

d'abord : préexistence des lésions tuberculeuses prostatovésiculaires, et progression de la tuberculose par l'intermédiaire du canal déférent, des parties profondes aux parties superficielles, de la prostate à l'épididyme d'abord, et ensuite au testicule.

Nous pouvons maintenant en déduire quelques conclusions pratiques.

II

De ces constatations découlent au point de vue thérapeutique deux notions également importantes : la première, c'est que la tuberculose testiculaire est une *tuberculose propagée*, la deuxième c'est que la tuberculose testiculaire est une lésion *primitivement épididymaire*.

1° La *tuberculose testiculaire est une tuberculose propagée*. C'est une localisation à deux foyers, et les interventions destinées à traiter la tuberculose du testicule ne seront jamais que des interventions partielles ; elles ne s'attaquent pas à la totalité des lésions, mais seulement à une partie ; elles suppriment la lésion du testicule, mais laissent intactes les tuberculoses profondes, et seule l'opération qui supprimerait à la fois le foyer profond et les foyers superficiels pourrait se vanter d'être proportionnée à l'étendue des localisations.

Cette opération de l'extirpation totale des voies génitales chez l'homme, comprenant la prostatectomie, la spermatoctomie, la déférentectomie et l'épididymectomie, est rarement indiquée. J'ai eu cependant l'occasion de la pratiquer récemment devant vous ; je vous rappelle dans quelles conditions.

Un jeune homme de vingt-quatre ans se présentait à nous vers le milieu du mois dernier avec une double épididymite tuberculeuse. Sans passé urétral, il avait vu l'épididyme gauche augmenter de volume quelques mois auparavant ; la tuméfaction peu à peu s'était accrue.

Et lorsqu'il se présentait à nous, nous trouvions ceci : un noyau épididymaire à gauche, indolent mais irrégulier, bosselé, se détachant nettement du testicule par une saillie accentuée. Le canal déférent est augmenté de volume, dur, hérissé de quelques bosselures. Le testicule droit est intact. En l'absence de toute blennorragie actuelle ou ancienne, c'étaient déjà des signes bien positifs en faveur de la tuberculose.

Le toucher rectal nous révélait des altérations profondes beaucoup plus accentuées que nous ne pouvions le supposer. La prostate était

de moyen volume, mais dure, et surtout irrégulière : sa moitié gauche était transformée en une masse d'injection, elle se continuait sans ligne de démarcation avec les vésicules séminales. Celles-ci, la gauche surtout, étaient énormes : elles formaient dans le rectum une saillie considérable, elles étaient dures et irrégulières, bosselées.

Tuberculose profonde et tuberculose superficielle : c'est la règle après tout, et il n'y a pas lieu de s'en étonner. Mais les lésions profondes m'ont paru si intenses ici que je n'ai pas cru pouvoir me conformer à ma pratique habituelle, qui est de respecter les lésions profondes. Celles-ci en effet progressent rarement, ne font pas souvent de fistules ; les opérations au contraire que j'y ai vu faire jusqu'alors ont presque toujours laissé à leur suite une suppuration prolongée ou une fistule persistante. Et ces deux raisons m'avaient toujours éloigné jusqu'ici d'intervenir par le bistouri sur la prostate ou les vésicules séminales.

Mais ici je me trouvais dans des conditions un peu spéciales : ces lésions étaient énormes, et il me paraissait illogique de faire quelque chose pour la tuberculose testiculaire sans toucher aux vésicules séminales. Je pensai qu'une intervention profonde, consistant dans l'ablation intégrale des parties atteintes, aurait d'abord l'avantage d'être une opération complète, de prévenir les complications ultérieures auxquelles ce malade restait exposé, enfin d'éviter la contamination très probable du côté droit.

Je me décidai donc à pratiquer chez ce malade l'extirpation presque totale des voies génitales, et l'opération eut lieu le 9 mai dernier.

Dans un premier temps, j'ai procédé à l'ablation de la prostate et des vésicules séminales. Le malade, placé en position du spéculum, fut endormi au chloroforme. Sur le périnée, entre l'anus et le bulbe de l'urètre, je fis une incision en X. Et au ciseau je séparai le rectum de l'urètre. De larges écarteurs placés dans la plaie me donnè-

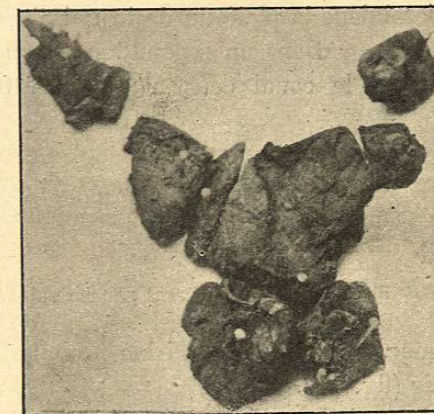


Fig. 39. — Prostate et vésicules séminales tuberculeuses (pièces enlevées au cours de l'opération).

rent un jour très considérable. Arrivé derrière la prostate, jusqu'aux vésicules séminales, j'incisai avec l'aponévrose prostatopérinéale leur gaine cellulo-fibreuse, et parvins à les isoler, à les séparer du tissu voisin, et enfin, à les faire basculer dans la plaie, la gauche d'abord, la droite ensuite. Après avoir lié l'extrémité profonde du canal déférent droit, séparé le déférent gauche de la vésicule correspondante, j'enlevai par morcellement les deux vésicules séminales avec la plus grande partie de la prostate (fig. 39). Dans cette dernière manœuvre, l'urètre fut ouvert sur la paroi inférieure et je dus placer une suture sur la brèche.

Après avoir placé les ligatures nécessaires, je reconstituai au-dessous de la vessie les couches musculaires du plancher pelvien, et laissai dans la plaie un drain qui allait jusqu'au-dessus du releveur.

Dans un second temps, on enleva l'épididyme gauche et le canal déférent; celui-ci fut obtenu dans toute sa lon-

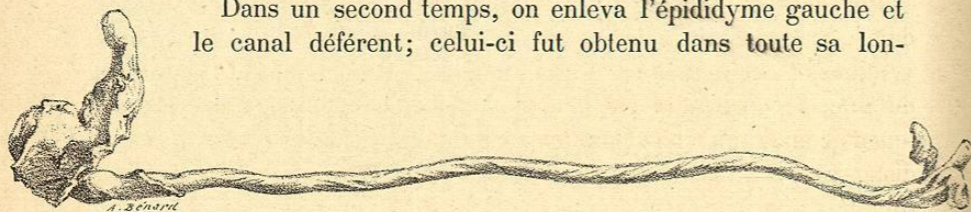


Fig. 40. — Canal déférent gauche enlevé en totalité avec l'épididyme.

gueur, grâce à une incision prolongée jusque dans la région inguinale (fig. 40).

Le malade a d'abord très bien supporté l'opération : au quatrième jour, cependant, il eut une crise de diarrhée, qui a réalisé l'infection de la plaie et a nécessité la désunion de deux ou trois fils. Mais j'espère que malgré cela, la guérison s'obtiendra dans de bonnes conditions¹.

Ces opérations de spermatoctomie sont encore très peu nombreuses; nous ne sommes fixés ni sur leurs résultats, ni sur leurs indications. Dans les cas où, comme ici, elles s'adressent à des altérations considérables des vésicules séminales, elles sont très rationnelles, et je crois que dans l'avenir nous aurons à les pratiquer plus souvent.

Mais lorsque, comme il arrive si souvent, on ne trouve au toucher

1. Le malade a guéri. Une infection secondaire de la plaie a causé, vers le huitième jour, une hémorragie abondante; on a dû tamponner la plaie. La guérison s'est faite lentement; pendant longtemps, il a persisté une petite fistule urinaire. Revu en octobre, le malade n'avait plus qu'une petite fistulette laissant passer seulement quelques gouttes d'urine.

rectal que des lésions minimes, on peut les négliger au point de vue chirurgical, ne s'adresser qu'au foyer superficiel et prédominant; on ne fait alors qu'une opération partielle : qu'importe, si elle est suffisante?

2° La tuberculose testiculaire, ai-je dit, est une tuberculose primitivement épididymaire; c'est-à-dire que dans la tuberculose génitale, le testicule est longtemps respecté, les lésions ne s'étendent que tardivement aux testicules, et quand elles s'y étendent, elles sont toujours plus accentuées sur l'épididyme et même sur le canal déférent. D'où je tire cette conséquence pratique : la castration est inutile, et si une opération pouvait supprimer l'épididyme sans toucher au testicule, elle devrait lui être préférée.

Plusieurs interventions sont, vous le savez, applicables à la tuberculose testiculaire; je laisse de côté, pour l'instant, les petites interventions, la cautérisation, l'ignipuncture, les injections de chlorure de zinc, le curettage des foyers et des abcès tuberculeux. En ne tenant compte que des opérations sanglantes, il en reste trois à notre disposition : la ligature du cordon, la castration, l'épididymectomie.

La ligature du cordon¹ a été récemment proposée et pratiquée par mon collègue et ami Mauclair; en liant le cordon au-dessus d'un testicule tuberculeux, il cherche l'atrophie des lésions tuberculeuses, il veut fermer la porte à la propagation de la tuberculose à l'autre testicule; il espère enfin faire rétrocéder les lésions vésiculaires et prostatiques préexistantes. Ces opérations ne datent que d'hier, nous n'en connaissons que les résultats immédiats, mais seuls les résultats éloignés nous intéressent. J'attendrai donc pour juger la méthode d'en savoir la valeur thérapeutique.

Je ne puis cependant m'empêcher de faire à ce sujet quelques remarques : la propagation à l'autre testicule ne saurait être entravée par une ligature placée sur le cordon, au-dessus d'un épididyme tuberculeux, pour cette raison que la propagation de la tuberculose se fait non d'un testicule à l'autre, mais de la prostate au testicule. Je pratique au contraire la ligature du cordon avant toute lésion épididymaire, je fais une ligature préventive, une ligature qui empêche la propagation des lésions du fond vers la superficie. Mais je ne

1. Mauclair. Traitement de la tuberculose épididymo-testiculaire par les ligatures et les sections des éléments du cordon (Annales des maladies des org. gén. urin., 1899).

comprends pas, ou je comprends moins une ligature placée pour modifier une tuberculose établie. Et quant à la rétrocession des lésions vésiculaires et prostatiques préexistantes, je n'y ai pas non plus grande confiance; la rétrocession ne viendra pas plus avec la ligature du cordon qu'avec l'épididymectomie.

Ces réserves étant faites, nous restons en présence de deux opérations, la castration et l'ablation de l'épididyme. Et il me sera facile de vous montrer la supériorité de cette dernière.

La *castration* est radicale en ce sens que supprimant tout le testicule elle empêche de ce côté la continuation de la tuberculose. Mais malgré cela, elle n'est que partielle, puisqu'il reste dans le fond des lésions sérieuses d'où dépend l'extension de la tuberculose à l'autre testicule. Aussi bien ne croyez plus à l'efficacité de la castration contre la tuberculose de l'autre côté; c'est une illusion. Après la castration, la récurrence est la règle.

Récurrence : sur ce malade que je voyais l'an dernier et qui amputé par Chaput du testicule droit, présente, six mois après, sur le testicule gauche des lésions nouvelles, émanation d'une tuberculose prostatovésiculaire énorme!

Récurrence : sur ce malade que je vois en janvier dernier et à qui Arrou faisait, six mois avant, la castration à gauche pour tuberculose; il n'avait rien alors au testicule droit, et cinq mois ne s'étaient pas passés que celui-ci se prend à son tour, s'abcède et se fistulise! Ici encore les lésions profondes sont importantes et datent de loin.

Récurrence enfin : sur le malade que je vous montrais hier; il n'a pu lui aussi jouir qu'une année à peine de l'efficacité apparente d'une mutilation excessive, et la récurrence vient aujourd'hui lui enlever toute illusion à ce sujet.

Chez ces récidivistes, Messieurs, allez-vous enlever maintenant ce testicule nouvellement lésé? Allez-vous ajouter à la castration partielle la castration totale, et leur supprimer tout ce qui peut encore leur rappeler leur virilité déchu? Vraiment, ce serait exiger beaucoup pour un bénéfice incertain.

Aussi bien, la castration dans la tuberculose est pour moi jugée : opération de nécessité, à subir mais non à rechercher, elle devra le plus souvent céder le pas à l'épididymectomie, qui vaut beaucoup mieux et coûte beaucoup moins cher.

L'*épididymectomie* a ce triple avantage de supprimer la lésion, de conserver la forme et de maintenir la fonction.

Elle supprime la lésion quand l'épididyme est seul altéré, et que le testicule n'est pas encore envahi; elle supprime toute la lésion extérieure et gênante, car s'il y a lieu, rien ne s'oppose à ce qu'on enlève avec l'épididyme une partie plus ou moins étendue du canal déférent.

Elle conserve la forme; le testicule reste, s'atrophie peu ou ne s'atrophie pas; j'ai vérifié sur mes malades cette intégrité relative du testicule, et bien qu'il ne reste en fait qu'un testicule moral, c'est déjà quelque chose.

D'ailleurs, l'épididymectomie maintient la fonction; le testicule même privé de son canal excréteur, continue cette sécrétion interne, si utile à l'organisme, et il est une grande différence entre un castré et un individu qui, quoique privé de ses épididymes, a gardé ses testicules. L'un est devenu un eunuque; l'autre est capable de désirs, d'érections comme il l'était avant. Et cette différence des malades est tellement appréciable que j'y vois une raison suffisante pour préférer l'épididymectomie dans les tuberculoses bilatérales comme dans les tuberculoses unilatérales.

La tuberculose est-elle bilatérale, en effet? c'est là surtout qu'il est indispensable de ne pas priver le malade de ses deux testicules; c'est là que l'épididymectomie réclame ses droits. Et si un seul testicule est pris, n'enlevez pas l'autre non plus, car vous ne savez jamais si vous ne serez pas obligé de faire la même opération de l'autre côté.

L'épididymectomie au contraire peut se faire des deux côtés, simultanément ou successivement; et quoi qu'il en arrive, le malade conserve avec la forme extérieure, un peu de sa vigueur passée, et avec elle toute la satisfaction morale qui en résulte naturellement.

Voilà, Messieurs, pourquoi et comment la suppression de l'épididyme est de beaucoup supérieure à la castration. L'épididymectomie est donc l'opération de choix, la castration restera une opération de nécessité. Elles ont d'ailleurs l'une et l'autre des *indications* que je vais passer en revue.

III

Contre la tuberculose testiculaire, il n'y a pas à intervenir toujours. Un grand nombre de ces lésions sont susceptibles de s'améliorer sen-

siblement sous l'influence du traitement général, et plus particulièrement du traitement salin par les eaux chlorurées sodiques. Grâce à ce traitement, prolongé et répété s'il y a lieu, les lésions restent stationnaires et rétrocedent avec le temps.

Le noyau épидидymaire ne disparaît pas, mais il se condense, il durcit, car la tuberculose ne peut guérir que par transformation fibreuse ; et le noyau fibreux marquera pour toujours la place qu'a envahie le bacille tuberculeux ; mais la tuberculose est éteinte, elle est guérie.

Ne vous pressez donc pas de parler d'opération : le traitement chirurgical ne doit être qu'un traitement d'exception.

Respectez les tuberculoses torpides, sans progression, sans ramollissement, sans fistule, même à l'hôpital.

Respectez de même les tuberculoses aiguës, qui simulent l'orchite blennorrhagique, traitez l'inflammation elle-même et attendez. A attendre, il n'y a qu'à gagner avec le concours assuré d'un traitement général bien conduit.

Tout au contraire, l'opération devient nécessaire d'abord pour les tuberculoses fistuleuses. Les fistules accusent l'évolution, indiquent la progression ; elles sont d'ailleurs une porte ouverte aux infections secondaires, qui, ici comme ailleurs, hâtent l'extension des lésions tuberculeuses. Les indurations se propagent et s'étendent, et il est rare de voir sans intervention les lésions rétroceder et les fistules se tarir.

L'opération est encore indiquée pour les tuberculoses qui résistent à un traitement général bien conduit, qui progressent malgré lui ; elle est indiquée pour les grosses lésions à cause même de leur volume, et même pour les petites lorsqu'elles sont gênantes ou qu'elles préoccupent.

Les lésions de la prostate et des vésicules ne sont pas une contre-indication, car elles existent presque toujours. Je n'oserais pas affirmer que l'opération aura sur elles une influence régressive. Mais par elles-mêmes, ces lésions sont peu actives, ont peu de tendance à faire des abcès.

D'ailleurs, si elles sont volumineuses et importantes, pourquoi ne pas les attaquer elles-mêmes, mais à la condition de faire une opération complète, c'est-à-dire de les enlever totalement. Ici, pas de grattage, pas d'opération partielle, car il en résulterait une fistule durable ; ici l'opération sera complète ou ne sera pas.

Les lésions du canal déférent ne font qu'ajouter, quand elles sont

évidentes, une indication particulière au traitement. Il faut le supprimer, et j'ai l'habitude d'enlever le plus possible du canal déférent, de dépasser même les limites du canal inguinal de manière à en enlever la plus grande étendue possible.

Je pousse donc, vous le voyez, Messieurs, le désir de la conservation du testicule jusqu'à ses extrêmes limites. Je ne l'enlève que quand il est absolument impossible de faire autrement. J'enlève d'abord l'épididyme et le déférent ; j'inspecte le testicule ; si j'y vois quelque propagation, je la poursuis de la curette et du thermocautère. Et je ne supprime au fond que les testicules profondément altérés, alors que les lésions sont tellement étendues, qu'il est impossible de faire autrement. L'opération débute toujours par une épидidymectomie ; elle finit parfois par une castration, c'est une nécessité que je subis, mais je cherche toujours à l'éviter.