

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.