

par l'S iliaque sur les veines spermaticques pouvait être invoquée dans la genèse du varicocèle, elle devrait agir bien plus énergiquement dans le décubitus horizontal que dans la station verticale ; or, c'est le contraire qui se produit : le varicocèle augmente dans ce dernier cas et diminue dans le premier. Enfin, Blandin a montré que parfois les varices remontent jusqu'à la région lombaire, c'est-à-dire bien au-dessus du point comprimé. Aussi cette hypothèse de la compression des veines par l'S iliaque a-t-elle perdu tout crédit.

c. *L'embouchure de la veine spermatique gauche.* — A droite, la veine spermatique débouche dans la veine cave inférieure, qui est verticale ; à gauche, elle débouche dans la veine rénale, qui est horizontale. Il en résulte qu'à droite le courant sanguin veineux du testicule marche parallèlement au courant sanguin cave et le rencontre parallèlement, tandis qu'à gauche le courant sanguin veineux du testicule marche perpendiculairement au courant sanguin rénal et le rencontre perpendiculairement. De là, un excès de pression dans le système des veines funiculaires gauches qui expliquerait la localisation, pour ainsi dire constante, du varicocèle de ce même côté. Vidal (de Cassis) attribuait une si grande importance à ce mécanisme différentiel de la circulation testiculaire et à cette unilatéralité constante du varicocèle à gauche, qu'il considérait les varices funiculaires droites comme un signe d'inversion générale des viscères. Il paraît bien certain aujourd'hui qu'il y a là une exagération.

4° *L'effort abdominal.* — Il n'est pas rare, dit-on, de voir des jeunes soldats, indemnes de tout varicocèle avant leur incorporation militaire, présenter, après quelques mois de service, les signes de la dilatation veineuse funiculaire. On a cherché et cru trouver de ce fait une explication dans la contraction des muscles de l'abdomen nécessitée par le port du fusil, l'exercice et la manœuvre des armes. Histach pensait que, pour assurer le libre fonctionnement du bras droit, les muscles abdominaux du côté gauche se contractaient de manière à fixer ce côté et à en faire un point d'appui ; cette contraction provoquait, par le resserrement de l'orifice extérieur du canal inguinal, la compression des veines spermaticques. Ce « resserrement » n'existe pas. Gaujot croit simplement que « la répétition successive et fréquemment multipliée de cette série de contractions des muscles du côté gauche détermine dans les veines, et en particulier dans celles du cordon gauche, une stase qui finit par amener leur dilatation. » Je n'ai pas besoin de faire ressortir tout ce qu'il y a de conventionnel dans cette théorie de l'hémi-contraction musculaire qui ne saurait vraiment pas satisfaire l'esprit d'un anatomiste un peu habitué à la pratique des exercices du corps.

Il reste, d'ailleurs, entendu que l'effort abdominal total doit constituer, par son intensité et sa répétition, dans les veines du cordon spermatique, comme dans tout le système veineux en général, plus

particulièrement peut-être pour celles-ci, une cause importante de gêne circulatoire : ainsi, dit Duplay, s'expliquerait la formation de certains varicocèles professionnels (varicocèle des boulangers, des cavaliers, des rameurs, des tousseurs). Ici intervient, précisément, l'insuffisance valvulaire dont je parlais plus haut.

5° *Les hyperémies génitales.* — Périer, Segond, ont encore incriminé les hyperémies génitales que provoquent la puberté, la fréquentation des femmes, la masturbation, les inflammations testiculaires. Le sang pénétrant en assez grande abondance dans les capillaires de la glande sous l'influence des excitations physiques, de l'imagination ou de l'infection, dilaterait considérablement ses capillaires. Cette dilatation intermittente contribuerait à la formation des varices dans les petites veinules : « les petites veines dilatées, les grosses ne tarderaient pas à se prendre ». Pure hypothèse. Il s'en faut, et de beaucoup, que cette interprétation puisse s'étendre à tous les jeunes gens porteurs de varicocèle ; j'en ai vu chez lesquels le sens génital était, pour ainsi dire, muet.

2° *Théorie des lésions pariéto-veineuses.* — Quoi qu'il en soit de ces hypothèses qui, toutes, sont au moins vraisemblables, il me paraît indiscutable, comme je le disais plus haut, que la stase veineuse joue un rôle considérable dans la genèse du varicocèle. Peut-être la plupart des causes que je viens d'énumérer agissent-elles concurremment. On tend cependant, d'une manière générale, à faire rentrer le varicocèle, au point de vue de sa pathogénie, dans le cadre de toutes les dilatations variqueuses et, plus particulièrement, à l'assimiler aux varices du membre inférieur, à le considérer comme le résultat d'une altération chronique des parois veineuses, d'un trouble de nutrition, d'une dystrophie de la couche musculaire des vaisseaux, de cause générale, comme un des symptômes, en un mot, de la phlébo-sclérose. Ces lésions sont indiscutables ; la seule question qui se pose est de savoir si elles sont primitives ou secondaires. Il ne faut pas oublier, en effet, que le varicocèle est l'apanage des jeunes, qu'il s'abat plus particulièrement sur des sujets dont les intoxications, les infections et l'usure organique n'ont pas encore eu le temps d'attaquer les tissus et qui, en particulier, se présentent avec un arbre artériel absolument sain, et, enfin, qu'on tend aujourd'hui à considérer comme purement mécaniques, au début, les varices de la saphène. Et d'ailleurs, comment expliquer, si vraiment elle est antérieure au varicocèle et l'engendre, cette phlébo-sclérose cantonnée à une région très restreinte du système veineux, quand, au contraire, c'est précisément le propre de l'artério-sclérose de s'étendre à tout l'arbre artériel ?

Anatomie pathologique. — Le varicocèle n'est donc autre chose « qu'une dilatation variqueuse des veines qui constituent le plexus spermatique ». Tout d'abord, elles sont simplement élargies ;

par la suite, elles se dilatent de plus en plus, mais d'une manière uniforme ; enfin, dans une dernière étape, leurs parois s'amincissent et s'épaississent par places, d'une façon inégale, et la cavité veineuse présente des renflements irrégulièrement distribués.

Telle est la marche du processus variqueux en général. Mais, tandis qu'ordinairement les varices, celles du membre inférieur par exemple, se constituent dans un temps relativement rapide, pour le varicocèle, au contraire, les veines spermatiques, ainsi que je le faisais remarquer plus haut, demeurent longtemps minces et dilatées, et n'arrivent que très tard à l'état de varices ampullaires.

A l'état normal, les veines issues de la glande génitale se groupent en trois faisceaux : l'antérieur, de beaucoup le plus volumineux, entoure l'artère spermatique, le moyen accompagne l'artère déférentielle et le canal déférent, le postérieur est formé par la réunion de quelques veines issues du pôle inférieur du testicule et de la queue de l'épididyme. On considère, en général, le groupe antérieur comme le premier frappé et comme le plus atteint dans le cas où toutes les veines spermatiques sont ectasiées. Horteloup, au contraire, décrit la phlébectasie comme beaucoup plus rapide et plus accentuée dans le plexus funiculaire postérieur. Quoi qu'il en soit, dans le varicocèle total, les flexuosités sont surtout marquées au voisinage de la glande génitale. Le paquet variqueux prend la forme d'un cône dont le sommet est supérieur, et dont la base répond au testicule. Ce dernier, parfois débordé de toutes parts, surtout en arrière, paraît enfoui au milieu de ces flexuosités veineuses que l'on a justement comparées à une agglomération de vers ou d'intestins de poulet. Ces veines variqueuses, reliées par de nombreuses anastomoses, forment une masse inextricable, au milieu de laquelle le canal déférent semble perdu.

Mais si, dans un grand nombre de cas, le processus morbide paraît atteindre à la fois tout le système des veines spermatiques, il faut néanmoins distinguer des cas où il semble se localiser à un seul groupe. Tantôt, c'est le faisceau antérieur qui est malade, tantôt c'est le postérieur. Parfois, on a affaire à une variété de tumeur fort curieuse : c'est le varicocèle qui a été décrit par Doumenge (1), et qui intéresse les veines de la queue de l'épididyme. Du volume d'une noisette ou d'une petite noix, ce varicocèle se développe en une tuméfaction qui entoure la queue de l'épididyme dont la tête est libre dans la vaginale. Sa coloration est variable suivant la quantité de tissu cellulaire qui l'engaine ; « d'un aspect gris terne lorsque les vaisseaux sont entourés d'une grande quantité de tissu cellulaire, elle devient bleuâtre lorsqu'ils sont simplement accolés les uns aux autres ». Cette tumeur variqueuse semble être le pri-

(1) DOUMENGE, Varicocèle de la queue de l'épididyme, thèse de Paris, 1875.

vilège de la vieillesse ; elle est locale et presque toujours unilatérale. J'en reparlerai plus loin, n'y croyant guère.

Le processus variqueux s'arrête le plus souvent au niveau de l'orifice extérieur du canal inguinal. Cela n'est pas, du reste, une règle absolue, car on a vu, dans les cas de varicocèle volumineux, l'état variqueux se prolonger sur toute la hauteur des veines spermatiques.

Au point de vue histologique, les altérations que l'on trouve dans le varicocèle sont de même nature que celles des varices en général, avec cette différence, je le répète encore, qu'elles mettent beaucoup plus de temps pour arriver au terme ultime du développement phléboscléreux, terme que parfois, d'ailleurs, elles n'atteignent jamais. Après une période de simple dilatation, survient donc l'état variqueux vrai, qui est caractérisé par la dilatation des veines, avec hypertrophie de leurs parois, c'est-à-dire par les lésions de la phlébite chronique. La tunique interne est celle qui se ressent le moins de cette inflammation chronique. La tunique moyenne, au contraire, est le siège d'une hyperplasie considérable du tissu conjonctif qui aboutit finalement à la formation de tissu fibreux. Lorsque l'état variqueux est parvenu au dernier degré de son évolution, la paroi veineuse est devenue méconnaissable ; on peut même y trouver parfois, comme dans les varices du membre inférieur, des concrétions calcaires enfoncées au milieu des travées fibreuses. L'épaisseur de la tunique moyenne « est de deux à dix fois plus considérable qu'à l'état normal, la dilatation porte non seulement sur le tronc de la veine, mais aussi sur toutes les veinules et les vasa-vasorum » (Cornil).

Le tissu cellulaire dans lequel baignent les éléments du cordon est, en général, indemne de toute altération. Il est très facile, dans la grande majorité des cas, même dans les varicocèles volumineux, de dissocier ces éléments en les palpant au travers des enveloppes des bourses, ce qui démontre bien la souplesse du tissu conjonctif qui les entoure. Néanmoins, il est des cas où ce tissu cellulaire participe à l'inflammation chronique et se transforme en tissu fibreux. Les veines spermatiques dilatées sont alors perdues au milieu d'un tissu induré et lardacé, et l'ensemble constitue une tumeur dont la consistance et la forme pourraient en imposer pour un néoplasme. Quoique rare, cette disposition a été signalée plusieurs fois et bien décrite par Escalier (1) : « La coupe de ces tumeurs offre un grand nombre de lobules, dont les uns sont vides, et les autres remplis de caillots plus ou moins adhérents. L'ouverture béante offre de 1 à 2 centimètres de diamètre. Entre ces petites cavernes existe un tissu cellulaire très serré, presque lardacé dans un espace à peu près égal à celui qu'elles occupent ; à ce tissu adhère intime-

(1) ESCALIER, *Mém. de la Soc. de chir.*, 1851, t. II, p. 66.

ment la membrane de ces loges qui sont ainsi maintenues béantes, comme l'est la lumière des veines hépatiques dans le foie. »

L'existence du varicocèle entraîne-t-elle des modifications du côté du parenchyme testiculaire? Chez beaucoup de sujets porteurs de varicocèle, même volumineux, la glande génitale ne paraît pas en souffrance. Mais, à côté de ces cas qui forment heureusement la généralité, il n'est pas rare d'observer une diminution de volume assez notable du testicule. C'est principalement, comme le fait observer Segond (1), quand le varicocèle s'est développé rapidement. Alors, le testicule diminue à la fois de volume et de consistance, à mesure qu'augmente l'ectasie des troncs veineux principaux. « Les veinules secondaires se développent, s'élargissent, refoulent et compriment la substance testiculaire, étouffant les canalicules séminifères bientôt altérés. » L'atrophie du parenchyme testiculaire est parfois incomplète et segmentaire : ainsi, dans deux cas, où le varicocèle siégeait au niveau de la queue de l'épididyme, Reclus a trouvé à l'autopsie une sclérose complète du segment inférieur de la glande, où les canalicules étaient remplacés par un tissu conjonctif opalin. Le mécanisme de cette dégénérescence est encore mal expliqué ; il est vraisemblablement lié à l'existence d'une névrite interstitielle provoquée par la dilatation variqueuse des vasa-nervorum. Il est tout probable, en effet, que la dégénérescence nerveuse inter- et intrafasciculaire observée par Quénu dans les varices du membre inférieur existe dans certains varicocèles, et qu'elle est la cause des douleurs et des troubles trophiques qui se passent du côté de la glande génitale.

Symptômes. — Le varicocèle débute parfois brusquement : c'est le « varicocèle aigu », qui se rencontre surtout chez les jeunes soldats. Alors, la tumeur variqueuse du cordon augmente rapidement de volume, s'accompagnant quelquefois de douleurs violentes. Dans un grand nombre de cas, le début, au contraire, est insidieux ; alors l'affection évolue progressivement : c'est le varicocèle chronique. Encore, ce dernier peut-il revêtir deux modalités différentes : l'une, lentement progressive ; l'autre, à poussées successives, qui surviennent sous l'influence d'efforts, de fatigues, d'excès vénériens.

Lorsque l'affection est parvenue à un certain degré de son évolution, et quelque ait été son mode de début, les signes physiques que présentent ces trois formes sont les mêmes à peu de chose près. Quant aux signes fonctionnels, si, assez fréquemment, leur intensité semble être en relation avec la rapidité d'évolution du processus morbide, il serait certainement exagéré de dire que, seul, le varicocèle à début rapide les provoque. En effet, il est des cas nombreux de varicocèle à début brusque qui n'engendrent ultérieurement

(1) SEGOND, *loc. cit.*

aucun trouble sérieux, et de varicocèle chronique qui occasionne, à un moment donné, des désordres fonctionnels importants. Cette division n'est donc pas suffisamment justifiée par la clinique. Il y a, du reste, encore beaucoup d'inconnues dans la pathogénie des désordres locaux et généraux provoqués par le varicocèle ; il est vraisemblable que l'état des nerfs testiculaires et surtout le terrain sur lequel évolue le processus jouent dans cette affaire un rôle infiniment plus considérable que le mode suivant lequel naît et évolue l'affection. L'état psychique, en particulier, a, dans l'espèce, une telle influence que Jonathan Hutchinson a été jusqu'à considérer comme une maladie du système nerveux général, comme un véritable trouble trophique d'origine centrale, l'atrophie du testicule qui accompagne quelquefois le varicocèle.

Au point de vue purement clinique, il y a à considérer dans le varicocèle deux formes principales.

D'une part le varicocèle banal, souvent indolore, ou ne provoquant, en tout cas, que des troubles légers ; d'autre part, le varicocèle douloureux et compliqué de troubles psychiques ou d'atrophie testiculaire.

Le plus grand nombre des varicocèles que l'on observe rentrent dans la première forme. Pendant de longues années, les individus atteints n'éprouvent aucune douleur. Quelques-uns, même, ignorent leur mal. Toutefois, lorsque le paquet variqueux est volumineux et que l'élasticité du scrotum est définitivement débordée, les sujets se plaignent de quelques sensations de gêne et de pesanteur funiculo-testiculaires qui remontent parfois jusqu'à la région lombaire. Ces sensations surviennent à la suite d'excès, de grandes fatigues, plus particulièrement l'été, quand la chaleur ramollit les bourses, mais disparaissent avec le repos. Elles semblent dues à la congestion veineuse qui dilate outre mesure les veines spermaticques déjà ectasiées. En réalité, l'affection est très supportable, et les fonctions génitales sont souvent si bien conservées, même avec un varicocèle assez volumineux, que le malade n'est jamais inquiet et ne se sent pas le besoin de consulter le chirurgien. Cette forme banale du varicocèle est bien différente, comme nous allons le voir, de la seconde forme où des phénomènes douloureux et des troubles nerveux remplacent les sensations fugaces que je viens de décrire.

Dans cette seconde forme, on observe non seulement une gêne et une pesanteur permanentes qui énervent le malade, mais aussi de véritables douleurs. Celles-ci, parties de la région inguino-scrotale, irradient dans toutes les directions, le périnée, la verge, les reins. Elles apparaissent sous forme d'accès qui sont parfois si intenses, chez certains sujets nerveux, qu'on voit ceux-ci, dit Landouzy, « halelants après la moindre course, les traits altérés, la figure baignée de sueurs, inquiète et anxieuse ». Tel d'entre eux, « après une course de

deux cents pas, était comme le poisson sur le sable ». Vidal (1) a vu des individus chercher dans le suicide un terme à leurs maux. Les douleurs sont exaspérées non seulement par la moindre fatigue, mais souvent aussi par des influences extérieures banales : la chaleur, le froid, l'excitation génitale, une exploration très douce, les provoquent ou bien les exagèrent. Un malade, observé par Jaccoud, voyait survenir des accès gastralgiques extrêmement intenses, chaque fois qu'il réduisait le sang contenu dans ses veines spermaticques; au contraire, les souffrances disparaissaient dès que le sang était redescendu dans les bourses. Il faut cependant reconnaître que, d'une manière générale, ces phénomènes douloureux sont influencés par les modifications de la circulation testiculaire, qu'ils augmentent sous l'action de tout ce qui provoque la stagnation du sang dans le testicule, qu'ils diminuent, au contraire, ou disparaissent pendant un certain temps, dès que la décongestion du plexus spermaticque est effectuée. Landouzy, Kocher citent même des individus qui trouvaient dans le coït un moyen thérapeutique très efficace. Cette influence du coït est très nette chez la plupart des malades; ils souffrent tant que dure l'excitation génitale; dès que celle-ci est satisfaite, les douleurs s'apaisent. Puis, il y a des troubles réflexes de toutes sortes : des frissons, des bouffées de chaleur, des migraines, de la fatigue oculaire, des démangeaisons cutanées, des névralgies intercostales, des paresthésies diverses, l'hypersudation, la sensation de froid, etc. (Wiederhald).

Bref, tous ces troubles augmentent si bien que le varicocèle devient un jour une véritable infirmité par les douleurs qu'il provoque, les obsessions et les inquiétudes dont il est l'origine.

Les fonctions génésiques se comportent, suivant les cas, d'une manière très différente. Chez beaucoup, elles s'accomplissent d'une manière normale, et ni le nombre, ni la qualité de leurs manifestations ne paraissent en souffrance. Chez d'autres, au contraire, le sens génital est diminué ou dévié. Horteloup (2) dit avoir opéré un malade qui n'avait d'érections qu'avec un suspensoir. Il en est qui se plaignent d'érections incomplètes. « Ces individus ont plus d'imagination que de puissance, et cette faiblesse est même ce qui les affecte le plus », dit Lallemand (3). Jamin (4) raconte avoir observé un jeune homme de vingt-six ans chez qui « l'émission spermaticque n'était jamais accompagnée d'une érection suffisante pour conduire la verge dans le conduit vaginal; cette impuissance génitale ne fut pas sans influencer très fâcheusement le caractère du malade qui avouait les larmes aux yeux être hanté par les idées les plus sombres ». Chez un autre,

(1) SAUSSAL, thèse de Paris, 1897.

(2) HORTELOUP, *Union méd.*, 1892, p. 137.

(3) SAUSSAL, *loc. cit.*, p. 28.

(4) JAMIN, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, juillet 1889, p. 403.

l'érection n'était possible que dans le décubitus dorsal. L'on pourrait ainsi multiplier les observations. Cette impuissance ne saurait être mise qu'à titre exceptionnel sur le compte de l'atrophie testiculaire, car l'atrophie n'engendre l'impuissance qu'à la condition d'être double. Je ne crois pas qu'il faille davantage l'imputer à la douleur, au moins pour la grande majorité des cas, ainsi que le fait Championnière. Elle ne trouve pas non plus une explication suffisante dans les lésions variqueuses des nerfs du plexus testiculaire. Je crois donc, comme Terrier, comme Berger, qu'il faut incriminer surtout l'état mental de l'individu, la neurasthénie, l'hypocondrie dans lesquelles tombent un certain nombre de varicocéliques, et c'est aussi sur le compte de cette névropathie qu'il faut inscrire les troubles réflexes dont je parlais plus haut.

J'en dirai autant de la spermatorrhée qui affaiblit le malade, et est souvent pour lui la source de chagrins et de désespoir.

L'atrophie du testicule vient quelquefois compliquer la situation. Les auteurs ont émis, sur le compte de cette atrophie testiculaire, des avis tout à fait opposés. Pajet n'y croyait guère. Il est assez commun, écrit-il, « de rencontrer un varicocèle chez des hommes tout à fait sains, qui, étant suffisamment indifférents ou sensés pour s'en faire une idée juste, n'en souffrent ni moralement ni physiquement... En un mot, les cas dans lesquels le varicocèle est plus qu'une chose insignifiante sont très rares ». Pott, Callisen, Cürling, Humphry, O. Will, Cooper (1) auraient, au contraire, observé l'atrophie du testicule, et, sur 100 cas de varicocèles, Barwell aurait, une seule fois, constaté que le testicule avait les caractères extérieurs d'un testicule sain. Quoique, dans une enquête de cette nature, il importe de faire une part, même importante, aux causes inconnues ou introuvables d'atrophie et de dystrophie testiculaires, aux orchites infantiles, par exemple, je crois que cette statistique de Barwell permet de dire que le varicocèle tend à modifier la vitalité testiculaire. Il ne le fait, sans doute, que s'il atteint un certain volume, ou, tout au moins, s'il existe depuis un certain temps; mais il le fait.

La mentalité des sujets atteints de varicocèle est des plus intéressantes à connaître. Une première chose est à noter : c'est que nombre d'hommes adultes ou d'éphèbes portent un varicocèle, même un varicocèle volumineux ou douloureux, dont l'état psychique n'est nullement troublé. Par contre, il en est d'autres qui tombent dans l'hypocondrie.

Tristes, toujours ennuyés, ils concentrent toute leur attention sur leur maladie, sans chercher d'aucune façon à en détourner leur esprit. Ils exagèrent tout ce qu'ils ressentent et s'observent avec une méticuleuse inquiétude, lisant avec avidité tous les ouvrages où il est

(1) COOPER, Traduction française, p. 553.