et parfois d'une ecchymose assez étendue. La tumeur se développe de bas en haut; elle ressemble à un gros boudin (Malgaigne). Elle peut atteindre l'anneau inguinal; elle descend jusqu'au testicule. On peut sentir le testicule à la partie inférieure de cette tumeur allongée; la peau est mobile sur la tumeur; il n'est pas possible de trouver le canal déférent sur la partie postérieure. Cette tumeur est molle, rarement fluctuante, à moins d'épanchement considérable.

**Terminaison.** — Le sang peut se résorber; il peut se former des caillots plus ou moins considérables et des masses fibrineuses; un kyste hématisé peut en être la conséquence; enfin, la tumeur s'enflamme quelquefois; il se forme un abcès.

**Diagnostic.** — On ne la confondra pas avec l'hématocèle de la tunique vaginale, parce que, dans celle-ci, il est difficile de trouver le testicule. Du reste, la tumeur est ovoïde et non allongée, comme dans l'hématocèle du cordon.

La hernie épiploïque en diffère par sa réductibilité et par le temps qu'elle emploie à descendre au fond du scrotum. L'hydrocèle du cordon ne survient jamais brusquement.

**Pronostic. Traitement.** — L'hématocèle par épanchement est assez grave; elle nécessite parfois la ligature du vaisseau, si la tumeur continue à faire des progrès.

Il faut attendre. Par le repos au lit, de légers purgatifs et les résolutifs, on obtiendra souvent la disparition de la tumeur. On devra surtout surveiller les complications. Si le foyer s'enflamme, il faut l'inciser. Si l'épanchement ne se limite pas rapidement, il faut comprimer le cordon spermatique au niveau de l'anneau (Malgaigne). On incisera aussi dans les cas d'épanchement considérable, dont on ne peut pas espérer la résolution.



## II. — HYDROCÈLE DU CORDON.

On donne ce nom à l'infiltration ou à l'épanchement de sérosité entre les divers éléments qui constituent le cordon.

On en distingue deux variétés principales : l'*hydrocèle infiltrée* et l'*hydrocèle enkystée*.

Deux autres variétés ont été indiquées par les auteurs ; il suffit de dire leurs noms. L'une, *hydrocèle du cordon communiquant avec le péritoine*, n'est autre chose qu'un épanchement séreux dans le canal vagino-péritonéal, oblitéré du côté de la tunique vaginale et resté perméable du côté du péritoine. La pression fait refluer le liquide dans la cavité péritonéale. L'autre variété, *hydrocèle du cordon communiquant avec la tunique vaginale*, est, au contraire, un épanchement dans le même canal vagino-péritonéal, mais en sens inverse ; c'est-à-dire que celui-ci est oblitéré du côté du péritoine, et non du côté de la tunique vaginale. Cette variété coïncide avec une hydrocèle ordinaire ; elle constitue quelquefois une véritable hydrocèle en bissac. Bref, ces deux hydrocèles tiennent à une oblitération incomplète du canal vagino-péritonéal du nouveau-né.

## 1° Hydrocèle infiltrée.

**Causes.** — Cette infiltration, connue encore sous le nom d'*hydrocèle diffuse*, se rencontre chez l'adulte, souvent sans cause connue. Dans quelques cas, elle coïncide avec une anasarque, une ascite, une tumeur abdominale, une hernie.

**Anatomie pathologique.** — L'infiltration siège dans les mailles du tissu cellulaire du cordon, au-dessous du crémaster, en avant des vaisseaux spermatiques et du canal déférent. La sérosité claire qui y est contenue peut, en écartant les cloisons du tissu cellulaire, former un véritable épanchement.

**Symptômes.** — Il existe une tumeur diffuse, allongée dans le sens du cordon, renflée vers la partie inférieure, et remontant souvent jusqu'à l'anneau inguinal. La tumeur n'est pas douloureuse ; elle est molle et pâteuse ; la pression peut changer sa forme et son aspect ; elle est quelquefois fluctuante en bas.

Elle est stationnaire ; mais, dans quelques cas, elle prend des proportions énormes.

**Diagnostic.** — On la distinguera de l'épiplocèle en ce que celle-ci se montre plus lentement et qu'elle occupe toujours le canal inguinal par un gros pédicule. Il est rare que l'infiltration du cordon se prolonge dans le canal inguinal sous forme de pédicule volumineux.

**Traitement.** — Si la tumeur ne disparaît pas spontanément, on aime mieux faire une *incision* qu'appliquer un séton, comme cela a été fait quelquefois.

## 2° Hydrocèle enkystée.

**Causes.** — Elle reconnaît quatre origines : 1° le kyste se développe dans une portion non oblitérée du canal vagino-péritonéal ; 2° il est la transformation d'une hématocele du cordon ; 3° il est déterminé par une hydrocèle infiltrée qui a considérablement distendu les mailles du tissu cellulaire ; 4° il se forme dans une bourse séreuse, produite, chez les hernieux, par le frottement du bandage herniaire.

**Anatomie pathologique.** — Le kyste est unique ou multiple ; il y a souvent trois ou quatre tumeurs échelonnées le long du cordon. Rarement il dépasse le volume d'un œuf. Il peut occuper toute la longueur du cordon ; mais, chez les enfants, il avoisine l'anneau inguinal, et peut être contenu dans ce canal. La paroi est mince, quelquefois elle est épaisse et dure ; n'est-il pas plus probable que, dans ces cas, le kyste est la transformation d'une hématocele ?

La cavité du kyste est unique ; mais il n'est pas rare d'y rencontrer des cloisons complètes ou incomplètes. Le liquide est séreux, transparent, quelquefois il est plus épais, de couleur lie de vin, chocolat, etc.

**Symptômes.** — *Tumeur indolente, à surface régulière, allongée, fluctuante*, si elle n'est pas trop tendue par le liquide, auquel cas elle présente la résistance d'une tumeur solide. Elle est quelquefois, mais non toujours, *transparente* ; l'opacité tient à l'épaississement de la paroi et à l'altération du liquide contenu. Si le kyste siège vers la partie inférieure, on voit, en examinant sa transparence, les éléments du cordon disséminés autour de la tumeur. Celle-ci est *mobile* ; on la fait rentrer parfois dans le canal. Si elle occupe le canal, on peut souvent la refouler vers la cavité abdominale.

**Diagnostic.** — La fluctuation, la surface lisse et arrondie empêcheront de croire à un *lipome*. Il n'y a pas de pédicule herniaire, ni cette sensation d'empatement, ni cet aspect piriforme que l'on constate dans une *hernie épiploïque*. Un *troisième testicule* est tellement rare, qu'il n'est pas bien prouvé qu'il puisse exister. Admettons le cas : la pression sur la tumeur développera la douleur caractéristique qui accompagne le froissement de cette glande. Les renseignements fournis par le malade feront distinguer l'hydropisie d'un *ancien sac herniaire* ; mais ce diagnostic est difficile.

**Pronostic. Traitement.** — La lésion n'est pas grave. On ne fait rien, si la tumeur est très-petite ; si elle est volumineuse et qu'elle soit trop gênante, on peut faire la ponction, et mieux la *ponction suivie d'injection iodée*.

## III. — VARICOCÈLE.

On nomme ainsi les varices des veines du cordon spermatique.

**Causes.** — Cette maladie se rencontre chez les adolescents. Elle siège presque uniquement du côté gauche. Elle peut être déterminée par tout



obstacle à la circulation des veines spermatiques : hernie épiploïque, bandage, tumeur comprimant ces veines.

On a indiqué des causes anatomiques pour expliquer la fréquence du varicocèle à gauche : la longueur plus grande des veines spermatiques gauches ; la compression de ces veines par le côlon iliaque chargé de matières fécales. La disposition anatomique, qui favorise, sans contredit, le développement du varicocèle, est celle-ci : *valvules rudimentaires ou absentes* dans les veines spermatiques, *incidence à angle droit* des veines spermatiques gauches dans la veine rénale, ce qui contrarie le cours régulier du sang, tandis que celles du côté droit se jettent dans la veine cave, en suivant, pour ainsi dire, la direction du courant sanguin de cette veine.

Le varicocèle est quelquefois héréditaire. Cela se conçoit, puisqu'on hérite des dispositions organiques des parents.

**Anatomie pathologique.** — Les veines présentent les mêmes altérations que dans les varices ordinaires. Elles sont très-flexueuses ; leur paroi est épaissie, au point qu'elles restent béantes quand on les coupe. Elles semblent avoir augmenté de nombre, parce que les veinules prennent part à la dilatation. Tout le système veineux spermatique est dilaté, jusqu'à celui du testicule lui-même.

**Symptômes.** — Le *début* est très-lent. Lorsque les varices sont développées, on observe les symptômes suivants : le *scrotum* et le *cordon* sont plus *volumineux* que du côté opposé. On constate dans le cordon une *tumeur diffuse*, molle et pâteuse, qui présente des bosselures, des *circonvolutions* flexibles, s'affaissant sous le doigt. L'œil se rend compte aussi de ces sinuosités ; il semble qu'il existe un *paquet de vers* sous la peau, qui, du reste, paraît normale. Le volume de la tumeur *diminue* par le repos horizontal, et si l'on soulève le testicule, elle *disparaît* complètement. Si, après l'avoir fait disparaître, on met le doigt sur l'anneau inguinal, elle *se montre de nouveau*, par arrêt de la circulation veineuse.

Le varicocèle est quelquefois *douloureux*. Chez certains malades, la douleur est atroce, avec exacerbations. Ces cas sont rares.

La douleur se calme lorsqu'on soutient le scrotum ; elle n'est pas en rapport avec le volume de la tumeur. De petits varicocèles font quelquefois horriblement souffrir, tandis que des varicocèles énormes peuvent être indolores.

**Terminaison.** — Le varicocèle reste ordinairement stationnaire pendant un certain nombre d'années ; puis il tend à disparaître spontanément, à mesure que le malade devient plus âgé.

**Diagnostic.** — Le varicocèle simple ne peut être confondu qu'avec une hernie épiploïque ou une hydrocèle infiltrée du cordon. La *hernie épiploïque* ne se reproduit pas après qu'elle a été réduite, si l'on a soin de maintenir le doigt sur l'anneau inguinal. L'*hydrocèle infiltrée* ne présente pas de bosselures ; elle n'est réductible par aucun moyen.

**Pronostic.** — Le pronostic n'est pas grave ; l'affection est en général plus gênante que douloureuse.

**Traitement.** — Lorsque les douleurs ne sont pas trop vives, on peut se contenter d'un *traitement palliatif*, surtout si le sujet a déjà dépassé l'adolescence, attendu que le varicocèle tend à disparaître chez l'adulte.

Ce traitement consiste dans l'application d'un *suspensoir*, qui maintient les testicules et diminue les douleurs. Le procédé de M. Richard (du Cantal) est bien préférable. On fait remonter le testicule vers l'anneau, et l'on serre la peau, au-dessous, au moyen d'un rond de caoutchouc qui la maintient à la manière d'un rond de serviette.

La douleur force quelquefois d'avoir recours au *traitement curatif*. On peut guérir le varicocèle par la *compression*, la *ligature* des veines variqueuses, l'*enroulement* de ces vaisseaux, la *cautérisation* et les *injections de perchlorure de fer*.

La *compression* est due à Breschet, qui serrait au moyen d'une pince les veines variqueuses et les téguments, jusqu'à ce qu'il se produisit un sphacèle complet des parties comprimées.

La *ligature* compte un grand nombre de procédés. Nous signalerons celui de M. Ricord, qui consiste à passer autour des vaisseaux deux fils, dont les anses en opérant la constriction. (*Voy.* la figure, au chapitre de médecine opératoire. Ligatures.)

L'*enroulement*, procédé de Vidal (de Cassis), s'opère en passant en avant et en arrière des vaisseaux variqueux deux fils d'argent, dont les extrémités droites et gauches sont réunies et tordues, jusqu'à oblitération complète des veines par suite du mouvement de rotation qui leur est imprimé.

La *cautérisation* se fait au moyen d'une pince porte-caustique entre les mors de laquelle on comprend la peau et les veines, après avoir eu soin d'isoler le canal déférent.

Les *injections de perchlorure de fer* ont donné plusieurs succès à M. Maisonneuve. On les pratique ici comme dans toutes les veines variqueuses, en général.

Dans toutes ces méthodes, on se propose d'oblitérer les vaisseaux ; il n'en est pas une qui soit exempte de récurrence, de sorte qu'il faut engager les malades à se contenter, s'il est possible, du traitement palliatif.

#### *Diagnostic des tumeurs de la région des bourses en général.*

Nous avons vu, en parlant des tumeurs du testicule, du scrotum et du cordon spermatique, à quels signes on pouvait reconnaître ces tumeurs et les distinguer entre elles. Nous ne reviendrons pas sur ces caractères. Nous voulons seulement résumer ici en quelques lignes la manière dont on doit se comporter en face d'un malade qui présente une tumeur de la région des bourses, pour arriver à déterminer exactement si cette tumeur



appartient à la glande séminale elle-même, à son pédicule, à ses enveloppes, ou si elle a pris naissance dans un point plus ou moins éloigné.

La simple *inspection* de la région malade pourra fournir quelques données importantes. En effet, l'état du scrotum peut quelquefois révéler, à lui seul, le siège de la maladie. Règle générale, si les enveloppes du testicule sont également tuméfiées des deux côtés, également volumineuses et tendues, on n'a presque jamais affaire à une tumeur du testicule ou du cordon. Le plus souvent, cette tuméfaction uniforme des bourses s'accompagne de rougeur et de chaleur des téguments, de douleur à la pression; en un mot, il s'agit presque toujours d'une affection inflammatoire du scrotum; l'orchite double ne débute jamais simultanément des deux côtés. Si ces caractères font défaut, il peut s'agir d'un œdème, d'une infiltration urineuse ou sanguine au début, etc.

Admettons maintenant que la tumeur siège d'un seul côté, qu'elle ait débuté lentement, qu'elle se soit accrue peu à peu, etc. Aux dépens de quels éléments s'est-elle développée? La première chose à faire, c'est de chercher si cette tumeur est réductible. On sait, en effet, que le voisinage du canal inguinal et de l'anneau expose la région du scrotum à la formation de tumeurs qui ne lui appartiennent pas en propre. Or, si la tumeur est réductible, on se trouve en présence: d'une hernie, accidentelle ou congénitale, d'une hydrocèle congénitale, plus rarement d'un abcès par congestion, dont le pus a suivi le trajet du cordon spermatique. Nous savons comment on différencie ces diverses affections.

Lorsque la tumeur est irréductible, c'est qu'elle appartient au testicule, à ses enveloppes, ou au cordon. (Nous ne parlons pas de la hernie étranglée, qui ne saurait être confondue avec une tumeur du testicule.) Il faut, dans ce cas, chercher à s'assurer de la position de la glande. Toutes les fois qu'elle est facilement accessible, qu'elle a conservé sa forme et son volume normal, et surtout que la tumeur siège *au-dessus*, il s'agit d'une affection du cordon (hydrocèle enkystée, varicocèle, etc.). Si l'on ne peut isoler le testicule, il faut procéder à l'examen de la tumeur par tous les moyens que nous avons déjà indiqués; chercher sa transparence: si elle existe, c'est une hydrocèle, ou, plus rarement, un kyste volumineux du testicule; si elle fait défaut, une tumeur cancéreuse de cet organe, ou une hématoécèle de la tunique vaginale.

Enfin, il peut se faire que le testicule soit facilement isolable du cordon et de ses enveloppes, que celles-ci, sans changement dans leur aspect, glissent facilement sur lui comme à l'état normal, mais que la glande soit augmentée de volume, bosselée, irrégulière. Dans ces cas, il s'agit toujours d'une tumeur appartenant au testicule lui-même, soit d'une tumeur maligne ou de tubercules, à leur première période, soit de petits kystes, soit d'une affection syphilitique.

## CHAPITRE QUATRIÈME

### MALADIES DE LA PROSTATE

Les principales maladies observées dans la prostate sont les *inflammations* et les *tumeurs*, dans lesquelles nous ferons rentrer l'*hypertrophie* de la prostate.

La prostate est une glande qui entoure l'urèthre, depuis son origine au col de la vessie jusqu'à la portion membraneuse. Elle occupe la loge supérieure du périnée, et se trouve

en rapport: 1° par sa *face antérieure et supérieure*, avec les fibres longitudinales antérieures de la vessie qui vont se fixer au pubis, avec du tissu cellulo-adipeux et le plexus veineux de Santorini; 2° par sa *face postérieure et inférieure*, avec le rectum, dont la sépare une lame de fibres musculaires lisses qui se continue avec l'enveloppe des vésicules séminales; 3° par ses *faces latérales*, avec d'autres lames musculaires verticalement dirigées de l'aponévrose supérieure à l'aponévrose moyenne du périnée, et désignées sous le nom d'aponévroses latérales de la prostate; 4° par sa *base*, creusée d'un orifice pour le passage de l'urèthre et d'une cavité qui reçoit les canaux éjaculateurs, avec la vessie en avant, les vésicules séminales en arrière; 5° par son *sommet*, avec la portion membraneuse de l'urèthre, à laquelle elle est conti-

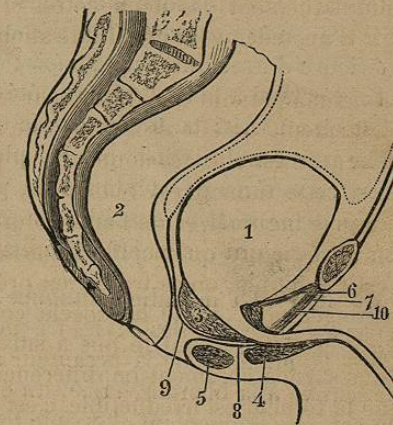


FIG. 50. — Coupe antéro-postérieure du bassin, destinée à montrer les aponévroses du périnée. (Figure schématique.)

1. Vessie. — 2. Rectum. — 3. Prostate. — 4. Bulbe. — 5. Coup du muscle transverse. — 6. Ligaments antérieurs de la vessie, paroi supérieure de la loge prostatique. — 7. Aponévrose périnéale moyenne avec ses deux feuillets. — 8. Feuillet inférieur se continuant avec l'aponévrose superficielle, et passant sur le bord postérieur du muscle transverse. — 9. Feuillet supérieur de l'aponévrose moyenne allant former l'aponévrose prostatopéritonéale. — 10. Muscle de Wilson. Dans cette figure, les organes ont été écartés à dessein, pour montrer les divers feuillets aponévrotiques.

guë, et avec le bulbe urétral, dont elle est séparée par un espace de 5 millimètres environ, que remplissent les muscles profonds du périnée.

#### I. — INFLAMMATION DE LA PROSTATE.

L'inflammation de la prostate peut se montrer à l'état *aigu* ou à l'état *chronique*.

##### 1° Prostatite aiguë.

**Causes.** — L'inflammation aiguë de la prostate n'est pas rare; elle s'observe le plus souvent chez l'adulte; elle est causée par la blennor-