

## PHLÉBITE DU CORDON

**1° Définition.** — C'est l'inflammation des veines du cordon. La phlébite du cordon ne doit pas être confondue avec le varicocèle, qu'elle complique rarement. Le varicocèle, tel que nous l'entendons, consiste dans une ectasie veineuse permanente, qui s'explique par des raisons mécaniques ou congénitales. S'il existe, comme dans toute varice, des altérations constantes de la paroi veineuse, la dystrophie des éléments de cette paroi en est la cause première. La phlébite suppose une infection des tuniques vasculaires et l'ectasie devient une cause suffisante, mais non nécessaire. Toutefois, les varicocèles anciens sont le plus souvent des varicocèles infectés ; cette infection, légère et limitée dans la grande majorité des cas, peut être exceptionnellement profonde et étendue à de longs segments veineux ; les états intermédiaires existent ; c'est pourquoi bon nombre d'auteurs, avec juste raison, considèrent le varicocèle et la thrombo-phlébite funiculaire comme des complications des veines du cordon de même nature, mais avec des degrés différents.

**2° Historique.** — Avant LISTER, la phlébite funiculaire, à forme septique, succédait fréquemment aux manœuvres opératoires de la cure du varicocèle.

L'antisepsie et l'asepsie ont fait disparaître cette complication.

Des cas de phlébite spontanée ont été rapportés par POTT, VIDAL (de Cassis) et KOCHER. Le premier travail d'ensemble sur la question est d'ESCALIER (1851). Depuis, des observations

nouvelles ont été publiées par VALLIN, QUÉNU et LONGUET. Ce dernier auteur, dans un article récent, que je mettrai à contribution, n'a pu réunir que six cas authentiques de thrombo-phlébite du cordon.

**3° Étiologie.** — Comme le varicocèle, la phlébite funiculaire s'observe le plus souvent du côté gauche ; ce n'est qu'exceptionnellement que l'affection intéresse le côté droit ou les deux côtés.

La cause vraie ou déterminante de la phlébite du cordon est une inoculation microbienne, dont les agents ne sont pas encore déterminés ; dans l'observation de QUÉNU, il semble rationnel d'incriminer le gonocoque, puisqu'il s'agissait d'un individu atteint de blennorrhagie et de varicocèle.

L'infection peut se faire soit par propagation de voisinage, par exemple, après une cure septique de varicocèle ou de hernie inguinale, soit par voie sanguine, par exemple, au cours d'une amygdalite (LONGUET) ou d'une fièvre typhoïde (VIDAL). La phlébite funiculaire, suivant FORCUE et RECLUS, compliquerait volontiers les varicocèles dans les pays chauds.

**4° Anatomie pathologique.** — La phlébite peut intéresser le groupe antérieur ou postérieur des veines funiculaires. Dans le premier cas, l'affection peut gagner la veine cave inférieure ; dans le second, elle s'arrête à l'orifice interne du canal inguinal ; la première forme est naturellement beaucoup plus grave que la seconde.

L'inflammation de la veine s'établit de bas en haut ; autrement dit, l'infection est ascendante, ce qui est rationnel. Donc, une intervention précoce pourra facilement dépasser les limites du mal. Il existe, de la phlébite funiculaire, trois états anatomo-cliniques : la forme *septique* qui n'est qu'un épiphénomène de la septicémie veineuse et dans laquelle l'endoveine est à peine altérée ; la forme *suppurée*, caractérisée par des abcès multiples qui se forment en voie ascendante le long des veines du cordon ; et la forme *adhésive* qui se révèle par la présence d'un caillot de longueur variable, adhérent à une paroi veineuse épaissie et artérialisée.

Parmi les complications anatomiques possibles de la phlébite

funiculaire, il convient de signaler la périphlébite, la funiculite suppurée, la vaginalite hémorragique et suppurée, et même un certain degré de péritonite.

**5° Symptômes.** — 1° *Phlébite septicémique ou hyperinfectieuse.* — Les symptômes locaux passent inaperçus et c'est l'état général qui commande le tableau clinique. L'embolie pulmonaire peut être le premier signe de la thrombose funiculaire ;

2° *Phlébite pyohémique ou purulente.* — Elle est caractérisée par une douleur localisée à la région funiculaire et irradiée vers les reins ou le testicule, puis par l'apparition d'une tuméfaction inflammatoire qui peut acquérir des dimensions considérables et faire songer à une orchite-épididymite ou à un phlegmon herniaire. « C'est un plastron dur, dépressible, où l'on rencontre des stries veineuses, plus mou au centre, sans fluctuation appréciable, quelquefois de consistance ligneuse. Le pouls est fréquent, mais fort et bien frappé, plein et bondissant, en concordance avec la température, qui est de 39° à 40° » ;

3° *Phlébite adhésive ou thrombophlébite du cordon.* — « Progressivement, une petite tuméfaction s'installe dans les bourses, qui, d'abord nodulaire, s'allonge et grandit en un fuseau de plus en plus sensible à la pression, dépressible et donnant la sensation d'un vaisseau injecté au suif. La tumeur peut être serpentine, elle est distincte et assez facile à séparer du canal déférent. Circonscrite et bien limitée, elle se mobilise et se déplace facilement au sein des tissus ambiants. Quant aux troubles généraux, ils se résument à un embarras gastrique. » (Longuet.)

**6° Marche et terminaisons.** — L'affection se termine par résolution avec ou sans atrophie du testicule, avec ou sans phlébolithes, quand il s'agit d'infection atténuée. Dans les formes graves, la mort survient par septicémie ou pyohémie.

**7° Diagnostic.** — La forme septicémique est d'un diagnostic difficile, parfois impossible ; il faudra la distinguer de la septicémie péritonéale, de l'appendicite perforante, de l'étranglement interne. La forme pyohémique, suivant le siège des lé-

sions, peut en imposer pour une hernie étranglée, un phlegmon des bourses, une orchite-épididymite, une vaginalite. La forme thrombosante devra être distinguée des déférentites blennorrhagique, tuberculeuse ou syphilitique ou d'une corde épiploïque.

**8° Traitement.** — « La phlébite du cordon ressortit exclusivement à la chirurgie opératoire. » Elle peut être traitée par la phlébectomie, par la phlébotomie ou par la castration.

La *phlébectomie* a été pratiquée par QUÉNU et LONGUET. Cette méthode convient surtout aux phlébites, suppurées ou non, qui sont extirpables. Elle consiste dans la dissection et la résection de la veine thrombosée. Suivant la remarque de Longuet, il est indispensable de jeter deux ligatures voisines sur la veine le plus haut possible, après avoir décollé le péritoine iliaque ; de sectionner cette veine entre les deux ligatures et de disséquer de haut en bas. De la sorte, « il n'y a pas de crainte de détacher une embolie dans la circulation, au cours de la manipulation de la veine, puisque le circuit est d'abord fermé par en haut ».

La *phlébotomie* est une opération de nécessité ; elle a pour but de donner issue à une collection funiculaire ou vaginale et elle est faite à l'aide du bistouri ou du thermocautère. L'abcès peut être très haut situé, même dans la région lombaire (ESCALIER).

La *castration* totale, proposée par ROBINEAU, n'est indiquée que si les altérations du cordon ou du testicule sont telles qu'il n'est pas possible de songer à conserver l'organe. Il ne faut s'y décider qu'à la dernière extrémité. En somme, la phlébectomie est le traitement de choix.