

d'entre eux de véritables noyaux fibreux désormais organisés, anciens foyers d'une bacillose transformée. Mais, en règle, on peut dire que, dans tous ces cas, il ne s'agit point de guérison définitive; ce sont là, presque toujours, des améliorations temporaires, des trêves morbides, capables, il est vrai, de se prolonger pendant plusieurs mois et plusieurs années, mais aboutissant, un jour ou l'autre, à plus ou moins longue échéance, au ramollissement des granulations, à l'envahissement des autres organes de la génération et, plus tard, à l'infection générale des viscères. Au total, nous pensons qu'il est indispensable de soumettre au traitement médical les malades atteints d'épididymite tuberculeuse, mais nous pensons qu'il est imprudent de faire grand fonds sur le pouvoir curateur de celui-ci.

b. *Valeur des cautérisations.* — Nous avouons n'avoir pas un grand enthousiasme pour la cautérisation ignée interstitielle profonde que Verneuil, en 1871 déjà, devant la Société de chirurgie, recommandait d'appliquer à la tuberculose ramollie, fistuleuse, devenue scrotale, et qu'aujourd'hui Reynier conseille, au dire de son élève Eunard, comme la meilleure thérapeutique des lésions encore jeunes, non plus que pour les injections interstitielles d'éther iodoformé et de naphthol camphré, que Reboul, entre autres, a préconisées en 1891, au Congrès de chirurgie.

La cautérisation ignée, avec les escarres et la suppuration qu'elle provoque, avec les délabrements qu'elle nécessite pour être complète, si les lésions sont disséminées sur toute la longueur du canal épидидymaire, avec son caractère d'opération aveugle puisqu'on agit au travers des enveloppes du testicule, avec les chances qu'elle donne au chirurgien de n'atteindre qu'une partie du mal et de laisser en dehors de l'action du feu des tissus infectés, ne nous paraît vraiment pas constituer une méthode recommandable. C'est trop d'inconvénients et pas assez d'avantages pour un procédé qu'on appelle simple, mais qui, en définitive, nécessite la chloroformisation, tout comme une opération sanglante. Aussi, nous paraît-elle devoir être réservée aux cas où, le testicule et l'épididyme étant atteints l'un et l'autre et ayant produit des fistules scrotales, le chirurgien trouve, à tort ou à raison, dans des lésions des vésicules séminales, de la prostate et des poumons, une contre-indication à la castration.

c. *Valeur des injections interstitielles.* — Les injections d'éther, d'huile ou de glycérine iodoformées, que Verneuil a si souvent défendues, et qui donnent, dans le traitement des abcès tuberculeux venant pointer sous les téguments, loin de la région où ils se sont formés et sur laquelle l'action chirurgicale directe est impossible, des résultats quelquefois précieux, nous semblent, dans la majorité des cas, devoir céder le pas, pour la cure des tuberculoses locales, à l'extirpation complète du mal. Quelques réserves qu'à juste raison l'on doive et puisse faire, avec Verneuil, sur les suites éloignées

de toute opération pratiquée chez un tuberculeux, il faut reconnaître que l'intervention sanglante est aujourd'hui défendue par la plupart des chirurgiens: la discussion engagée au Congrès français de chirurgie de 1889 l'a bien montré. Appliquées au traitement de l'épididymite tuberculeuse, et plus peut-être pour elle que pour la plupart des abcès froids, puisqu'il est difficile d'atteindre tous les foyers, les injections interstitielles d'iodoforme en solution constituent une méthode très lente, entraînant une suppuration prolongée, souvent incomplète et nécessitant, par conséquent, l'application longtemps répétée de la médication, mais toujours, il faut l'avouer, d'une simplicité grande et d'une bénignité absolue. Recommandables là où l'opération radicale n'est pas jugée possible, nous les jugeons inférieures à celle-ci en toute autre occurrence.

d. *Valeur de la castration.* — De la castration, sur laquelle on a beaucoup discuté, qu'on n'a pas défendue sans quelque raison, mais qu'on a peut-être attaquée plus justement encore, voici ce que nous pensons. Nous devons dire, tout d'abord, qu'elle nous paraît constituer le seul traitement applicable aux cas dans lesquels le testicule est profondément envahi comme l'épididyme, où il y a des abcès, des fistules et des clapiers, où, au total, les désordres d'une tuberculose ramollie et envahie par la suppuration se sont étendus à la glande, à l'appareil excréteur, à la vaginale et aux enveloppes. On lui a reproché de faire courir au malade les risques d'une poussée de tuberculose sur les annexes du testicule ou sur des viscères éloignés (poumons, méninges, etc.) par une sorte « de réveil des foyers latents ». C'est, en vérité, une opération de bienfaisance, comme dit Lejars, après laquelle on voit s'atténuer et rétrocéder — au moins en apparence — les lésions de la prostate et des vésicules séminales, les joues se remplir, le teint se colorer, le poids augmenter, tout l'état général, en somme, subir une notable amélioration.

En revanche, je ne suis pas partisan de la « castration hâtive ». Le seul argument qu'on puisse donner en faveur de cette castration hâtive et la seule base sur laquelle s'étaie sa conception est que, par la destruction d'un foyer de tuberculose locale, elle met le malade à l'abri de toute atteinte ultérieure du mal. Or, ce point prête doublement à discussion. D'abord, nous ne tenons point la marche et l'évolution viscérale de la tuberculose comme obéissant à des règles fixes. Les modes de contagion sont très nombreux et très divers; il est toujours difficile de dire par où un malade a pris la tuberculose et quel a été le premier foyer local, si difficile, même, que rien qu'en ce qui concerne la tuberculose génitale, les chirurgiens ne savent guère encore lequel précède l'autre, dans le cortège des organes malades, du testicule et de l'épididyme, ou bien de la prostate et des vésicules. Aussi ne nous semble-t-il pas légitime de faire, au début de l'épididymite bacillaire, le sacrifice de la glande génitale. Mais ce n'est

pas tout. A supposer que ce soit bien de l'intérieur du scrotum que la tuberculose rayonne vers les autres parties de l'appareil génital, la castration est-elle cette fois et de ce fait recommandable? Je ne le crois pas, et voici pourquoi. On n'est point encore fixé sur la fréquence proportionnelle des cas où l'épididyme est seul atteint et de ceux où le testicule et l'épididyme sont simultanément envahis. Reclus dit bien que les lésions frappent du même coup les deux organes dans les trois quarts des cas; mais il me semble que c'est là une proportion pessimiste. Si celle-ci est établie sur des examens cliniques, je dois dire que l'observation de mes malades ne m'a rien indiqué de pareil; si elle est établie sur des constatations nécroscopiques, je pense qu'elle constitue une donnée fautive, car on ne saurait établir de comparaison, au point de vue du siège, de l'étendue et du degré des lésions, entre les organes génitaux du cadavre mort, après plusieurs mois de maladie, d'une tuberculose qui a eu le temps d'évoluer, d'envahir de proche en proche les territoires voisins et de s'étendre jusqu'aux viscères éloignés, et les organes génitaux du malade qui s'en remet au chirurgien du soin de guérir son affection, quelque temps après les premières manifestations de celle-ci. Pour ma part, je pense, non seulement que la tuberculose du testicule, au moins dans la très grande majorité des cas, est consécutive à la tuberculose de l'épididyme, mais encore que, pendant un laps de temps relativement assez long, l'épididyme est seul atteint. Voilà pourquoi la castration ne me paraît de mise que le jour où les lésions tuberculeuses ont accompli les progrès dont je parlais plus haut.

e. *Valeur des opérations épидидymaires.* — Je crois donc qu'il faut s'adresser à l'épididyme seul dans lequel les lésions paraissent débiter et se cantonner pendant un certain temps.

Les opérations qui portent sur l'épididyme tuberculeux sont de deux sortes; 1° la *résection typique*, suivie ou non de la résection du canal déférent et de la vésicule séminale (Bardenhauer, Villeneuve (1), Humber); 2° la *résection atypique* ou curetage méthodique, (Quénu, Tillaux (2), Duplay). Ces interventions donnent de bons résultats; elles ont tous les avantages de la castration hâtive, sans en avoir les inconvénients. Voici comment on peut les mettre en pratique:

Les malades frappés de tuberculose épидидymaire se présentent, au point de vue opératoire, dans deux conditions différentes: les uns ont de l'hydrocèle vaginale, les autres n'en ont pas. Les premiers sont de beaucoup les plus rares.

1. **Tuberculose avec hydrocèle.** — Chez les malades qui ont de

(1) VILLENEUVE, *Assoc. franç. pour l'av. des sciences*. Congrès tenu à Marseille en 1891. Séance du 19 septembre. — *Voy. Sem. méd. de Paris*, 23 sept. 1891, n° 47, p. 389.

(2) TILLAUX, *Traitement chirurgical de la tuberculose testiculaire* (*Bull. méd.*, 3 juin 1896).

l'hydrocèle, il faut ouvrir la vaginale, évacuer le liquide et étudier ensuite les organes sous-jacents à la séreuse; si le testicule est frappé, s'il a augmenté de volume, s'il a perdu sa souplesse, s'il est dur, noueux, bosselé, si, en résumé, l'on peut reconnaître à quelque signe que la glande elle-même est profondément atteinte, une seule intervention s'impose: la castration. Dans un cas cependant, j'ai pu, comme plusieurs autres (Quénu, Lejars, Poncet, Delbet) conserver avec succès à l'un de mes malades un testicule dans l'intérieur duquel s'était développée une masse tuberculeuse du volume d'une petite noisette, en pratiquant l'orchidotomie et en découvrant un noyau tuberculeux que je pus facilement, avec la curette, énucléer du parenchyme glandulaire et dont je grattai la coque, pour suturer ensuite les deux lèvres de l'albuginée. Si, donc, le malade qu'on opère est atteint d'hydrocèle, on fend la vaginale et on explore les organes. Le testicule est-il, en toute évidence, très malade? on l'enlève. Conserve-t-on des doutes sur l'état de son parenchyme? on le fend et on l'examine, sauf à tenir ensuite telle conduite que commande le résultat de l'exploration. Enfin la glande génitale est-elle ou paraît-elle saine? on pratique la résection épидидymaire.

Voici comment Humber (note manuscrite) décrit l'opération: « Je ne me sers du bistouri que pour l'incision des parties molles (incision rectiligne si elles sont saines, ou ovalaire). La vaginale ouverte, le testicule et l'épididyme mis à jour, je commence par attaquer, avec un instrument moussé, de préférence et tout simplement avec la pointe des ciseaux courbes, les adhérences qui — sauf tout à fait au début — existent presque toujours entre le corps de l'épididyme et le dos du testicule. Je les décolle ou je les romps, suivant qu'elles sont molles, filamenteuses, ou denses et résistantes. Puis, je glisse la pointe des ciseaux entre la face interne de l'épididyme et le faisceau vasculo-nerveux. Je décolle peu à peu, par des mouvements de latéralité, ou encore en ouvrant les ciseaux, comme on ouvre un spéculum (l'instrument tranchant exposerait à des hémorragies qu'on évite facilement par ce moyen). En un mot, isolant de partout le corps de l'épididyme, je rétablis et j'isole « l'anse épидидymaire ». Cela fait, avec le thermocautère à peine rouge, je désinsère successivement la tête et la queue de l'épididyme. Après quoi, je sectionne, toujours au thermocautère, le canal déférent. Le testicule ainsi isolé et suspendu au faisceau vasculo-nerveux, je referme la tunique vaginale, avec quelques points au catgut; puis, suture des téguments. Il est toujours bon de toucher au thermocautère les points de l'albuginée, au niveau de la tête et de la queue de l'épididyme, après la désinsertion. Mais, s'il y a un abcès adhérent à l'albuginée, ce qui est fréquent, celle-ci étant plus ou moins attaquée, il faut gratter

à la curette, même en exciser un morceau, et suturer au catgut. »

2. **Tuberculose sans hydrocèle.** — L'on peut, ici, employer deux procédés : ou bien ouvrir la vaginale, comme dans le cas d'hydrocèle concomitante, et pratiquer la résection épидидymaire totale, ou bien utiliser la voie rétro-vaginale et, entre les deux feuillets de réflexion de la séreuse, sur la face postérieure du scrotum, pratiquer, comme Quénu, un curetage méthodique des noyaux tuberculeux. Voici comment Quénu procède :

« Ne s'agit-il que de petits noyaux déposés à froid, soit dans l'épididyme, soit dans le canal déférent, nous saisissons, avec la main gauche, le testicule et faisons saillir le noyau induré sous la peau. Une incision de 3 ou 4 centimètres ouvre le foyer, deux pinces de Kocher saisissent les lèvres de l'ouverture et la curette a vite fait de nettoyer la petite caverne tuberculeuse. Nous touchons la surface cavitaire seulement avec le chlorure de zinc à 1 p. 10 et, si la cavité est petite, nous n'hésitons pas, après avoir bien fait l'assèchement, à tenter la réunion primitive à l'aide de catguts profonds et superficiels. Lorsque le foyer tuberculeux est plus important, nous ne réunissons pas profondément et nous nous bornons à bourrer la cavité avec de la gaze iodoformée (1). »

Entre ces deux opérations : résection totale et typique, et résection partielle et atypique, que j'ai l'une et l'autre pratiquées un bon nombre de fois, je donne la préférence à la première, que j'ai cependant moins souvent employée. Cette ouverture large des foyers tuberculeux, suivie du curetage et de la cautérisation au chlorure de zinc, constitue certes une excellente opération, mais une opération souvent incomplète ; lorsque le corps tout entier de l'épididyme est atteint, il est bien difficile que de petits centres de caséification n'échappent pas à l'exploration. C'est là, du reste, l'inconvénient principal des résections atypiques en général, que des lésions petites, profondes ou cachées, peuvent être abandonnées dans les tissus et repulluler après l'opération.

Dans l'ensemble, elles constituent l'une et l'autre le traitement de choix de l'épididymite tuberculeuse. Evidemment, elles peuvent être suivies d'une récédive et il m'est arrivé deux ou trois fois d'être obligé de pratiquer des castrations secondaires ; mais on peut dire qu'elles évitent à la plupart des malades le cruel sacrifice d'une amputation testiculaire.

3. **Tuberculose compliquée.** — Elles deviennent, d'ailleurs, insuffisantes, quand, en même temps que des lésions épидидymaires, on constate l'existence de lésions vésiculo-déférentielles. Ici une autre opération s'impose, qui est encore toute nouvelle et qu'on a peu pratiquée encore : je veux parler de la funiculo-vésiculectomie qui, sui-

(1) QUÉNU, Traitement opératoire de la tuberculose épидидymaire (*Gaz. méd. de Paris*, 1896, n° 20, p. 225).

vant les cas, devra être combinée soit avec l'épididymectomie simple, soit avec la castration totale.

Voici les procédés qui ont été jusqu'à ce jour employés :

Villeneuve (de Marseille) (1) a utilisé la voie inguino-scrotale seule, en « pénétrant par le trajet inguinal, après avoir ouvert la vaginale et pratiqué l'épididymectomie. On tire sur le canal déférent comme sur le ligament rond dans l'opération d'Alexander, et, en décollant le tissu cellulaire, on arrive sur la base de la prostate et la vésicule. »

Roux (de Lausanne) (2) commence son opération par la voie abdominale, enlève, par cette voie, tout ce qu'il peut du canal déférent, et termine par la voie périnéale qui lui permet de sectionner le releveur dans toute sa hauteur, arrive sur la prostate, introduit l'index dans le rectum, accroche, à travers la paroi de l'intestin, la vésicule séminale et l'amène dans la plaie périnéale où il l'excise.

Baudet et Kendirdjy (3), utilisant, dans la recherche de la vésicule, le procédé préconisé par Quénu pour l'extirpation du rectum par la voie périnéale, commencent par extirper la vésicule séminale et par libérer le canal déférent. Ensuite, seulement, ils terminent l'opération en extirpant le reste du canal déférent par la voie inguino-scrotale.

Il est assez difficile de porter, à l'heure qu'il est, un jugement définitif sur ces opérations un peu compliquées, qui, d'ailleurs, semblent bénignes. Il reste entendu que la résection du canal déférent ne trouble pas la vitalité testiculaire.

f. *Valeur des méthodes atrophiantes.* — Le moment n'est pas encore venu d'apprécier la méthode atrophiante que Mauclaire (4) a récemment appliquée au traitement de la tuberculose épидидymaire et dont il a consigné les premiers résultats dans un intéressant mémoire. D'après lui, la meilleure des méthodes atrophiantes consisterait dans la section de tous les éléments du cordon, sauf le canal déférent, l'artère déférentielle et les veinules qui accompagnent celle-ci. Dans les cas de tuberculose non suppurée, on obtiendrait « l'atrophie rapide de l'organe malade et la formation d'un noyau fibro glandulaire ou fibro ex-glandulaire petit, dur, indolore à la pression, qui donne au malade l'illusion d'un testicule suffisant ».

ORCHI-ÉPIDIDYMITE SYPHILITIQUE (5)

Le testicule obéit, comme la plupart des viscères et en particulier le foie, aux deux modes de l'infection syphilitique : la syphilis héréditaire.

(1) VILLENEUVE, *loc. cit.*

(2) ROUX, *Cinquième Congrès franç. de chirurgie*, séance du 3 avril 1891 (*Sem. méd.*, 8 avril 1891, n° 18, p. 143).

(3) BAUDET et KENDIRDJY, *Gaz. des hôp.*, 15 octobre 1898.

(4) MAUCLAIRE, Traitement de la tuberculose épидидymique-testiculaire et les sections des éléments du cordon spermatique, (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, Avril 1900, n° 4, p. 256.)

(5) Cet article a été écrit par M. Jean PETIT, interne des hôpitaux.