

cathéter qu'on sentait à travers la peau, jusqu'au voisinage de l'anus, a successivement divisé la peau et tous les tissus indurés jusqu'au niveau de l'urèthre.

Par une seconde incision, un peu oblique, on a ouvert la fistule mais sans qu'il fût possible d'arriver par elle à l'urèthre.

En effet, après avoir ponctionné l'urèthre sur le cathéter et avoir fait maintenir écartées ses deux parois, au moyen d'un fil de soie passé dans leur épaisseur avec une aiguille, on n'a pas pu suivre le canal dans sa partie rétrécie; son tissu se perdait dans la plaie.

L'opérateur s'est alors contenté de serrer de près, en incisant doucement, couche par couche, la ligne médiane, jusqu'au moment où il supposa que le rétrécissement avait été coupé.

La recherche du bout postérieur du canal devait être difficile. Ce n'est qu'après une série de tâtonnements que ce bout postérieur a pu être découvert par l'extrémité d'une sonde mousse qu'on appuyait légèrement sur les parties incisées.

Une sonde à bout coupé, de moyen calibre, est alors introduite dans la vessie et son extrémité antérieure est ensuite passée dans la partie antérieure du canal avec un fil conduit sur l'extrémité d'une autre sonde qu'on avait fait pénétrer par le méat.

Lotions antiseptiques, pansement indofilmé. Durée de l'opération : 20 minutes.

Aujourd'hui (15 janvier 1886), le malade, qui n'a présenté aucun accident consécutif à l'opération, est presque complètement guéri et la dilation, maintenue par un cathétérisme régulier, est largement suffisante pour assurer le résultat obtenu par l'uréthrotomie.



VINGT-HUITIÈME LEÇON

Hydrocèle enkystée de l'épididyme.

Observation du malade qui fait l'objet de cette leçon. — L'examen méthodique conduit au diagnostic de kyste du testicule, de kyste de l'épididyme.

Caractères présentés par ces kystes et qui les distinguent de l'hydrocèle de la tunique vaginale.

Théories émises sur leur formation. — Aspect spécial présenté par le liquide qu'ils contiennent.

Indications auxquelles ils donnent lieu.

Traitement.

MESSIEURS,

Nous avons ce matin examiné un malade de la salle 17, à qui j'ai dû, séance tenante, pratiquer une petite opération. J'étudierai les signes présentés par la maladie qui l'a conduit vers nous et ce qui, dans son anatomie pathologique, nous intéresse au point de vue clinique. Si simple que soit un cas d'hydrocèle enkystée de l'épididyme, vous devez lui donner toute votre attention.

Le malade, qui exerce la profession de chaudronnier, a quarante-sept ans; son histoire pathologique est peu importante : elle ne nous apprend rien sur ses antécédents éloignés. Nous savons seulement qu'il eut autrefois des accidents uréthraux précoces, puisque, à l'âge de quinze ans, il contracta une blennorrhagie, et eut même un chancre qui fut accompagné d'un bubon suppuré, et ne laissa après lui aucune trace de syphilis.

Les années suivantes se passèrent sans rien présenter d'anormal; mais il y a quatre ans, à la suite d'un violent effort, cet homme ressentit tout à coup une douleur aiguë dans la partie droite, douleur qui s'accompagna, peu d'heures après, de gonflement. Ces symptômes inflammatoires, rapidement apparus, persistèrent ensuite pendant plusieurs jours, et le malade dut garder le lit. Il était atteint d'orchite, et je crois que ni le diagnostic de la lésion, ni celui de la cause qui l'avait amenée ne peuvent être l'objet du moindre doute. Cette inflammation du testicule devait être liée à un vieux reste de l'urétrite ancienne ou d'un accident plus récent de même nature, car il y eut en même temps de fréquentes envies d'uriner et de l'hématurie.

Grâce au repos maintenu pendant assez longtemps, la période aiguë passa; mais le gonflement n'avait pas complètement disparu : le testicule restait volumineux. Loin de s'inquiéter, le malade, qui ne souffrait

plus, se considéra comme guéri et il reprit ses occupations.

Dernièrement, une indisposition légère le conduisit dans une salle de médecine de cet hôpital, et, comme il se plaignait alors, aux médecins qui lui donnaient des soins, d'éprouver une certaine gêne et quelquefois des douleurs dans la partie restée volumineuse, on le conduisit dans mon service, où il fut admis.

Quels étaient les signes présentés alors par cette affection ancienne, restée si longtemps silencieuse et n'ayant jamais amené qu'un peu de malaise et de vagues douleurs dans ces derniers temps? C'était d'abord un volume anormal de la partie gauche, un gonflement qui avait son centre à égale distance du cordon et de l'extrémité inférieure de la région scrotale... Il n'y avait ensuite aucun changement de coloration des tissus, et de prime abord la tumeur paraissait arrondie. Cependant, quand on l'examinait de plus près, on remarquait que lisse à sa surface, sphérique dans son ensemble, elle était allongée et comme constituée de deux parties juxtaposées; l'une supérieure, plus volumineuse; l'autre inférieure, plus petite, qui lui donnaient l'aspect cordiforme, ce qui, vu le verrez bientôt, est un caractère spécial attirant à lui seul l'attention sur une variété très spéciale des tumeurs liquides du testicule. Profondément, au-dessous des téguments restés libres, sans dilatations veineuses, sans altérations d'aucune sorte,

on pouvait encore retrouver une tumeur tout à fait libre dont les mouvements de glissement n'étaient entravés par aucune adhérence.

Dirigeant alors vos doigts plus profondément, pour leur faire apprécier les caractères intimes de la tuméfaction, vous trouviez de suite une fluctuation très sensible en haut, tandis qu'inférieurement, lui succédait une partie molle, évidemment formée par un organe solide. A la fluctuation correspondait une transparence absolue.

Ces divers caractères, Messieurs, suffiraient pour imposer le diagnostic de tumeur liquide, de kyste ou d'hydrocèle ; la transparence seule affirmait qu'une collection liquide, séreuse, en occupait la plus grande partie, mais certains traits spéciaux tels par exemple que la forme de la tumeur, nous rappelaient aussi que nous devions rechercher encore le siège précis de cet épanchement, de ce kyste.

Pour arriver à ce résultat, il a fallu préciser les rapports du testicule avec la collection.

Rappelez-vous bien que si la partie la plus saillante était sphérique, très volumineuse, il y avait au-dessous d'elle, tout à fait en bas et un peu en avant un relief oblong, plus irrégulier dans sa surface et surplombant pour ainsi dire la tumeur principale.

Cette petite saillie vous a aussitôt rappelé la configuration du testicule. Un autre signe vous l'indiquait encore : quand vous avez pressé sur la petite

tumeur, une douleur vive s'est produite avec tous les caractères de la douleur éprouvée dans les froissements, dans les contusions du testicule, et pour vérifier l'exactitude de ce dernier signe il a suffi de presser sur le testicule sain pour entendre dire au malade que la douleur était la même.

Ces premières constatations faites, Messieurs, vous avez cherché à mobiliser ces deux tumeurs l'une sur l'autre et vous avez vu qu'elles étaient fixées, étroitement unies. La conclusion s'imposait alors : le kyste dépendait du testicule. Mais où s'était-il développé ?

Certes, la glande elle-même avait sa configuration normale, on la retrouvait arrondie, lisse, régulière sous les téguments ; par sa partie supéro-postérieure seule, elle tenait au kyste. C'est qu'en effet, dans ce dernier point, on ne pouvait plus la délimiter : les éléments qui forment au-dessus d'elle un revêtement régulier, l'épididyme, se trouvaient effacés, dissociés et reprenaient seulement beaucoup plus haut leur disposition normale pour constituer le cordon.

Dès lors vous aviez les preuves nécessaires pour établir votre diagnostic et vous saviez qu'il s'agissait d'une tumeur liquide, née au centre même de l'épididyme et, du moment que le testicule restait libre et pouvait être facilement contourné avec les doigts, la pensée ne venait plus qu'il s'agissait d'une hydrocèle de la tunique vaginale.

Quelle est, en effet, la configuration de l'hydro-

cèle de la tunique vaginale? Elle est ordinairement piriforme, très régulière; son volume est souvent beaucoup plus considérable que celui du kyste que vous aviez sous les yeux. Chez elle, le testicule reste profondément caché, de toutes parts baigné dans la collection liquide.

Quelles différences la séparent de notre cas? Ici, forme sphérique du kyste, testicule saillant et placé tout à fait en bas; deux tumeurs, l'une liquide et l'autre solide, séparées nettement par un sillon, mais intimement unies.

Il n'était pas nécessaire d'insister davantage. Votre diagnostic était: hydrocèle du testicule, hydrocèle ou kyste du testicule et non pas du cordon.

Je vous rappelle, en effet, pour mémoire, que le cordon peut être, lui aussi, le sujet de collections liquides. Mais entre ces dernières et celle que nous étudions, il y a des différences bien nettes.

La tumeur que je viens d'opérer était fixée au testicule et au-dessus d'elle le cordon se dégageait avec sa longueur, son volume et sa forme ordinaires. Cela n'arrive jamais dans l'hydrocèle du cordon qui est toujours située bien plus haut, qui n'est pas aussi volumineuse et permet en général de retrouver avec ses détails anatomiques l'épididyme en arrière et au-dessus du testicule.

Vous arrivez donc, Messieurs, à cette conclusion forcée: hydrocèle ou kyste du testicule, mais pour-

quoi cette désignation mauvaise? Il est bien plus juste de dire: kyste de l'épididyme, puisque c'est là que la tumeur est née, restant étrangère d'une part à la tunique vaginale et de l'autre au cordon.

Après la ponction, il y a quelques instants, vous avez tous vu que le testicule était parfaitement sain, normal, qu'au-dessus de lui, les doigts sentaient une poche peu épaisse, flasque, revenue sur elle-même, formant une masse pâteuse assez distincte de l'épididyme qu'on pouvait encore retrouver, mais bien adhérente en avant avec sa tête. Là, tout était confondu, et on pouvait affirmer que les divers éléments de l'épididyme faisaient dans ce point corps avec le kyste qui les avait dissociés.

Cet examen, après l'intervention, vous retraçait un des caractères spéciaux de l'anatomie pathologique de cette affection. C'est en effet vers la tête de l'épididyme que les kystes se développent de préférence. M. le professeur Gosselin a signalé deux variétés de ces tumeurs liquides. Ce sont d'abord de petits kystes peu volumineux, gros comme un pois, se développant à la surface de l'épididyme, vers sa tête ordinairement, rarement sur le corps, remplis d'un liquide clair, transparent, d'une existence quelquefois éphémère, car ils peuvent s'ouvrir pour se ratatiner ensuite et ne laisser après eux qu'une cicatrice ou plus rarement une saillie qui végète et prolifère pour constituer une petite masse polypeuse.

Plus intéressants que ceux-là sont les grands kystes, les hydrocèles et kystes des testicules qui tiennent à un phénomène morbide très particulier. Ils se développent entre le testicule et l'épididyme vers sa tête, en la soulevant et en éparpillant plus ou moins les éléments qui la constituent. Ils peuvent avoir un volume très variable. Plusieurs d'entre vous se souviennent en avoir vu un bel exemple l'an dernier dans mon service : il était gros comme une belle orange ; mais ordinairement, ils ne franchissent guère les dimensions d'une noix, d'une mandarine.

Si le siège spécial de ces kystes est remarquable, leur contenu offre encore d'intéressants détails :

Tantôt le liquide est citrin, chargé d'albumine, comme celui de la tunique vaginale ; tantôt il est limpide, clair comme celui des hydatides ; tantôt, enfin, et c'est là le cas le plus intéressant, il présente une teinte opaline ; il est lactescent, blanchâtre, rappelant un peu l'eau de savon.

Celui que je viens d'enlever par une ponction est légèrement ambré, citrin, jaunâtre ; il ressemble par conséquent beaucoup à celui de l'hydrocèle vulgaire. On recherchera s'il contient de l'albumine. En somme, il ne présente pas le maximum d'intérêt que nous attendions après avoir formulé notre diagnostic. Généralement, Messieurs, quand ces kystes atteignent le volume assez considérable que vous avez vu chez

ce malade, il est rare que le liquide contenu ne soit pas opalin.

Cette couleur opaline est due à la présence du sperme, aux spermatozoïdes mélangés au liquide.

Il est intéressant de se demander d'où viennent les spermatozoïdes, comment ils sont contenus dans le liquides de ces kystes, car leur présence ne peut jamais être mise en doute : on les voit au microscope, on les voit même se mouvoir comme ils le font dans une préparation de sperme normal. Je ne veux pas discuter longuement les opinions diverses qui ont été émises sur cette intéressante question d'anatomie pathologique ; une énumération rapide seule convient ici.

Paget admettait une sécrétion hétérotopique, les parois du kyste pouvant, en raison du voisinage du testicule, acquérir certaines propriétés spéciales qui leur auraient permis de sécréter les éléments constitutifs du sperme, opinion déjà vieille, qui n'est plus admise aujourd'hui.

Liston a vu dans ces tumeurs le simple résultat d'une distension des canaux efférents. Mais, s'il en était ainsi, verrait-on la paroi de ces kystes revêtue d'une simple couche peu régulière d'épithélium plat ?

Deux autres opinions méritent une plus grande attention.

La première appartient au professeur Gosselin, qui parait, depuis un certain temps, y tenir moins que

par le passé. Elle considère les kystes à contenu spermatique comme résultant d'une première lésion qui serait la rupture d'un canal efférent; cette rupture amènerait donc l'invasion du sperme dans le tissu cellulaire, où il produirait une certaine irritation. A son tour, cette irritation provoquerait la condensation du tissu, et, plus tard, par un travail lent, la formation d'une cavité kystique. Le sperme agirait ainsi comme un corps étranger.

Outre, Messieurs, que cette théorie ne se trouve plus en accord avec les idées maintenant reçues sur la formation des kystes, je crois qu'elle ne suffit pas pour expliquer le développement des hydrocèles enkystées volumineuses. Et cependant il semble que quelques tumeurs kystiques ont été consécutives à des efforts, à des traumatismes, qu'en un mot la rupture a joué un rôle important dans leur développement.

Chez notre malade, au début, vous le savez, il y a eu parmi les circonstances qui ont paru présider au développement de son kyste un effort, suivi de douleur et de gonflement, mais il est, je crois, de bonne logique de penser qu'il s'agit alors vraiment d'une orchite, que le mécanisme dont je vous ai parlé ne fut pour rien dans ces premiers accidents inflammatoires et qu'il est enfin nécessaire de faire intervenir une autre cause.

Aujourd'hui, chirurgiens et anatomo-pathologistes admettent que ces kystes de l'épididyme prennent

naissance dans les vestiges du corps de Wolff qui, à cause de leur voisinage des canaux efférents du testicule, donnent facilement l'explication des particularités retrouvées dans l'anatomie pathologique.

A cause, en effet, de ce voisinage des canaux du testicule, un kyste, quand il se développe, peut user, perforer la paroi des conduits du sperme et ce liquide s'épanche dans la cavité kystique, pour se mélanger à son contenu en proportions variables. Ces interprétations reposent sur les recherches de Curling et de Quekett qui ont vu du mercure injecté dans le canal déférent, tomber dans la cavité des kystes.

Il ne me paraît pas probable que chez notre malade cela se soit produit, mais je n'affirme rien encore, comptant sur l'analyse qui sera faite pour dissiper tous nos doutes. Pour l'instant, je ne considère que les apparences du liquide recueilli dans cette éprouvette. Il est clair sans doute, mais déjà un dépôt un peu louche nous dit que peut-être nous pourrions avec l'aide du microscope retrouver quelques éléments du sperme. S'ils n'existent pas, cela prouverait simplement que, malgré l'origine certaine du kyste, la perforation des canaux spermaticques ne s'est pas produite.

Etant donné cette origine, cette longue durée de l'évolution, ces signes peu accusés, cette indolence habituelle d'une tumeur peu volumineuse, quel est son degré de gravité et que devez-vous faire quand un cas analogue vous est soumis?