

tasie veineuse, conséquence de l'effort, de la constipation, du port d'un bandage ou de la présence d'une hernie. Je veux parler du varicocèle symptomatique d'une tumeur iliaque, abdominale ou lombaire, ainsi que J.-L. PETIT, GUYON, RECLUS, en ont rapporté des exemples (cancer du rein droit, du rein gauche, de la rate...).

Cette forme est souvent douloureuse, à cause de la compression des filets nerveux correspondant au plexus intéressé.

*Observation* (LEGRAIN, de Bougie). — Varicocèle douloureux symptomatique de gommès du rein, chez un hérédo-syphilitique.

A. Ch..., 13 ans, domestique, se présente en août et septembre 1898, pour varicocèle assez volumineux à gauche, et très douloureux. Antécédents héréditaires et familiaux : père mort subitement; trois frères et quatre sœurs, tous porteurs de malformations dentaires; un des frères atteint de kératite parenchymateuse.

Le malade est un enfant pâle, amaigri, paraissant avoir 10 ans à peine. Il présente diverses malformations : crâne scaphocéphale; une côte cervicale rudimentaire à gauche, oreilles « en anse »; microdontisme des incisives inférieures et des deux incisives latérales supérieures; nævus pilosus sur la partie droite du thorax.

Depuis huit mois, très vives douleurs dans la région lombaire gauche (pointes de feu).

Depuis trois ou quatre mois, sensation de pesanteur dans l'aîne et le testicule gauche.

Quand le malade est debout depuis quelques instants, on observe un paquet variqueux à gauche, du volume d'un gros œuf de pigeon, sensible à la pression et douloureux spontanément.

Testicule et épидидyme gauche sains.

Néphroptose du côté gauche, avec deux bosselures, du volume d'une petite noix, en rapport avec le bord convexe du rein.

Un peu d'albumine dans les urines.

Traitement : 2 grammes d'iodure de potassium et 1 centigramme de sublimé par jour. Quinze jours plus tard, disparition des bosselures et de l'albumine; rein gauche plus gros que le droit; les douleurs testiculaires sont beaucoup moindres, le varicocèle reste toujours assez volumineux.

Donc : *néphro-syphilose* (néphrite interstitielle, périnéphrite et gommès du rein) avec compression nerveuse, distension veineuse et varicocèle douloureux symptomatique.

7° *Varicocèle aigu*. — C'est celui qui apparaît brusquement à la suite d'un effort violent et prolongé, d'une bronchite rebelle, d'un traumatisme, d'une épидидymo-orchite blennorrhagique, etc. (LANDOUZY, COOPER, HÉLOT), et qui atteint rapidement son plus grand développement. Cette variété suppose vraisemblablement une légère ectasie antérieure ou une prédisposition congénitale.

8° **Complications**. — Il y en a deux à signaler : le coup de fouet du cordon et la phlébite.

Sous l'influence d'un traumatisme ou d'un violent effort, la rupture d'une veine variqueuse peut se produire et devenir le point de départ d'un hématome ou hématocèle funiculaire.

Quant à la phlébite des veines variqueuses, c'est une complication grave simulant l'étranglement interne. Elle peut se montrer à la suite d'une intervention, ce qui est rare de nos jours, ou se manifester spontanément. ESCALIER et VALLIN ont rapporté des exemples de ces phlébites suppurées, développées dans un gros varicocèle ou un varicocèle double; elles se propagent à la veine cave inférieure et se terminent par la mort. Je traiterai à part la thrombo-phlébite du cordon.

9° **Marche. Pronostic**. — Le début du varicocèle est insidieux; la marche en est lentement progressive, avec, parfois, des épisodes aigus, conséquences d'un traumatisme ou d'une infection intéressante.

LE FORT et KOCHER disent que le varicocèle, après avoir atteint son développement complet, tend à s'atténuer et peut même disparaître.

Que le chirurgien ne compte pas sur cette éventualité, quand il se trouvera en présence d'un varicocélique d'une quarantaine d'années.

L'évolution de cette affection dépend beaucoup de la façon dont elle a été soignée; le varicocèle se trouve fort bien de l'usage du suspensoir; par contre, nous savons tous que les fatigues du service militaire donnent une énergique impulsion à son développement.

10° **Diagnostic**. — Je n'insisterai pas sur le diagnostic du

varicocèle. Le diagnostic différentiel ne présente aucune difficulté et celui qui a palpé une fois des varices spermatices, ne confondra jamais, s'il prête attention, la tuméfaction mollesse et bosselée qu'elles déterminent sous le scrotum, avec une hernie ou une hydrocèle congénitale. Il est vrai que l'orifice inguinal externe peut être très distendu, que la masse veineuse peut subir nettement l'impulsion de la toux. Mais il suffira, après réduction du varicocèle, de faire lever le malade, en ayant soin d'exercer une douce pression au niveau des piliers inguinaux. L'intestin, suffisamment contenu, ne fera pas hernie; il descendra de haut en bas dans les bourses, lorsqu'on aura levé le doigt; au contraire, le varicocèle se reconstitue progressivement de bas en haut. Quant à l'hydrocèle congénitale, elle forme une tumeur régulière, transparente, réductible.

Il est beaucoup plus difficile d'établir un diagnostic étiologique et clinique ferme. Éliminez de suite les varicocèles symptomatiques d'une hernie, d'une tumeur et, surtout, n'oubliez pas d'explorer la fosse iliaque et la région lombaire.

Vous êtes en présence d'un varicocèle idiopathique; reconnaissez la forme clinique, de façon à fixer le traitement que vous appliquerez. Méfiez-vous des neurasthéniques varicocèles.

**11° Traitement.** — « J'ai souvent été frappé de l'indolence du varicocèle, non seulement chez les vieillards, mais aussi chez les adultes. Je n'ai même été consulté pour des douleurs que par des jeunes gens ayant de dix-huit à vingt-cinq ans. C'est une des raisons qui m'ont engagé à ne proposer les méthodes curatives que dans les cas où les malades se trouvaient absolument empêchés par leurs souffrances de travailler et de gagner leur vie. Dans tous les autres cas, j'ai engagé les sujets à porter un suspensoir bien fait et à attendre, en leur donnant l'assurance que, plus ils avanceraient en âge, moins leur varicocèle serait gênant.

J'ai d'autres raisons pour ne pas être grand partisan des opérations de cure radicale. D'abord, avec d'autres chirurgiens, je consens avec peine à exposer les malades aux chances

si faibles qu'elles soient, de la phlébite suppurée, et je suis arrêté par la fréquence des récives; mais en outre, je recule devant les effets possibles et probables de l'opération sur la sécrétion spermatique. L'atrophie légère qui accompagne le varicocèle ne se rencontre pas toujours et, quand elle a lieu, j'ai plusieurs fois constaté qu'elle n'entraînait pas infailliblement la suppression des spermatozoïdes. Or n'est-il pas probable que toute opération de ligature ou de compression, dans laquelle l'artère est nécessairement compromise, est suivie d'une anémie avec toutes ses conséquences? Il a manqué, à tous ceux qui ont préconisé des procédés, de démontrer qu'ils ne supprimeraient pas la sécrétion des spermatozoïdes.

Je ne vais pas jusqu'à proscrire absolument ces sortes d'opérations. Il est des sujets chez lesquels les douleurs sont tellement vives et tout travail tellement impossible, que les considérations de danger et de troubles fonctionnels se trouvent effacées. Je prétends seulement que ces cas sont très rares. Je n'ai, en définitive, trouvé que deux malades chez lesquels l'indication m'ait paru pressante et je les ai opérés par le procédé de Ricord. Tous deux ont guéri pour le moment; mais je ne sais si la guérison s'est maintenue et surtout, j'ignore comment leurs testicules fonctionnent. »

Voilà ce que disait GOSSELIN en 1857; et, si j'ai tenu à rappeler les paroles de cet éminent clinicien, c'est qu'elles permettent de comprendre les diverses phases du traitement du varicocèle.

Le temps n'est plus où l'on craignait, par-dessus tout, la phlébite suppurée; nous n'avons plus recours à tous ces procédés compliqués, qui avaient pour but d'agir sur les veines, en faisant au scrotum la plus petite brèche possible.

Du jour où l'infection perdit le droit de conquête, grâce aux antiseptiques, les résections scrotale et veineuse furent en grand honneur. On opéra un peu à tort et à travers, sans grand souci de l'avenir de la glande génitale. Aujourd'hui, la réaction nécessaire se fait. Une large résection scrotale ne présente que des avantages; mais les résections veineuses très étendues offrent de graves inconvénients.

L'atrophie post-opératoire du testicule laisse les chirurgiens perplexes et beaucoup d'entre eux préfèrent borner leur intervention à une résection scrotale, en se contentant de jeter quelques ligatures sur les plus grosses veines, au voisinage des pôles antérieur et postérieur de la glande.

Le traitement du varicocèle est donc réduit, de nos jours, à sa plus simple expression : je me propose de parler de l'ancienne méthode, puis de la méthode actuelle.

A. MÉTHODE ANCIENNE. — Je passerai rapidement en revue les procédés anciens, dont quelques-uns ont eu une vogue considérable.

Citons, tout d'abord, ceux d'OSBORN, WORMALD, HERVEZ de CHÉGOIN et NÉLATON, qui avaient pour but de maintenir le testicule, correspondant au varicocèle, dans le voisinage de l'orifice inguinal cutané, soit par un bandage, soit par un anneau de caoutchouc ou de fils d'argent, garnis de cuir, dans lequel était ensermée la partie inférieure du scrotum. De cette façon, le varicocèle était réduit et la colonne sanguine diminuée de hauteur.

Le traitement de l'ectasie veineuse par la pression repose sur le principe suivant, établi par Ch. BELL, dans une de ses leçons au Collège des chirurgiens.

Cet auteur a démontré que l'état variqueux d'une veine est dû simplement à la pression de la colonne sanguine au-dessus du point considéré. Si, avec le doigt, on presse le vaisseau dilaté, la dilatation diminue et disparaît au-dessous du point pressé. Pierre DELBET a appliqué ce principe aux varices des membres inférieurs et, à ce propos, il distingue des varices à faible et à forte tension. En ce qui concerne le varicocèle, CURLING imagina un bandage « consistant en une ceinture pelvienne, dont une extrémité est munie d'une pelote, garnie de moc-main, espèce de coton, et recouverte de caoutchouc ou de peau de chamois; cette pelote ne doit pas être trop conique, de manière à ne pas séparer les veines les unes des autres; au dos de la pelote, est fixé un levier mis en jeu par un sous-cuisse, qui va, d'arrière en avant, de la ceinture pelvienne à la partie interne et supérieure de la cuisse, s'attacher sur un

bouton à l'extrémité du ressort. Le degré de pression est réglé par la résistance du sous-cuisse. Lorsqu'il est composé d'un tissu fort et élastique dans l'étendue de neuf centimètres environ en arrière, il se prête aux mouvements du corps et ajoute beaucoup au bien-être du malade. » Grâce à cet appareil, CURLING dit avoir guéri des varicocèles en 7, 15, 19 mois; les variétés très douloureuses étaient fort soulagées par la compression.

Les procédés que je viens d'indiquer ne sont pas sanglants; pour oblitérer les veines, ils sont insuffisants.

Je n'insiste pas sur la manœuvre de BRESCHET qui avait recours à une compression énergique pratiquée, à travers le scrotum, sur le faisceau variqueux.

L'idéal, à cette époque, était de trouver le meilleur moyen d'étrangler ou de lier les veines ectasiées, sans incision tégumentaire. Je signale les procédés de DAVAT, VELPEAU, JOBERT (de Lamballe), LISTON, FERGUSSON qui aplatissaient le petit paquet variqueux sur une épingle, transperçant les bourses, grâce à une ligature en 8 de chiffre, et ceux de VIDAL (enroulement, compression, section progressive des veines), de LUKE (le tourniquet à fistule). Je veux décrire rapidement le procédé de RICORD ou de la ligature sous-cutanée des veines spermatiques. « Après avoir isolé le canal déférent du paquet veineux, il pince celui-ci dans un repli du scrotum et passe en arrière de lui une aiguille à manche percée près de sa pointe et armée d'un fil double à anse. Quand la peau a été traversée de part en part, il dégage le fil de l'aiguille et retire cette dernière; il abandonne alors les veines, mais maintient le pli cutané, et passe, au-devant du paquet veineux, une seconde aiguille armée de la même manière, qu'il fait entrer par le trou de sortie de la première et sortir par son orifice d'entrée. Enfin, il dégage la seconde anse du fil et retire l'aiguille. De cette manière, le paquet veineux se trouve compris entre les deux fils doubles, dont l'un passe en avant et l'autre passe en arrière. Il engage alors les extrémités de chacun des fils dans l'anse de l'autre, et, tirant en sens inverse, il se trouve avoir lié les vaisseaux sous la peau. »

A côté de ces procédés anciens, il en est d'autres, plus récents, que l'on n'emploie guère, parce qu'ils ne sont pas très pratiques.

La dénudation des veines a été proposée par RIGAUD (de Nancy) qui, à la faveur d'une petite incision et sur une lamelle de caoutchouc, expose les veines à l'air. Celles-ci, recouvertes d'un pansement humide, se mortifient progressivement et aseptiquement (?).

BONNET, NÉLATON et RICHEL ont cautérisé le scrotum et les veines variqueuses par des agents chimiques ou physiques.

Il y a d'autres chirurgiens qui ont coagulé directement le contenu des veines avec le perchlorure de fer, la teinture d'iode, le chloral. Enfin, Gould s'est adressé à l'électrolyse (De la cure radicale du varicocèle par l'anse galvanique).

B. MÉTHODE ACTUELLE. — Aujourd'hui, le varicocèle se traite par des prescriptions hygiéniques, un bon suspensoir, la résection du scrotum et les ligatures veineuses.

1. *Prescriptions hygiéniques.* — Elles ont pour but de faciliter le retour du sang dans les veines ectasiées, soit en écartant tous les obstacles semés au cours de la route, soit en excitant l'élasticité et la contractilité des enveloppes distendues des bourses. Par suite, l'apport sanguin, au niveau des glandes génitales, devra être régulier et réduit à son minimum indispensable; il faudra éviter toute congestion active ou passive des testicules.

Le malade devra donc ne pas faire de grandes marches, ni de longues stations debout sur les jambes; il ne montera pas à cheval, ni à bicyclette; il ne dansera pas, ne prendra pas de bains chauds, évitera les excès vénériens.

Il devra porter des pantalons aussi légers que possible, larges et suspendus par des bretelles.

Pour éviter la constipation, il aura recours à un laxatif pris le matin à jeun et à des lavements tièdes et abondants.

Il devra faire sur les bourses et le périnée une ablution froide, matin et soir, ou prendre un bain de siège froid tous les jours.

2. *Suspensoir.* — Le porteur d'un varicocèle devra soutenir

ses bourses à l'aide d'un bon suspensoir. Il faut entendre par bon suspensoir celui qui réalise les conditions suivantes :

Il est en soie et à jour, pour que les bourses ne s'échauffent pas; la sécrétion sudorale, plus abondante que normalement, souille le suspensoir; le contact permanent de la sueur irrite le scrotum; il est même avantageux d'interposer entre l'étoffe et les téguments, une lamelle de coton que l'on changera tous les jours; le suspensoir est muni de sous-cuisses, pour que la totalité des bourses, y compris le pédicule, soit bien dans le capuchon. Lorsque celui-ci est dépourvu de sous-cuisses, les parties génitales sont trop relevées en avant, laissent échapper une partie de leur contenu et font une saillie disgracieuse sous le pantalon.

MONOD et TERRILLON conseillent l'emploi d'un tissu analogue à celui des bas élastiques. « La compression douce, mais continue produite par le suspensoir, nous a toujours donné d'excellents résultats; mais il faut que la compression exercée par l'appareil soit faible et à peine sensible; sans cela, elle devient douloureuse et ne peut être supportée. »

3. *Résection du scrotum.* — C'est à COOPER que l'honneur revient d'avoir, le premier, pratiqué la résection du scrotum « afin de relever le testicule d'une manière permanente et solide, pour rendre tout suspensoir inutile, tout en ne conseillant cependant cette opération que pour les cas où le malade souffre beaucoup et où il demande avec instance qu'on le débarrasse de la tumeur et de la difformité qu'elle entraîne, pour ceux encore où les fonctions digestives sont en souffrance, où le système nerveux est surexcité et le moral altéré. »

Un grand nombre de chirurgiens ont, depuis cette époque (1840), traité le varicocèle par excision scrotale et ce ne sont pas les procédés qui manquent. HENRY enlève une portion du scrotum avec un clamp spécial de son invention.

J'en dirai autant de HORTELOUP dont le clamp, à courbure parallèle à celle des bourses, saisissait, sur la ligne médiane, non seulement les téguments, mais encore le paquet variqueux postérieur.

GUYON résèque transversalement une partie du scrotum,

jette quelques ligatures sur les veines ectasiées et suture les lèvres de la plaie.

Le DENTU démontre que, si l'on veut agir sur les veines, il faut y parvenir par incision spéciale; l'excision scrotale doit être indépendante.

Je passe rapidement sur ces détails et je dis au chirurgien : pour exciser une partie du scrotum, voici comment vous devez vous y prendre.

Le malade est préparé : scrotum rasé, région soigneusement désinfectée, verge garnie d'un capuchon.

Choisissez vos instruments : bistouri, ciseaux, pinces à dissection et à griffe, pinces de PEAN et de KOCHER, pinces à pédicule ovarique ou clamps ordinaires dont les mors sont engainés de caoutchouc (une ou deux suivant l'étendue de l'excision), aiguilles à suture droite et courbe, catgut, crins de Florence grands et petits, etc.

Le sujet est endormi au chloroforme ou bien la région est anesthésiée à la cocaïne; quand la résection scrotale doit être accompagnée d'excision veineuse, le chloroforme est préférable, bien qu'on puisse insensibiliser le paquet variqueux en introduisant de la cocaïne parmi les différents éléments du cordon.

Vous vous mettez toujours à gauche du malade et le premier temps de l'opération consiste à placer le ou les clamps.

Pour cela, de votre main gauche qui saisit le scrotum et l'étale entre les doigts et la paume, vous formez un grand repli dont la base doit se trouver dans un plan vertical et le plus près possible du raphé médian; cette base doit contourner, d'avant en arrière, la masse testiculaire refoulée, avec les veines vidées, au niveau de l'orifice externe du canal inguinal. Le grand repli cutané est constitué par le scrotum replié sur lui-même; il est mince, transparent et, jusqu'à la base inclusivement, il doit être bien dégagé du testicule et des éléments du cordon<sup>1</sup>.

C'est ce grand repli que vous allez bientôt réséquer; cette

1. Aujourd'hui, la chirurgie génitale de l'homme comporte l'anesthésie par les injections intra-rachidiennes de cocaïne, pratiquées au niveau de la région lombaire.

résection doit être large, de manière à maintenir les testicules en situation élevée. Évitez, cependant, de retrancher une trop grande quantité de téguments; dans une récente leçon, DUPLAY rapporte que dans un cas où cette faute avait été commise, les testicules se trouvaient comprimés contre le pubis par la cicatrice résultant d'une trop large incision du scrotum et le malade éprouvait des douleurs assez vives par le fait de cette compression.

Placez la pince courbe, avec la main droite, en sorte que le bec soit dirigé vers les pieds du malade, les anneaux vers la tête et la concavité vers le périnée. Si un clamp ne suffit pas, mettez-en un autre bec à bec et orienté en sens contraire. Puis serrez à fond.

Si vous ne possédez pas de pince à ovariectomie, servez-vous d'une ou deux pinces de KOCHER, d'une pince à circoncision. Quelques-uns, plus adroits, se contentent de faire tendre le scrotum par un aide. En règle générale, il vaut mieux employer les clamps.

Dans un second temps opératoire, vous excisez le fragment scrotal en excès, et, pour ce faire, vous faites glisser, sur la convexité des mors de la pince-clamp, la lame, mise à plat, d'un bistouri bien tranchant.

Puis, avec l'aiguille à sutures, vous placez à une certaine distance des mors de la pince, quelques longs crins en disposition simple ou en disposition en U.

Par la mise en place de ces crins, vous n'avez pas la prétention de réaliser la suture complète des lèvres de la plaie scrotale; mais, quand vous enlèverez la pince, ces fils vous serviront de point de repère pour un adossement régulier. Et si vous avez recours à la disposition en U, vous affronterez de véritables surfaces scrotales, vous comprimerez un certain nombre de vaisseaux qui saignent et vous empêcherez la rétraction si commune des lèvres de la plaie. Les avantages de la suture en U, particulièrement au niveau du scrotum, ont été depuis longtemps signalés par GUELLIOT.

Dans un troisième temps, vous enlevez la pince ou les deux pinces, laissant la plaie béante.

La surface cruentée est souvent considérable et, à ciel ouvert, il vous sera facile de faire l'hémostase par ligature.

Ne pratiquez pas la suture complète, à l'aveugle, sous les mors de la pince; sinon, vous vous exposez à des hémorragies sérieuses.

L'hémostase assurée, vous serrez vos fils profonds et vous occupez de la suture superficielle. Les points séparés sont préférables au surjet et il ne faut pas craindre de les multiplier pour obtenir une réunion exacte.

Pas de drainage. Pansement sec. Les fils profonds sont enlevés le 3<sup>e</sup> ou le 4<sup>e</sup> jour, — les fils superficiels le 5<sup>e</sup> ou 6<sup>e</sup> jour.

La guérison est complète en 10 jours; mais l'opéré fera bien de porter un suspensoir pendant quatre à cinq semaines.

4. *Ligature des veines.* — J'entends parler de la ligature des veines, pratiquée à ciel ouvert, à la faveur d'une résection scrotale ou d'une incision faite au niveau d'un faisceau ectasié, sur lequel on veut agir.

Sauf indications spéciales, je ne puis admettre l'excision d'un segment plus ou moins étendu de veines variqueuses; car, de deux choses l'une, ou bien le segment réséqué est peu important, et, dans ces conditions, la ligature vaut la résection; ou bien ce segment est très étendu, et, alors, l'intervention est inutile ou nuisible. Vous croirez avoir guéri votre malade parce que vous lui aurez enlevé la plus grande partie de sa tuméfaction veineuse; le résultat immédiat est superbe, esthétiquement parlant. Il n'en va pas de même pour la glande, dont vous aurez supprimé la plus grande partie des voies de la circulation en retour et souvent aussi l'artère nourricière principale. L'histoire ne rapporte-t-elle pas que DELPECH, chirurgien distingué de Montpellier, fut assassiné par un homme qu'il avait guéri (?), une année auparavant, d'un double varicocèle par la ligature des veines variqueuses et à l'autopsie duquel on trouva les testicules atrophiés et ramollis. Il est vrai que cette ligature avait été pratiquée par le procédé des aiguilles; mais, même à ciel ouvert, il n'est pas possible de ménager l'artère spermatique, si l'on entreprend l'excision étendue de segments veineux.

On ne peut voir, ni sentir les pulsations de cette artère; elle chemine à la partie postérieure du paquet variqueux antérieur, dans le voisinage du canal déférent.

Or ces rapports anatomiques ne sont exacts que dans la partie supérieure du cordon; dans le voisinage du testicule, en plein fouillis veineux, l'artère présente un trajet capricieux, ainsi que le déférent lui-même, sans offrir la consistance spéciale de ce dernier.

La résection veineuse est facile au niveau de la partie supérieure de la tuméfaction, car elle s'adresse à de gros troncs qui ont une direction parallèle. Mais ce sont justement ces voies importantes qu'il faut ménager, et l'excision ne doit logiquement s'adresser qu'aux veines entrelacées des paquets antérieurs et postérieurs, au voisinage du testicule.

Contentez-vous, comme NICAISE, GUYON et DUPLAY, de jeter quelques ligatures au catgut sur les grosses veines ectasiées, bien isolées et bien dénudées, de façon à ne pas prendre l'artère.

Certains chirurgiens prétendent que, lorsqu'on a lié l'artère spermatique, le mal n'est pas grand; car la funiculaire et la déférentielle la remplacent. La preuve, disent-ils, c'est que, dans bien des cas, après ligature de la spermatique, la glande génitale ne s'est pas plus mal portée. C'est une chance à ne pas courir, et ce n'est pas une raison pour priver un testicule de son artère principale.

A tous ceux qui ont réséqué la plus grande partie d'un varicocèle, il manque d'avoir revu leurs malades; ceux-ci, ayant encore un bon testicule, ne viennent pas se plaindre; peut-être même, le testicule intéressé est-il resté semblable à lui-même; mais, ce qui importe, c'est de régénérer la glande dystrophiée et, à ce point de vue, la ligature donne les meilleurs résultats.

5. *Applications.* — L'application des moyens thérapeutiques, dont nous disposons, varie suivant la forme clinique observée; il n'est pas rationnel de vouloir opposer le même traitement à des états pathologiques différents; je considérerai donc successivement les diverses variétés que j'ai dé-

crites et, en regard d'elles, j'indiquerai la méthode qui leur convient.

Les prescriptions hygiéniques conviennent à tous les cas, opérés ou non.

Le varicocèle indolent, s'il est petit avec testicules normaux, sera traité par le port d'un suspensoir; il sera traité par la résection scrotale et les ligatures veineuses, s'il est volumineux et si la glande génitale est considérablement dystrophiée.

L'ectasie veineuse, avec intégrité des enveloppes des bourses, est justiciable du procédé suivant, indiqué par TUFFIER. « Pratiquez, sur la partie supérieure du scrotum, une petite incision de 3 centimètres, parallèle au trajet du cordon; énuclétez les éléments du cordon à travers cette boutonnière, isolez le faisceau postérieur, liez en deux points différents et réséquez. »

Je préfère jeter deux ou trois ligatures au catgut sur les veines du faisceau épидидymaire, sans résection.

Dans l'orchidoptose simple, il faut refaire « un scrotum utile. » Pratiquez donc la résection scrotale.

Le porteur d'un petit varicocèle douloureux n'est pas souvent soulagé par le suspensoir. La résection scrotale même ne donne pas toujours de bons résultats. Dans cette variété, les ligatures multiples sur le faisceau variqueux funiculaire et postérieur sont absolument indiquées. Certains chirurgiens pratiquent l'excision du paquet variqueux et même la castration.

Le traitement du varicocèle aigu ne diffère pas de celui du varicocèle indolent. Il faut se hâter d'intervenir.

Il y a des malades qu'il ne faut pas opérer. Ce sont ceux qui sont atteints d'une tumeur maligne de la région iliaque ou rénale.

Quelle conduite doit-on tenir à l'égard des neurasthéniques?

« Méfiez-vous de ces hystériques, dit TUFFIER, ils souffrent de leur varicocèle, parce qu'ils sont névropathes. J'ai, parmi mes observations personnelles, un cas de varicocèle

chez un malade qui fut pris d'une attaque d'épilepsie quelques jours avant la date de son opération et que je refusai d'opérer, parce que, si les opérations chez les épileptiques ne sont pas plus dangereuses pour eux, elles peuvent devenir extrêmement dangereuses pour le chirurgien. Rappelez-vous que, si l'on a signalé quelques cas où les fonctions génitales perdues reprirent leur activité après une opération de varicocèle, l'effet inverse peut se produire; que lorsqu'il se produit, c'est chez les nerveux dont nous nous occupons et que ceux-ci sont gens à mettre sur le compte du chirurgien ce qui n'est imputable qu'à leur maladie. »

« S'il est vrai, dit SÉBILEAU, que le chirurgien trouve assez souvent un encouragement à l'intervention et une satisfaction pour sa conscience dans les projets d'avenir d'un futur militaire et dans la naturelle coquetterie d'un homme jeune et désireux du mariage, je pense, au contraire, que les troubles des facultés mentales qui éclatent si souvent chez les hommes atteints de maladie des organes génitaux et, en particulier, chez les varicocéliques, doivent arrêter la main de l'opérateur. J'ai considéré, autrefois, ces troubles de l'idée, comme une sérieuse indication de la cure radicale, j'en ai fort rabattu depuis. Je vous conseille de n'opérer qu'exceptionnellement ces hypocondriaques affaiblis, ces lamentables débilités de l'esprit, tous ces sujets qui, plus ou moins frappés de dégénérescence mentale, sont souvent sur la pente de la folie des persécutions. D'abord, vous ne les guérez pas, ces malades; votre intervention sera donc inutile. Ensuite, ils ne manqueront pas de retourner contre vous et de rendre votre thérapeutique responsable du mal dont ils continuent à souffrir; votre intervention sera donc dangereuse au moins pour vous. »

La question de l'intervention chez les neurasthéniques varicocéliques est donc fort délicate. Mais j'admets volontiers que l'opération est souvent justifiée, car le malade supporte difficilement son état actuel; c'est la foi qui sauve en pareille circonstance; l'intervention ne rendra pas le malade plus neurasthénique qu'il n'est en réalité; ce varicocélique a tout à gagner et rien à perdre.

*Pratique de Nimier.* — A l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, le D<sup>r</sup> NIMIER traite le varicocèle, non seulement par la résection scrotale (sans clamp) combinée aux ligatures veineuses, mais encore par la ligature sous-cutanée en bourse du scrotum ou par l'inclusion du paquet variqueux dans la vaginale retournée et suspendue au pubis.

*Ligature sous-cutanée en bourse du scrotum.* — Le sujet, qu'il est inutile de chloroformer, voire de cocaïner, est couché sur le dos, les cuisses quelque peu écartées, le scrotum désinfecté.

L'aide se place à sa droite ; de la main gauche en pronation (le bord radial horizontal et inférieur), il refoule les testicules tout contre le pubis, laissant passer le scrotum entre l'index et le médium ; de la main droite, il tire sur cette partie et la tient étalée en tablier.

Placé à gauche du patient, le chirurgien est armé d'une longue aiguille de Reverdin droite, qu'il engage dans le bord gauche du scrotum étalé au ras des doigts de son aide ; s'aidant de la main gauche, il dirige transversalement la pointe tout contre la face profonde du derme cutané de la paroi antérieure du scrotum dont elle perfore le bord droit. L'aiguille est ensuite retirée en entraînant l'un des chefs d'un fil de soie, et la moitié de la ligature sous-cutanée est ainsi placée. Pour disposer l'autre moitié, l'aiguille est réintroduite par la première piqûre qui lui a donné passage sur le bord gauche du scrotum, et cette fois, elle suit la face profonde du derme cutané de la paroi postérieure, puis sort par le trou du bord scrotal droit. Le second chef du fil de soie est saisi et le retrait de l'aiguille le met en place.

A ce moment, au-dessous des doigts gauches de l'aide, on aperçoit une anse de fil sur le bord droit du scrotum, ses deux chefs émergeant du bord droit. En tirant sur ces derniers, le chirurgien fait disparaître l'anse dans le sac scrotal ; il les entre-croise, les serre, les coupe au ras de la peau, sous laquelle le nœud est complètement caché, sans que, pour ainsi dire, l'on puisse découvrir les trous de l'aiguille et du fil.

La ligature serrée, la partie inférieure du scrotum froncée pend au-dessous du suspensoir naturel qui renferme les testicules. Une lame de ouate, un suspensoir, constituent tout le pansement ; mais, bien qu'une fois la ligature serrée, la douleur soit, en règle générale, très modérée, il convient de faire garder le lit cinq, six ou huit jours, suivant la sensibilité des patients, car vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'intervention, il se produit une cer-

taine réaction au niveau du fil. Autour de lui, se constitue un noyau fibreux aux dépens de la cloison et des enveloppes des bourses, dont le segment inférieur déshabité revient sur lui-même, sans qu'au niveau de son attache il présente sur la peau d'étranglement appréciable.

Dans cette technique, il convient de revenir sur deux points :

1<sup>o</sup> On surveillera la position de la main gauche de l'aide. C'est la double paroi de la partie inférieure du scrotum, et non la peau antérieure seule, qui doit constituer le tablier scrotal débordant entre l'index et le médium. Il faut qu'après ligature posée, le sac déshabité soit, par rapport au suspensoir, inférieur et non antérieur. Lorsqu'il est antérieur, les testicules reposent sur la paroi postérieure du suspensoir scrotal, et comme cela est arrivé à l'un des opérés, peu à peu ils le défoncent et le varicocèle se reproduit.

2<sup>o</sup> La ligature doit être modérément serrée ; il lui suffit d'empêcher la descente des testicules ; elle ne doit pas étrangler à fond les tissus, ce qui provoquerait une douleur vive.

*Inclusion du varicocèle dans la vaginale retournée et suspendue au pubis* (procédé de PARONA).

1<sup>er</sup> temps. — Une incision de 6 centimètres est faite sur le trajet du cordon ; sa moitié supérieure remonte devant l'orifice inguinal externe, sa moitié inférieure descend sur le collet de la bourse. Elle intéresse les téguments jusqu'à la tunique cellulo-fibreuse du cordon.

2<sup>e</sup> temps. — Le testicule, chassé comme un noyau de cerise de sa loge scrotale, sort par l'incision. Pour que sa hernie soit complète, il convient de déchirer les tractus cellulo-fibreux et vasculaires qui relient la glande au fond et à la paroi postérieure de la bourse.

3<sup>e</sup> temps. — L'opérateur a dans la main le cordon variqueux et le testicule plus ou moins masqué par le réseau veineux développé dans le tissu cellulaire sus-vaginal. Sur la face antérieure de la glande mise à nu, autant que possible à égale distance des deux extrémités de l'épididyme, il pratique à la séreuse une incision de 2 à 2<sup>m</sup>,5.

4<sup>e</sup> temps. — Par cette boutonnière, il fait sortir le testicule, et la vaginale retournée remonte plus ou moins haut, suivant ses dimensions, le long du cordon qui s'y engage comme dans un sac. Parfois, pour augmenter la profondeur du sac vaginal, il convient de rompre quelques adhérences de la séreuse sur les bords de l'épididyme.

5<sup>e</sup> temps. — Le sac vaginal doit être fixé au pubis par trois



points de suture : un postérieur traverse le tissu fibreux de la face antérieure de l'os, deux latéraux passent à travers le bord tranchant des piliers externe et interne. Les fils seront d'abord placés, puis noués successivement en commençant par le postérieur. Il est indiqué de passer les fils dans la vaginale sans imprimer au cordon de torsion sur son axe, et de les faire traverser le tissu fibreux inguinal assez bas pour que le testicule appendu au sac vaginal se trouve finalement un peu au-dessous de la racine de la verge.

6<sup>e</sup> temps. — Le testicule est ensuite rentré dans sa loge scrotale et la plaie fermée par-dessus la portion du cordon qui n'ayant pas trouvé place dans la vaginale tombe dans l'incision.

*Varicocèle lymphatique et filariose génitale.* — La « filaria sanguinis » produit, chez l'homme, des manifestations qui ont été bien décrites par ALBARRAN, LEWIS, MANSON et surtout AUDAIN (1894-98-99). De ces manifestations, les unes sont précoces, les autres tardives. Parmi les premières, mentionnons la *colique filarienne* et l'*orchite filarienne*. La colique filarienne consiste en accès douloureux, analogues à ceux de la colique néphrétique, s'accompagnant d'une tuméfaction considérable du testicule et se répétant plus souvent, à mesure que l'affection devient plus ancienne. Les phénomènes testiculaires sont ceux d'une orchite blennorrhagique aiguë ; parfois, ils existent seuls, sans colique filarienne ; cette forme prend le nom de forme orchitique ou testiculaire de la filariose génitale.

Les manifestations tardives de la filariose sont l'*éléphantiasis* de la verge et du scrotum, l'*hydrocèle chyleux*, l'*adéno-lymphocèle inguino-crurale* et le *varicocèle lymphatique*. Nous ne dirons rien de l'*éléphantiasis* des bourses, ni de l'*hydrocèle chyleux*.

L'*adéno-lymphocèle inguino-crurale* est caractérisée par la présence, au niveau du pli de l'aîne d'une tuméfaction mate, réductible, subissant l'impulsion de la toux, comme une hernie crurale.

Le *varicocèle lymphatique* offre le tableau clinique du varicocèle ordinaire. L'ectasie s'étend à tout le système lymphatique du testicule, depuis les origines jusqu'aux ganglions lombaires. Le testicule, dont la circulation lymphatique est gênée par la localisation filarienne ganglionnaire, est tuméfié, gorgé de liquide, comme l'épididyme. Il peut présenter une consistance kystique ; quelquefois, il est ligneux ; en d'autres cas, la surface est inégale. L'albuginée est épaissie ; l'hydatide de Morgagni hypertrophiée (2<sup>cm</sup> sur 1<sup>cm</sup> ; cas d'AUDAIN) ; la vaginale vascularisée et la cavité remplie de liquide. Les vaisseaux afférents qui, au nombre de huit à dix, se

dirigent sans s'anastomoser, vers l'orifice inguinal externe sont distendus. Cette ectasie varie avec la densité du tissu cellulaire qui les engaine dans le cordon et avec le nombre des accès de colique filarienne, qui témoignent de la résistance et de l'obstacle à vaincre. Elle peut atteindre le calibre d'une anse intestinale. Les ganglions lombaires sont hypertrophiés, ramollis, semblables à de véritables éponges.

Le traitement de l'adéno-lymphocèle et du varicocèle lymphatique consiste à réséquer les vaisseaux dilatés. S'il y a lieu, la vaginale sera excisée et le testicule sera fixé, par l'orchidopexie, hors de sa cavité séreuse (AUDAIN).