

par le cathétérisme, sont des symptômes communs à un grand nombre d'affections. L'examen bactériologique du pus urétral et surtout l'exploration des vésicules et de la prostate par le toucher rectal, rendent les plus grands services. Les cystites chroniques, calculeuses, tuberculeuses, le cancer de la vessie; l'hypertrophie simple, les kystes et les calculs de la prostate; la spermatocele doivent être rapidement passés en revue. J'insisterai seulement sur le diagnostic de la tuberculose vésiculo-prostatique avec le cancer des organes correspondants et l'uréthro-prostatite chronique ou blennorrhagique.

Le cancer de la prostate est observé le plus fréquemment de 50 à 70 ans, mais peut se rencontrer dans la première enfance (la tuberculose de l'organe n'est pas de ces âges). Dans son évolution rapide, il se caractérise par de la dysurie; des hématuries abondantes; l'issue, par l'urètre, de détritiques néoplasiques reconnus au microscope; des douleurs profondes et tenaces, localisées et irradiées; des adénites inguinales, et l'altération profonde de l'état général. — Quant au cancer de la vésicule, il est presque toujours secondaire, il s'observe chez les hommes qui ont dépassé l'âge moyen.

L'urétrite blennorrhagique chronique, avec prostatite, avec vésiculite, se traduit par la fréquence des mictions et par un écoulement blanchâtre. ce sont des signes d'uréthro-prostatite bacillaire. Le diagnostic est souvent délicat; car, suivant la majorité des auteurs, cette blennorrhée gonococcique n'exclut pas la tuberculose, au contraire. Il faut examiner le pus, toucher les vésicules, palper les testicules, ausculter les sommets des poumons, rechercher les antécédents personnels de même ordre, etc.

L'orchite tuberculeuse ne peut, dans les premiers jours, être distinguée de la blennorrhagique, même si elle survient chez un phtisique, par exemple; car celui-ci peut faire une orchite-épididymite à gonocoques, tout comme un autre. Plus tard, le diagnostic différentiel sera établi grâce aux signes suivants. Dans l'orchite-épididymite blennorrhagique, l'épididyme est lisse, en cimier de casque; le testicule indemne; le canal déférent en porte-plume; la prostate enflammée et douloureuse, comme la

vésicule; l'écoulement urétral est abondant; les mictions sont douloureuses, le pourtour du méat est rouge; dans le pus, on trouve des gonocoques; la suppuration de la glande est exceptionnelle et, quand elle existe, la cicatrisation de la plaie est constante; l'état général reste bon, bien que le malade soit souvent déprimé. L'orchite-épididymite tuberculeuse aiguë est très rare; l'épididyme est bosselé et l'on trouve souvent des noyaux tuberculeux sur l'épididyme du côté opposé; le testicule est plus gros et irrégulier; le canal déférent est moniliforme; dans la prostate et la vésicule, il existe des nodosités; l'écoulement urétral est moins abondant que celui de la blennorrhagie; la douleur à la miction est beaucoup moindre; le pourtour du méat n'est pas rouge; les hématuries prémonitoires de la tuberculose génito-urinaire sont fréquentes; dans le pus, on trouve le bacille de Koch; l'inoculation aux cobayes est positive et l'examen cystoscopique de la vessie peut fournir de précieuses indications; l'épididyme suppure rapidement et devient le point de départ de fistules interminables; l'état général est fort compromis, le malade est surtout un phtisique ou présente d'autres localisations.

L'orchite-épididymite chronique blennorrhagique respecte le testicule, la prostate et les vésicules; le déférent, à son origine, est rigide. Quant à l'épididyme, il présente, au niveau de la queue, une induration piriforme, en dehors de la boucle du déférent. Cette boucle n'existe pas, suivant Reclus, dans l'orchite-épididymite tuberculeuse chronique, à cause de la présence d'un noyau tuberculeux; d'autres noyaux s'échelonnent le long du déférent. Enfin, la chaude-pisse s'accompagne volontiers de rhumatisme monoarticulaire et de manifestations sur les séreuses.

Le testicule tuberculeux ne sera pas confondu avec le testicule syphilitique. Celui-ci est indolore; s'il existe une nodosité épididymaire, elle se trouve dans la tête de l'organe. Les gonges suppurrées siègent en avant; les abcès tuberculeux se fistulisent en arrière. Et puis, il y a tous les stigmates de la spécificité. Cependant, il y a des cas où l'examen bactériologique seul permet de lever tous les doutes (DUPLAY).

« Quand un malade se présente avec une tumeur du testicule qu'on soupçonne être des tubercules, le repos et les cataplasmes améliorent toujours un moment la tumeur; si l'effet de ces médications est nul, si le malade est pâle, si ses fonctions génésiques sont troublées, elle peut se rapporter à un cancer aussi bien qu'à des tubercules, mais un léger écoulement a une certaine signification en faveur de tubercules. Il en est de même des écoulements de sperme sanguinolent, mais ces deux accidents sont si rares qu'on ne peut fonder sur eux un diagnostic.

Lorsqu'on est dans le doute entre un cancer et des tubercules, s'il survient du côté du col de la vessie une inflammation, il est probable que la tumeur est constituée par des tubercules, car la lésion vésicale se rapporte à des tubercules prostatiques.

On enlève aujourd'hui encore, de temps en temps, des testicules tuberculeux, croyant qu'ils sont cancéreux, mais c'est surtout quand le mal a débuté par le testicule. Dans ce cas, en effet, les signes de tubercules pulmonaires manquent. En interrogeant les antécédents des malades, leur genre de vie, on arrive quelquefois à trouver les conditions de la tuberculisation, ce qui est un indice; mais, il est de meilleurs signes. Les testicules tuberculeux sont toujours peu volumineux; quand ils simulent des cancers, ils offrent une consistance moins grande pour un volume égal, car ce n'est que quand les indurations sont petites qu'elle sont dures. S'il s'agit d'une tuberculisation aiguë des organes génitaux, le mal a marché plus vite qu'un cancer; s'il s'agit de tubercules à marche lente, le cancer s'est développé plus vite; enfin, dans la première condition, le mal peut avoir commencé par une orchite.

Lorsqu'il y a une hydrocèle et une tumeur du testicule de nature douteuse et qu'on hésite entre un cancer et des tubercules, on fait une ponction et l'on examine plus librement la tumeur. De cet examen il résulte quelquefois des signes locaux qui précisent le diagnostic. La tunique vaginale offre des épaisissements, des ossifications, des cartilaginifications, si l'on peut ainsi dire, comme toutes les membranes

fibreuses; on reconnaît ces états à une hydrocèle ancienne, dont on sent les parois dures, crétaées, et quand le liquide de l'hydrocèle est évacué, on arrive quelquefois à palper les corps durs roulant sur le testicule et qui sont des corps mobiles de la tunique vaginale; il n'est pas difficile de les reconnaître; le toucher qui permet de constater leur dureté et leur mobilité en dit assez au chirurgien (A. DESPRÉS).

8° Traitement de la tuberculose génitale. — Ce traitement est double, général ou médical, local ou chirurgical. En ce qui concerne le traitement général, je conseille au médecin d'avoir recours à l'excellente pratique de RECLUS.

« En premier lieu, pendant les cinq mois les plus froids de l'année, nous prescrivons l'huile de foie de morue et nous ne craignons pas d'en élever les doses jusqu'à sept ou huit cuillerées à soupe par jour, qui, prises dans les bières fortes d'Angleterre et de Hollande, sont beaucoup plus facilement acceptées par l'estomac; on les augmentera progressivement; au début, une cuillerée est versée dans de la bière mousseuse; l'huile moins dense vient se placer entre la bière et la mousse, et on l'avale sans s'en douter. Peu à peu, on augmente la dose, sauf dans les cas où les susceptibilités de l'estomac ou de l'intestin sont excessives.

« Nous donnons d'ordinaire, aussi bien l'été que l'hiver, une petite quantité d'iodure de sodium; chaque matin notre malade doit prendre, dans une tasse de lait tiède, préalablement bouilli, une cuillerée à café de la solution suivante :

Iodure de sodium.. . . .	2 grammes.
Bromure de sodium.	} à 10 —
Chlorure de sodium.	
Eau.	100 —

« L'usage doit en être longtemps continué; d'ailleurs, cette tasse de lait salé n'a rien de désagréable et tient lieu de premier déjeuner; il est indispensable, en effet, pour que cette petite dose agisse sur l'organisme, de l'absorber absolument à jeun.

« Pour peu que notre malade ait maigri, qu'il mange peu ou mal, ou avec dégoût, nous employons volontiers la poudre de

viande, selon la méthode de DEBOVE; le commerce en livre qui est à peu près sans odeur. La préparation en est des plus simples et les patients apprennent à mettre 25 grammes de poudre délayée avec un peu d'eau froide dans une tasse de lait chaud; on ajoute une cuillerée de rhum ou de curaçao, de cognac, de kirsch, de sucre vanillé, et on prend cette mixture au milieu du repas, comme entremets; on peut encore masquer la poudre de viande dans le lait par un verre à liqueur de punch au rhum et deux verres à liqueur de thé. Nous insistons aussi sur le beurre, les œufs frais gobés presque crus en dehors des repas. Et, d'habitude, ce régime rend la force et l'embonpoint primitifs.

« Matin et soir, frictions sèches sur tout le corps avec le gant et la ceinture de crin; le malade doit se frotter pendant cinq ou dix minutes; la marche, l'équitation même nous semblent bons, mais il faut soutenir les testicules avec le plus grand soin pour éviter tout froissement, le moindre heurt qui pourrait être cause d'une poussée tuberculeuse nouvelle. Nous avons la plus grande confiance dans les eaux chlorurées sodiques, et en particulier dans celles de Salies-de-Béarn, dont on connaît la richesse exceptionnelle. Nous y envoyons nos malades de préférence en mai et en septembre, laissant, entre les deux voyages, un intervalle de deux à trois mois. »

Ce traitement général est indiqué dans tous les cas de tuberculose génitale; mais il est loin d'être suffisant et il ne faut pas toujours en attendre des merveilles. Lorsqu'il s'agit, en particulier, d'une glande suppurée et fistulisée, il ne faut plus compter que sur le traitement local pour sauver l'organe et le malade.

Ce traitement local vient d'être longuement discuté à la Société de chirurgie. De ces discussions, la lumière a jailli et, à l'heure actuelle, la question de l'intervention est réglée.

Bien des procédés sont mis en avant; on peut les classer de la façon suivante:

Les uns agissent sur les parties malades seules.

D'autres suppriment radicalement un ou plusieurs segments des voies spermatiques.

D'autres, enfin, enlèvent la glande génitale.

Par rapport au testicule, qui, dans la circonstance, est l'organe intéressant, les procédés des deux premiers groupes sont des procédés de *conservation*; les procédés du dernier groupe sont des procédés de *suppression*.

À l'heure actuelle, les procédés de conservation constituent la thérapeutique ordinaire de la tuberculose génitale et de la tuberculose orchio-épididymaire en particulier. Les procédés de suppression, et, entre autres, la castration, sont réservés pour des indications spéciales.

Voici un testicule et un épидidyme bourrés de noyaux caséux, dont quelques-uns même sont suppurés et s'ouvrent à l'extérieur. La glande du côté opposé, les vésicules et la prostate semblent saines; il s'agit, apparemment, d'une tuberculose locale; nous en craignons la propagation et la généralisation; faisons la castration et tout danger sera conjuré.

Telle est la loi que Terrillon a posée en 1881, après deux succès. La castration, en vogue autrefois, est aujourd'hui délaissée; c'est à bon droit et voici pourquoi:

Partons de ce principe que la tuberculose testiculaire primitive est exceptionnelle; que, le plus souvent, elle est précédée ou accompagnée, anatomiquement sinon cliniquement, par des lésions analogues des voies génitales du même côté et du côté opposé. Tous les auteurs sont d'accord sur ces faits.

Donc, faire la castration pour une glande qui présente des altérations apparentes, c'est enlever seulement une partie du mal. Et le processus morbide, qui a évolué jusque-là, de façon latente, au niveau des autres parties génitales, apparaît à son tour, comme si de rien n'était.

Reynier prétend que la castration a pour effet, non seulement de supprimer la glande malade, mais encore de réagir à distance sur la prostate, en décongestionnant cette dernière, ainsi que cela se passe dans la ligature des déférents pratiquée contre l'hypertrophie et la prostate.

Mais il reste encore un testicule qui pourra établir la compensation. Et puis, cette décongestion est transitoire; d'ail-

leurs, cette modification vasculaire peut être constatée à la suite de la simple cautérisation de la glande. Enfin, pour certains auteurs, la castration donne un coup de fouet aux lésions qui subsistent, comme, en maintes circonstances, les interventions qui s'adressent à des tumeurs malignes.

La castration n'a pas seulement contre elle d'être une opération incomplète, mais encore elle offre le grave inconvénient de supprimer, entièrement et de parti pris, un organe dont la présence est indispensable pour l'intégrité du système nerveux et de l'organisme.

Je n'insiste pas sur la sécrétion externe de la glande, bien que ce soit chose à considérer.

Mais le testicule est le point de départ de réflexes, dont la destruction immédiate et radicale jette un trouble profond dans les fonctions nerveuses. A la conservation de l'équilibre de l'organisme concourt également la sécrétion interne de l'organe. Dans le service de GUELLIOT, j'ai observé un prostaticque atteint de troubles cérébraux graves, à la suite d'une double ligature des déférents.

Il y a bien l'autre testicule qui peut compenser la perte de celui qui n'est plus. Mais ce testicule se prend à son tour; peut-être, est-il déjà très altéré, sans qu'on s'en doute, et, dans un délai rapide, les troubles nerveux apparaîtront, ainsi que ces désordres qui succèdent à l'ablation même partielle des glandes vasculaires sanguines, telles que le corps thyroïde et les capsules surrénales.

Ce n'est pas tout. Après une longue tristesse, causée par l'aspect d'un scrotum « enveloppé de cataplasmes » suivant l'expression de DEVILLE, le malade, guéri, sera heureux de constater que ses deux testicules lui restent. Il en est un qui ne vaut pas cher, c'est vrai; mais c'est un « testicule moral »; il est bien à lui, il le préférera même à un organe artificiel.

Conservons donc le testicule.

Coupe-t-on le bras parce qu'on a une tumeur blanche du coude? Coupe-t-on la jambe, parce qu'on a une tumeur blanche du genou? demande judicieusement BAZY.

I. PROCÉDÉS DE CONSERVATION TESTICULAIRE. — Dans l'énumé-

ration de ces différents procédés¹, j'irai du simple au compliqué.

1^o *Pratique de Routier*. — Je tiens à faire connaître l'excellente méthode du chirurgien de Necker.

Au point de vue du traitement, les testicules tuberculeux sont classés en trois catégories, suivant la période d'évolution du mal, sans tenir compte de l'état général, ni de l'état des voies urinaires.

Dans une première catégorie, sont rangés les malades qui n'ont que des nodosités épididymaires ou funiculaires; dans une seconde catégorie, les malades qui ont déjà un ou plusieurs abcès; dans une troisième catégorie, ceux qui ont une ou plusieurs fistules ou qui sont porteurs d'un fongus.

Pour les malades de la première catégorie, proscrire tout traitement chirurgical; faire porter un suspensoir ouaté et instituer un traitement général.

S'il existe des abcès, les ouvrir largement au thermocautère, en griller les parois, et, au cours de la guérison, toucher au chlorure de zinc les parois bourgeonnantes, si elles paraissent suspectes, jaunes ou couenneuses.

Brûler le trajet des fistules; abraser la partie herniée et cautériser la surface de section, dans les fongus.

2^o *Pratique de Quénu* (Curettage suivi ou non de réunion). — Qu'il s'agisse de tubercules ramollis ou non, QUÉNU met le foyer à nu au moyen d'une incision; puis, avec une curette, il extirpe les foyers caséux, aussi bien les noyaux suppurés que les parties indurées par l'envahissement de la

1. MAUCLAIRE, dans un article récent, préconise le traitement des tuberculoses épididymo-testiculaires par les ligatures du cordon spermatique. La section des vaisseaux et des nerfs (celle du canal déférent se modifie pas le processus pathologique) peut entraîner la réduction de l'organe hypertrophié et la régression des lésions. C'est le principe général des ligatures vasculaires atrophiantes (HARVEY), appliqué à un cas particulier. L'avenir nous dira ce que vaut, pour la tuberculose génitale, une méthode qui, pour les tumeurs malignes du testicule, n'a donné que des résultats négatifs. MAUCLAIRE, indépendamment des ligatures, traite l'affection par les procédés classiques de conservation.

tuberculose. La plaie, ainsi nettoyée, est cautérisée au chlorure de zinc; puis, si les parties molles sont saines, on réunit par première intention; dans le cas contraire, on se contente de tamponner la plaie avec de la gaze iodoformée et l'on attend la réunion secondaire.

3° *Pratique de Duplay* (Ablation du foyer tuberculeux au bistouri). — « Cette méthode consiste à attaquer le foyer tuberculeux dans toute l'étendue qu'il occupe, sur le testicule ou sur l'épididyme, et à l'énucléer dans sa totalité jusqu'au tissu sain inclusivement. Le manuel opératoire en est fort simple. Au moyen d'une incision, ayant une longueur et une direction convenables, on aborde le tuberculome et on le dissèque, comme on le ferait pour une tumeur quelconque, sans se préoccuper des parties périphériques. Grâce à cette dissection, on peut isoler complètement et enlever le foyer tuberculeux. Si ce foyer est suppuré, on pratique l'extirpation de la poche tuberculeuse, dans toute son étendue, et celle des trajets fistuleux, s'il en existe. Si la tuberculose siège dans l'épididyme, il ne faut pas hésiter à séparer cet organe du canal déférent; si le tubercule siège dans le testicule, on devra inciser l'albuginée et le tissu sain de la glande pour aborder le néoplasme et en pratiquer l'énucléation. Après l'ablation des parties malades, l'albuginée est réunie avec du catgut fin, de façon à contenir ce qui reste de substance testiculaire et, par-dessus, la peau est suturée. »

4° *Épididymectomie* (BARDENHAUER, VILLENEUVE, DUPLAY, HUMBERT, TILLAUX, LEJARS). — L'épididymectomie est en général associée à la funilectomie totale ou partielle.

Les avantages de cette opération sont les suivants : conservation des testicules et absence d'atrophie de ces derniers; conservation du désir et de la puissance génitales; intervention facilement acceptée par les malades (PLATON).

J'exposerai le manuel opératoire de Bardenhauer. « Tout d'abord, il faut déterminer, par une palpation soigneuse, la limite exacte entre l'épididyme et le testicule. Ceci est important pour ne pas léser le testicule. Ensuite, l'opérateur, placé du même côté que l'épididyme à extirper, saisit le testicule

et le retourne de façon que l'épididyme regarde en haut et en avant.

« On fait alors une incision sur le côté externe du scrotum, à la limite de l'épididyme et du testicule, d'une longueur de 1 ou 2 pouces, parallèlement au sillon sus-indiqué. On sépare aussi la peau, le dartos, jusqu'au niveau de l'épididyme.

« A l'extrémité supérieure de la tumeur, qui se trouve dans la position où la maintient l'opérateur, sur son bord antérieur et dans la région de la queue où les vaisseaux ne sont pas en rapport avec le testicule, on pénètre jusqu'à la tunique albuginée de l'épididyme. On procède ensuite à l'ablation sous-séreuse de l'épididyme dans toute sa longueur, à l'aide de deux incisions parallèles; au niveau de la tête, la vaginale est ouverte pour ne pas léser les vaisseaux. L'ablation de l'épididyme se fait facilement, même si la tête est infiltrée. Après la séparation du corps du testicule, je saisis le canal déférent et je le libère avec le doigt, minutieusement, du tissu vasculaire voisin. Je tire sur lui fortement et je le résèque aussi haut que possible. Si la tunique vaginale, ainsi que la tunique albuginée, ont été ouvertes au cours de l'opération, elles sont suturées au catgut. Petit drain dans la cavité vaginale. Suture de la capsule de l'épididyme et drainage de la cavité. Suture du scrotum. Pour drainer, on peut employer la gaze iodoformée ».

VILLENEUVE désinsère l'épididyme au thermocautère, examine, par la même occasion, l'état de la glande séminale qu'il traite en conséquence. Pierré Delbet n'hésite pas à la fendre comme on fend le rein.

5° *Spermatocystectomie*. — Sur la région vésiculo-prostatique, le chirurgien peut agir par *ponction* rectale ou périnéale (COCK, KOCHER, LLOYD), par *incision* rectale ou périnéale (spermatocystotomie — BILFELD), par *excision* suivant la voie inguinale, périnéale ou sacrée.

La spermatocystectomie par voie *sacrée* a été suivie depuis quelques années (SCHEDE, BILLROTH, RONTIER, de FÜLLER). Cette voie donne une large ouverture (procédés de KRASKE, HOCHENEGG, ROSE, RYDYCIER), mais se complique d'accidents sérieux tels que hémorragies, gangrène, fistules.

La spermaticostomie par voie *inguinale* a été préconisée en 1891 par VILLENEUVE.

« L'incision de la castration est prolongée jusqu'à l'orifice inguinal. On tire alors progressivement sur le canal déférent, comme on le fait sur le ligament rond dans l'opération d'Alexander, et on effondre peu à peu, avec l'index, la paroi postérieure du trajet, en se guidant sur la saillie de ce canal. On peut aussi inciser, si c'est nécessaire, un des piliers de l'anneau. On arrive ainsi à décoller le cordon en suivant la paroi latérale de la vessie. Le doigt reconnaît bientôt la base de la prostate et, au-dessus, la vésicule qu'il accroche et détache. Il faut prendre garde, à ce moment, de tirer trop fort sur le cordon qui se rompt facilement à son abouchement sur la vésicule, ce qui m'est arrivé plusieurs fois à l'amphithéâtre. Si l'ablation de la vésicule offre quelques difficultés, on laisse quelques débris, il sera facile de les enlever à la curette. »

Cette méthode, malgré VILLENEUVE, malgré POIRIER, n'a aucune valeur pratique, suivant l'expression de de FÜLLER. Tout d'abord, elle est d'application difficile et se complique d'accidents de gravité variable, tels que rupture du déférent, perforation du péritoine, vaste décollement terminé par une cavité en contre-bas, difficile à drainer.

La spermaticostomie par voie *périnéale* est l'opération de choix. Parmi les différents procédés (ZUCKERKANDL, VON DITTEL, WÖLFLE, ROUX, QUÉNU, GUELLIOT), je choisirai celui de GUELLIOT.

« 1° Malade dans la position de la taille, sonde dans l'urètre ;

« 2° Incision prérectale curviligne, allant de l'ischion gauche à l'ischion droit ; du côté de la vésicule à enlever, on la prolonge en arrière en contournant l'anus jusqu'au raphé postérieur. Cette incision prérectale comprend ainsi les deux tiers au moins de la circonférence de l'anus ;

« 3° Incision des tissus sous-jacents jusqu'à la graisse de la fosse ischio-rectale ; l'urètre est séparé du rectum par la section du raphé ano-bulbaire ;

« 4° Le releveur de l'anus est mis à nu ; du côté à opérer, il est incisé largement à partir de son bord interne ; de l'autre côté, on débriide simplement en entamant ce bord ;

« 5° Pour aborder les organes profonds, une grosse pince de MUSEUX est appliquée sur le bord antérieur de l'anus ; par son propre poids, elle suffit pour abaisser le rectum et le refouler en arrière ; une valve vaginale écarte en haut l'urètre et le bulbe. Le doigt arrive facilement sur la prostate et décolle sa face postérieure ;

« 6° Une pince tire-balles ou à griffes saisit la prostate près de son bord antérieur et l'abaisse. On peut, en effet, par une traction modérée, faire descendre, de plusieurs centimètres, la prostate, les vésicules et le bas-fond vésical, ce qui facilite singulièrement les manœuvres ultérieures ;

« 7° Avec la sonde cannelée ou les ciseaux, on déchire l'aponévrose sur la face postérieure de la prostate ; puis, avec le doigt, on continue la dénudation et on sépare — facilement, quoi qu'on en ait dit, — la prostate et les vésicules de la face antérieure du rectum. La vésicule malade est isolée en agissant prudemment, en dehors à cause du plexus veineux, au fond à cause du péritoine. L'index gauche, introduit dans le rectum, peut augmenter l'abaissement et même inverser la vésicule ;

« 8° Mais il peut se faire que l'isolement de l'organe soit rendu difficile et que son volume empêche de l'enlever d'une seule pièce. Il faut alors le *morceler* comme un utérus trop gros ou adhérent. Le col est sectionné au ras de la prostate ; une pince attire la vésicule, on incise au-dessus d'elle ; avant de détacher complètement le fragment, on saisit au-dessus le moignon avec une seconde pince et on continue jusqu'à ce que tout l'organe soit enlevé. Pour ce morcellement, le thermocautère est très utile, parce qu'il expose moins aux hémorragies et aux inoculations septiques ou tuberculeuses ;

« 9° Si une ligature profonde est difficile à faire, on laissera, sur les vaisseaux qui saignent, une ou deux pinces à demeure pendant 24 heures. Quelques points de suture profonds rétrécissent la plaie opératoire qui est bourrée de gaze iodoformée.

« Accidents opératoires : hémorragie, déchirure du rectum, fistules urinaires et spermatiques. »

6° *Prostatectomie et curettage de la prostate.* — Le ma

manuel opératoire est identique à celui de la spermatoctomie. La voie suivie pourra être inguinale, sacrée, périnéale; elle peut être hypogastrique avec ou sans ouverture de la vessie.

II. PROCÉDÉS DE SUPPRESSION TESTICULAIRE. — 1° *Castration orchio-épididymaire* ou *castration proprement dite*. — Cette opération est indiquée lorsqu'il s'agit d'une tuberculose testiculaire hypertrophiée, ayant l'aspect, le volume et la marche d'une tumeur maligne; lorsque le sarcocèle tuberculeux est, pour l'organisme, la seule cause d'affaiblissement par les douleurs persistantes et la suppuration prolongée dont il est le siège; lorsque les lésions sont bilatérales, avec d'autres localisations bacillaires sur d'autres points de l'organisme; lorsqu'enfin, la glande génitale, traitée en vain depuis longtemps par les procédés conservateurs, n'est plus qu'une masse suppurante criblée de fistules.

Je ne décrirai pas le manuel opératoire de la castration, qui sera traité dans un prochain chapitre; mais j'insisterai sur certains détails qu'il faut avoir présents à l'esprit, non pas pendant, mais avant l'intervention. Il faudra, ainsi que le recommande TUFFIER, enlever le bloc morbide, — peau fistuleuse, vaginale et testicule, — sans l'entamer, car l'hydrocèle symptomatique est constituée par un liquide virulent tuberculeux.

Il faudra pratiquer l'exérèse de tout ce qui est malade et poursuivre le canal déférent jusque dans la région inguinale.

Il faudra isoler les vaisseaux du canal déférent dans la ligature du cordon; celle-ci devra être double, faite avec un double fil entre-croisé, comme pour les pédicules un peu gros. Dans la ligature en masse du cordon, les vaisseaux se rétractent, l'hémostase n'est plus assurée et un hématome des bourses se forme qui ne tarde pas à suppurer;

2° *Castration génitale complète*. — C'est une opération de choix, mais elle n'est pas à la portée de tous les chirurgiens. C'est la castration proprement dite, avec funiculectomie, spermatoctomie et prostatectomie. Elle peut être unilatérale et bilatérale. Sur un malade, en une seule séance,

GUILLIOT a pratiqué la castration à droite (épididyme volumineux et bosselé, testicule hypertrophié); l'épididymectomie et le curettage des foyers à gauche (noyaux multiples dans l'épididyme); enfin la spermatoctomie droite (vésicule volumineuse, faisant saillie dans le rectum).

Résumé. — J'ai exposé, tout au long, les procédés, actuellement en cours, qui sont à la disposition du chirurgien pour traiter la tuberculose génitale. C'est à lui de fixer son choix, après avoir consulté la forme du cas pathologique et ses propres forces. Voici, toutefois, quelques indications générales qui pourront lui être utiles.

I. Il s'agit d'une *tuberculose génitale primitive*.

1° *Pas de castration*, sauf testicules particuliers (hypertrophique, détruit par la suppuration, cause d'affaiblissement et de fièvre hectique). Castration génitale totale: précoce, c'est une bonne, mais regrettable opération, parce que le mal est léger et peut guérir autrement, — tardive, elle est le plus souvent inutile, — dans tous les cas, elle est toujours difficile à pratiquer;

2° Recourir aux procédés de *conservation testiculaire* (procédés ROUTIER, QUÉNU, DUPLAY, au choix; ils sont excellents tous trois);

3° Faire l'*épididymo-funiculectomie* (foyers caséux et suppurés circonscrits); par la même occasion, appliquer les procédés de conservation au testicule et, s'il y a lieu, à la prostate et aux vésicules.

II. Il s'agit d'une *tuberculose génitale bilatérale*.

Même traitement.

III. Il s'agit d'une *orchio-épididymite tuberculeuse aiguë*.

A la période inflammatoire, repos, cataplasmes, pansements humides, antiphlogistiques; à la période de suppuration, traitement de la tuberculose chronique.

IV. Il s'agit d'une *tuberculose génitale secondaire*.

Procédés de conservation. Intervention rapide. Thermo-cautère.

DE LA TUBERCULOSE GÉNITALE CHEZ L'ENFANT

1° Définition. — L'expression de tuberculose génitale est, chez l'enfant, de compréhension trop vaste; chez lui, contrairement à ce qui se passe chez l'adulte, la région vésiculoprostatique est exceptionnellement intéressée et, dans l'immense majorité des cas, il s'agit de tuberculose orchio-épididymaire.

Ce n'est pas la seule distinction à établir entre le sarcocèle tuberculeux de l'adulte et celui de l'enfant; il existe beaucoup d'autres différences d'ordre anatomique, clinique et thérapeutique.

C'est pourquoi, j'ai pensé qu'il y aurait tout avantage, pour le médecin, à consacrer un chapitre spécial à la tuberculose génitale infantile.

2° Historique. — Cette affection est bien connue depuis une quinzaine d'années seulement; auparavant, LLOYD, BARRIER, DUFOUR, CURLING, PRESTAT, GIRALDÈS, HUNIN, VÉDRINE avaient publié quelques observations isolées. Lannois (1883) les rassembla et donna le premier travail synthétique sur la question. Dans les *Archives générales de médecine*, JULLIEN (1890), HUTINEL et DESCHAMPS (1891) firent paraître de bonnes études. Enfin, tout récemment, à la Société de chirurgie, FÉLIZET indiqua les principaux caractères anatomo-cliniques de l'affection et posa les règles de l'intervention opératoire.

3° Étiologie. — C'est une affection extrêmement rare, du moins cliniquement, disait HENOCH, rare dans la signification absolue du mot et relativement aux autres localisations bacillaires de l'organisme. GIRALDÈS compte quatre ou cinq cas par an; de SAINT-GERMAIN cinq ou six; JULLIEN, dans le service de LANNELONGUE, dix-sept en trois ans; HUTINEL, neuf en quinze mois.

Et cependant, les lésions tuberculeuses du testicule sont aussi fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte; et si, jusqu'à notre époque, la maladie semble avoir été superficiellement

connue, cela tient à bien des raisons. D'abord, le sujet est un enfant, qui ne se plaint pas, parce que le sarcocèle évolue lentement, insidieusement, sans douleur; puis, dans l'observation clinique, on ne tient compte que des grosses lésions, les altérations légères passant inaperçues; enfin le testicule est un organe insignifiant dans l'enfance, la structure en étant rudimentaire.

La tuberculose orchio-épididymaire de l'enfant apparaît dans les premières années de la vie. Sur les 20 enfants observés par JULLIEN, il y en a 16 qui n'ont pas 5 ans, et, parmi les 16, il en est 6 ayant moins d'un an, 6 ayant de 1 an à 2. JULLIEN a constaté un testicule tuberculeux chez un enfant de deux mois, ASHBY chez un enfant de sept semaines, GIRALDÈS chez un nouveau-né. DRESCHFELD a même rapporté un cas congénital. Quoi qu'il en soit, la tuberculose génitale infantile est exceptionnellement héréditaire; d'après MONKS, JULLIEN, HUTINEL, elle est presque toujours acquise.

Comment s'est fixé le processus morbide sur le testicule?

Dans un grand nombre de cas, disent les auteurs, la maladie a une origine traumatique. Pour l'explication du phénomène, ils font intervenir la loi de MAX SCHÜLLER. Mais cette loi ne prouve rien; elle peut être vraie pour un traumatisme articulaire et fautive pour un traumatisme du testicule; d'ailleurs, LANNELONGUE et ACHARD n'ont-ils pas prouvé, il y a quelques jours à peine, que, dans l'infection bacillaire pure, le traumatisme est impuissant à déterminer une localisation morbide de même nature.

La masturbation joue, à ce que l'on prétend, un rôle efficace dans la détermination des lésions tuberculeuses. C'est inadmissible. Les petits enfants ignorent cette habitude, ce qui n'empêche pas le sarcocèle tuberculeux d'être chez eux relativement fréquent; au contraire, cette affection devient plus rare, à mesure que les enfants grandissent et qu'un plus grand nombre d'entre eux se livrent à la masturbation.

La situation déclive du testicule explique, d'après JULLIEN, pourquoi le testicule gauche est plus souvent intéressé que le droit; mais cette constatation ne peut être faite que sur les