

traité de leur maladie. Concentrés dans la préoccupation de leur personne, ils passent leur vie à combiner tous les moyens susceptibles d'atténuer leurs souffrances; c'est ainsi : « qu'ils changent plusieurs fois par jour le coton de leur suspensoir, et apportent sans cesse des modifications à leur bandage » (Saussal) (1). Ils sont inquiets, impressionnables, moroses, déprimés. Il n'y a plus rien de viril dans leurs conceptions ni dans leurs œuvres, et toute leur activité se dépense à patauger dans leur idée fixe : perdre le testicule, rester ou devenir impuissants ! Cette dépression morale, comme le fait remarquer très justement Saussal, s'accompagne d'un affaiblissement marqué des forces physiques : le moindre exercice les fatigue, le plus petit travail les plonge dans une lassitude et une torpeur extrêmes. Enfin, certains individus, perdant tout ressort, sont hantés par des idées de suicide [Vidal (de Cassis) (2), Breschet, Lealy, Jamin, etc.].

Comment expliquer ces désordres nerveux, depuis si longtemps connus qu'A. Paré définissait le varicocèle : « une tumeur en apparence faite de veines dilatées et entortillées autour des testicules et du scrotum, lesquelles sont pleines de sang *mélancolique* » ? Je ne crois pas qu'on puisse dire, avec Baïssas, que l'organisme, « même en l'absence de phénomènes douloureux, garde une obscure conscience de la tare physique et de la déchéance virile causée par l'affection ». Il faut, sans doute, plus accuser ici la psychopathie que le varicocèle. Seuls les tarés, les héréditaires, les surmenés, deviennent ainsi des hypocondriaques. Le varicocèle est moins la maladie qui provoque l'éclosion de ces troubles mentaux, que l'accident fortuit autour duquel prend corps et s'affirme une déviation mentale qui jusqu'alors s'égarait et qui aurait aussi bien pu prendre pour prétexte un trouble quelconque des fonctions urinaires.

Diagnostic. — Quelle que soit la forme clinique à laquelle se rattache le varicocèle, il se présente avec des caractères physiques si particuliers qu'il est difficile de le méconnaître.

Le scrotum est plus ou moins distendu suivant le volume de la tumeur; parfois, il est assez aminci pour qu'on puisse voir, par transparence, les varices auxquelles il sert d'enveloppe. Il est le plus souvent flasque, allongé, pendant, et absolument incapable de soutenir le testicule; il a, de ce fait, perdu le rôle de suspensoir qui lui est dévolu par la nature. Lorsque leurs propres veines participent au processus variqueux, les bourses acquièrent quelquefois un volume très considérable, et on a vu des cas où elles descendaient jusqu'à mi-cuisse. Les rameaux sous-cutanés « se dessinent alors en un réseau saillant de vaisseaux qui rampent sous la peau en forme de ceps de vigne » (Forgue et Reclus). Parfois, les veines de la cloison sont

(1) SAUSSAL, *loc. cit.*, thèse de Paris.

(2) VIDAL (de Cassis), *Gaz. méd.*, 1834.

ectasiées et forment une petite tumeur variqueuse médiane, de volume variable. La peau des bourses, frappée dans sa vitalité par le fait d'une mauvaise circulation, présente quelquefois des troubles trophiques : eczéma, excoriations, etc...

Les documents fournis par la palpation d'un varicocèle sont très nets. Au début, lorsque la tumeur n'a pas encore atteint le volume qu'elle aura plus tard, on peut, en palpant les éléments du cordon, sentir que les veines sont notablement dilatées, et les faire facilement glisser entre les doigts. En se rapprochant du testicule, on reconnaît que ces veines à parois minces sont déjà tortueuses et forment une petite masse facile à isoler de la glande. Lorsque le varicocèle a acquis un certain volume, on sent une masse molle, remplie de sang, donnant la sensation d'un amas d'intestins de poulets, de sangsues, ou encore de grosses ficelles enchevêtrées. Le testicule semble perdu et enfoui au milieu de cette masse, si le processus variqueux a envahi à la fois toutes les veines du cordon. Si, au contraire, un seul faisceau est atteint, le postérieur par exemple, la glande est seulement coiffée par la base élargie du paquet variqueux dont le sommet se continue vers le canal inguinal.

Le volume de la tumeur varie sous certaines influences : il diminue en général dans le décubitus horizontal, et augmente, au contraire, à la suite des efforts, des fatigues, de la station verticale prolongée, en résumé de tout ce qui peut favoriser la congestion des plexus spermaticques. On peut, le malade étant couché, refouler peu à peu dans le ventre, par des pressions lentes et continues, tout le sang veineux contenu dans les bourses; mais à peine l'action compressive cesse-t-elle de s'exercer, le varicocèle reprend son volume primitif.

Le diagnostic différentiel du varicocèle, dans la grande majorité des cas, ne présente aucune difficulté, et s'affirme, pour ainsi dire, dès qu'on palpe la tumeur. A la rigueur, cependant, on peut considérer qu'une méprise soit possible.

On a pu prendre, parfois, un varicocèle pour une hernie épiploïque réductible descendant dans le scrotum. Faites coucher le malade et réduisez la tumeur. Placez un doigt au niveau de l'orifice extérieur du canal inguinal, sans trop comprimer cependant l'artère spermaticque, et faites lever le sujet. S'il s'agit d'un varicocèle, la tumeur se reconstitue peu à peu en se développant de bas en haut. S'il s'agit, au contraire, d'une hernie épiploïque, la tumeur se reproduit de haut en bas et seulement lorsque vous enlevez le doigt qui fermait l'orifice extérieur du canal inguinal. De plus, l'épiplocèle forme une tumeur mieux isolée, plus indépendante du testicule, moins diffuse, plus pâteuse, plus consistante; avant tout, elle est pourvue d'un pédicule abdominal tangible et dur qui manque au varicocèle.

L'hydrocèle communicante prêterait plutôt à la confusion; mais elle forme une tumeur lisse, régulière, nullement éparse comme le

varicocèle, très facilement réductible, qui ne se reproduit pas quand on ferme l'orifice extérieur du canal inguinal, tendue et fluctuante quand la poche se remplit à l'occasion de la station verticale et qu'on l'isole de l'abdomen en comprimant le segment supérieur du canal vagino-péritonéal.

Le varicocèle de la queue de l'épididyme est quelquefois assez difficile à diagnostiquer. « Cette nodosité scléreuse, inégale, n'offre nulle part la mollesse caractéristique et la dépressibilité du varicocèle du cordon qui, d'ailleurs, peut coïncider avec la phlébectasie caudale » (Forgue et Reclus) (1). Ce serait une tumeur « fixe, qui engloberait la queue de l'épididyme, dont le volume ne dépasserait pas le volume d'une noix, et qui aurait une surface irrégulière et marquée insensible à la pression ». Ces caractères sont si peu les caractères des dilatations veineuses en général, et ceux du varicocèle en particulier, que je me demande s'ils ne s'appliquent pas tout simplement à des nodules tuberculeux guéris ou à de vieux reliquats inflammatoires d'épididymite chronique d'origine urétrale.

Pronostic et complications. — Le varicocèle banal, qui ne donne lieu à aucun trouble fonctionnel, offre un pronostic bénin. A peine est-ce une petite incommodité, le plus souvent atténuée par le port d'un suspensoir bien adapté, et qui ne trouble en rien la vie de celui qui en est porteur. Les lésions variqueuses tendent même à diminuer avec l'âge. Il en est tout autrement du varicocèle douloureux ou volumineux, de celui, surtout, qui détermine les troubles psychiques dont j'ai parlé ou coïncide avec eux. Le pronostic ici change de tout au tout. Il est pour le moins sérieux, parfois grave. Dans le varicocèle symptomatique des tumeurs du rein, l'état variqueux des veines spermatiques n'a, par lui-même, aucune signification pronostique.

Trois éléments, dont il n'a pas encore été question, viennent, sous forme de complications possibles, aggraver, dans une certaine mesure, le pronostic du varicocèle. Ce sont : 1° l'affaiblissement de la résistance testiculaire ; 2° la rupture des veines ; 3° la phlébite du cordon.

Il semble bien que la présence de varices spermatiques diminue la résistance du testicule et crée chez lui une prédisposition à l'inflammation. « Lorsque la chaudépisse tombe dans les bourses d'un individu atteint de varicocèle, dit P. Reclus, elle se localise presque toujours du côté qui correspond à l'ectasie veineuse, et, au lieu de guérir franchement, présente une tendance fâcheuse aux récidives. » Il en est peut-être ainsi pour les orchites par infection vasculaire ; mais rien ne nous permet de l'affirmer. On a même coutume de dire

(1) FORGUE et RECLUS, *Dict. encyclop. des sc. méd.* de DECHAMBRE, t. XCIX, p. 465.

que l'existence d'un varicocèle antérieur ne semble avoir aucune influence sur la localisation de celles-ci. Comme je le disais en étudiant la pathogénie des orchites, il y aurait lieu de reprendre par le côté statistique cette question du siège des orchites infectieuses, pour y trouver, au moins en ce qui concerne le testicule, la confirmation ou l'infirmité des recherches de H.-S. Hamburger (1) qui, ayant constaté que le sérum du sang veineux est plus bactéricide que le sérum du sang artériel, considère que la stase veineuse constitue un puissant auxiliaire dans la lutte de l'organisme contre les bactéries.

Le second accident est rare et assez bénin : c'est la rupture du varicocèle donnant lieu à l'hématocèle du scrotum. Quelquefois la rupture se fait dans l'intérieur de la paroi abdominale et donne lieu à un hématome pariétal. Cet accident est rare et on n'en connaît guère que trois ou quatre exemples, dont l'un rapporté par Schwartz. On a observé aussi la rupture d'une varice concomitante du scrotum.

La troisième et la plus grave des complications du varicocèle est, à coup sûr, la thrombo-phlébite du cordon. Cette phlébite, qui dut se manifester bien souvent du temps où « les chirurgiens pratiquaient septiquement la cure sanglante des hernies » et amener la mort du sujet, est cependant peu connue. Longuet (2), dans un bon travail, en a publié récemment une curieuse observation qui est, dit-il, la sixième que possède la science : Escalier (deux), Vallin (une), Mifflet (une), Quénu (une). J'ai déjà décrit (Voy. p. 250) les formes cliniques et le traitement de cette phlébite funiculaire qui résulte soit d'une inoculation de voisinage, soit d'une infection sanguine, et qui se présente, d'après Longuet, sous une des trois formes anatomiques suivantes : 1° septicémie veineuse (ni pus, ni caillot dans les veines) ; 2° phlébite suppurée (abcès en série ascendante le long des veines du cordon) ; 3° thrombo-phlébite adhésive (thrombus adhérent dans la veine), prêtant chacune à un diagnostic différentiel particulier : la première, avec tous les états septicémiques ; la seconde, avec une hernie étranglée, le phlegmon des bourses, l'orchivaginalite, la torsion du cordon spermatique ; la troisième avec une déférentite, une épiplocèle enflammée.

Traitement. — Le varicocèle n'est pas justiciable d'une thérapeutique uniforme, et l'on peut dire qu'il est rarement égal à lui-même devant les indications qu'il fournit à l'action chirurgicale. Parmi les varicocèles, il y en a qu'on doit opérer ; il y en a qu'on peut opérer ; il y en a qu'il ne faut pas opérer. Voici la règle que j'ai déjà formulée (3) :

(1) H.-S. HAMBURGER, Influence curative de la stase veineuse et de l'inflammation dans la lutte de l'organisme contre les bactéries (*Presse méd.*, 2 févr. 1898, n° 11, p. 67).

(2) L. LONGUET, Un cas de thrombo-phlébite du cordon (*Presse méd.*, 20 sept. 1899, n° 75, p. 166).

(3) Pierre SEBILEAU, *Leçons de chirurgie*, p. 147, chez l'auteur. Paris, 1899.

1° L'on *doit* opérer les varicocèles, petits ou gros, quand ils sont douloureux, les varicocèles qui tendent à provoquer l'atrophie testiculaire et altèrent les fonctions génitales; enfin, ceux qui mettent un obstacle à l'exercice régulier de la profession du malade. Il s'agit ici, en quelque sorte, d'une opération de nécessité.

2° L'on *peut* opérer les varicocèles qui sont volumineux, mais n'occasionnent pas de souffrance, et les varicocèles qui, sans être ni douloureux, ni très volumineux, siègent sur des malades sollicitant du chirurgien la cure radicale de leur légère infirmité. Ici, c'est proprement une opération de complaisance que l'on entreprend.

3° Pour tous les autres varicocèles, c'est au traitement palliatif qu'il faut avoir recours.

Je conseille surtout de ne pas opérer ces hypocondriaques affaiblis, ces lamentables débilisés de l'esprit, tous ces sujets qui, plus ou moins frappés de dégénérescence mentale, sont souvent sur la pente de la folie de la persécution. D'abord ces malades ne guériraient pas. Ensuite, ils ne manqueraient pas de se retourner contre le chirurgien et de rendre sa thérapeutique responsable du mal dont ils souffrent. Ces réserves faites, comment faut-il traiter le varicocèle?

Les variétés que comporte le varicocèle, dit Tuffier (1), sont de trois ordres, savoir : a) l'ectasie veineuse pure et simple, justiciable de la résection veineuse; b) l'orchidoptose sans dilatation veineuse, qui relève de la résection du scrotum; c) la variété mixte qui réunit les deux précédentes et à qui convient l'opération combinée : résection veineuse et résection scrotale. En fait, cette distinction, qui simplifie beaucoup les indications opératoires, est un peu schématique, car il n'existe guère de varicocèle sans faiblesse ni allongement du scrotum. Je crois cependant qu'on peut l'utiliser avec profit pour une description didactique.

Il est bon de dire, tout d'abord, qu'un grand nombre de varicocèles ne relèvent en aucune manière d'une thérapeutique opératoire et sont exclusivement justiciables d'un traitement palliatif.

1° **Traitement palliatif du varicocèle.** — Voici comment on peut formuler celui-ci.

1° Faire le matin, au lever, le soir, au coucher et, si possible, une fois ou deux fois dans le cours de la journée, en été surtout, une grande ablution froide sur la région du scrotum et du périnée; cette ablution sera avantageusement remplacée par un bain local froid, d'une durée de trois à cinq minutes; pour ces ablutions, on utilisera le mélange suivant :

Eau..... 2 litres.
Tannin..... 10 grammes.

(Usage externe.)

(1) Th. TUFFIER, Les varicocèles et leur traitement (*Presse méd.*, 20 sept. 1899, n° 75, p. 165).

2° Éviter la constipation; s'il ne se produit pas une selle au moins par jour, et si les fèces sont trop dures, « la liberté du ventre » sera entretenue, sans difficulté et sans inconvénient, par la prise, le matin à jeun, d'une cuillerée à café d'huile de ricin dans une tasse de café noir.

3° Porter un suspensoir. Ce suspensoir devra être à jour, et en soie, si possible; il importe qu'il embrasse bien le scrotum, le soutienne et le relève; il ne faut donc pas qu'il soit trop ample, mais il convient aussi qu'il soit assez grand pour qu'une partie des bourses (la région postérieure) ne s'en échappe pas, ainsi qu'il arrive trop souvent; il est nécessaire qu'à ce suspensoir soient adaptés des sous-cuisses.

2° **Traitement curatif du varicocèle avec orchidoptose.** — Il convient de pratiquer, soit la simple restauration scrotale, soit la résection scrotale associée à l'excision, dans la plaie opératoire, du segment inférieur des veines funiculaires qui se présentent.

1° **Restauration scrotale.** — La restauration scrotale peut s'exécuter de plusieurs manières.

a. *La ligature sous-cutanée en bourse du scrotum.* — Cette opération, décrite par Nimier (1), consiste à lier le scrotum au-dessous des testicules, après avoir refoulé ces derniers en haut, vers le canal inguinal; elle est, si je puis ainsi parler, l'image organisée des ligatures scrotales pratiquées par Hervez de Chegoin, Larrey, Richard (du Cantal), Wormald, qui, avec des liens ou des anneaux placés sur la face extérieure du scrotum, diminuaient la capacité des bourses. Voici le procédé : « de la main droite, un aide tire et étale le scrotum, tandis que, de la main gauche, il refoule le testicule contre le pubis. Le chirurgien, avec une longue aiguille de Reverdin, perfore à gauche, au ras des doigts de l'aide, le scrotum étalé, fait suivre à l'aiguille la face profonde du derme sur la paroi antérieure du scrotum et la fait ressortir du côté opposé; puis, il retire l'aiguille qui entraîne avec elle un fil de soie. Celle-ci est alors réintroduite par la première piqûre et suit la paroi postérieure du scrotum, comme elle avait suivi la paroi antérieure, pour ressortir par le même orifice, saisir le fil et le ramener à gauche. De cette façon, le fil embrasse sous la peau toutes les tuniques du scrotum; le chirurgien le serre, le noue, fronçant ainsi toute la partie inférieure du scrotum au-dessous des testicules. Autour de ce fil se développerait du tissu fibreux; le segment inférieur des bourses déshabité et oblitéré reviendrait complètement sur lui-même. »

b. *Le retournement de la vaginale* a été appliqué par F. Parona (2)

(1) H. NIMIER, Du traitement du varicocèle par la ligature sous-cutanée en bourse du scrotum (*Rev. de chir.*, 1898, n° 10, p. 929, et *Presse méd.*, 22 janv. 1899, n° 5, p. 92).

(2) F. PARONA, Un nouveau procédé de cure opératoire du varicocèle (*Policlinico*, 15 janv. 1899, et *Sem. méd.*, 1^{er} févr. 1899, n° 5, p. 39).