

au traitement du varicocèle. « On fait sur le scrotum une incision qui commence un peu au-dessus de l'orifice extérieur du canal inguinal et qui descend obliquement en bas sur une étendue de 5 à 6 centimètres. On découvre l'embouchure du canal inguinal, on attire le testicule et on l'isole des tissus environnants, en ayant soin de ne pas blesser la tunique vaginale qui la recouvre et qui, souvent, est assez mince. Soulevant alors le testicule et le cordon, on fait, à la partie antérieure de la tunique vaginale, une boutonnière suffisamment large pour livrer passage au testicule et pour permettre ensuite de retrouver la poche en haut, de façon que l'ouverture par laquelle est sorti le testicule vienne s'adapter à l'orifice extérieur du canal inguinal, le cordon spermatique et les veines variqueuses restant dans le sac retourné. On fixe alors, au moyen de cinq à six points de suture, les lèvres de l'incision de la tunique vaginale aux bords de l'anneau inguinal externe, après s'être assuré que le cordon spermatique n'a pas subi de torsion ; si les paquets veineux sont très gros, avant de retourner la vaginale, on isole, à la partie supérieure du cordon, les veines les plus volumineuses, on les excise entre deux ligatures et on en rapproche les moignons. »

2° Résection du scrotum. — La résection du scrotum a été pratiquée pour la première fois par Astley Cooper (1839), puis par Velpeau (1844), et, enfin, par Voillemier (1854). Elle a été tirée de l'oubli en 1871 par Henry (de New-York), qui lui a consacré plusieurs mémoires et dont elle porte aujourd'hui le nom, injustement.

En France, Horteloup et son élève Edmond Wickham (1) ont remis en honneur cette opération qu'après eux le P^r Le Dentu (2) a pratiquée, simplifiée et défendue. Elle est, aujourd'hui, couramment employée.

La résection du scrotum peut se faire et se bien faire par plusieurs procédés : celui de l'excision simple ; celui de l'excision sur des clamps spéciaux ; celui de l'excision sur des pinces clamps ordinaires.

a. Procédé de l'excision simple. — Il est employé par L. Championnière. Voici comment Double (3) décrit la manière de faire de celui-ci : « Les testicules étant maintenus contre les anneaux par un aide, il incise la peau et le tissu cellulaire, qui aussitôt se rétractent fortement et mettent à nu les couches sous-jacentes ; puis il comprend toutes les autres tuniques dans une suture en chaîne, analogue à celle qu'il emploie dans la ligature du sac, dans la cure radicale de la hernie. La chaîne étant complète, il excise en avant de celle-ci tous les tissus, et l'hémostase étant bien vérifiée sur la surface de

(1) Edmond WICKHAM, De la cure radicale du varicocèle, thèse de Paris, 1885.

(2) LE DENTU, De la cure dite radicale du varicocèle ; chez Georges Chameroy, Paris, 1887.

(3) DOUBLE, Cure radicale du varicocèle (*Bull. méd.*, 2 juin 1897, n° 44, p. 515).

section, il réunit sur cette première ligne de sutures profondes, perdues, faites au catgut, la peau scrotale par un second plan de sutures superficielles. » Ce procédé est absolument sûr et met à l'abri de tout péril d'hémorragie, mais il est d'exécution assez longue.

b. Procédé de l'excision avec des clamps spéciaux. — Je ne puis décrire tous les clamps qui ont été imaginés : celui de Henry, de Horteloup, de Baissias. Ils se ressemblent tous. On en prendra une idée suffisante par la lecture de la thèse de Wickham. Ils se composent de deux lames métalliques incurvées qui s'adaptent l'une à l'autre par le moyen de vis placées à chacune de leurs extrémités et qui sont percées de trous ou de fentes symétriques. Pour opérer, « on commence par faire maintenir par un aide les testicules à l'anneau, par faire étaler en éventail, par un autre aide, toute la portion du scrotum à réséquer, puis le chirurgien applique l'appareil ; il s'assure, avant de serrer les vis, que la prise est bien, suivant la direction du raphé scrotal, depuis la racine de la verge jusqu'à l'insertion scrotopérinéale, en ne laissant du scrotum que l'étendue indispensable pour recouvrir les testicules et, vers la racine de la verge, la quantité suffisante pour permettre l'érection. Ceci fait, le chirurgien est tranquille pour tout le reste de l'opération, passage de crins de Florence dans chacun des trous ménagés à cet effet, pincement des fils dans des pinces à forcipressure maintenues par un aide aussi loin que possible du champ opératoire, abrasion du scrotum en rasant le bord convexe du clamp, soit en un seul temps en n'abrasant la moitié supérieure que quand tous les fils de la moitié antérieure auront été liés, ligature successive de tous les fils. L'opération est ainsi terminée à blanc, et avec une sécurité parfaite ; il ne reste plus qu'à enlever le clamp ». (Double.)

c. Procédé de l'excision avec des pinces clamps ordinaires. — M. Le Dentu est le premier, je crois, à avoir pratiqué la résection du scrotum en se servant des pinces clamps qu'on utilise en chirurgie pour la prise du ligament large. Voici comment il procède :

« On saisit avec une première pince toute la portion du scrotum immédiatement contiguë à la face inférieure de la verge. L'extrémité des branches est placée juste à la jonction du pénis et des bourses. Leur concavité est tournée en avant.

« On place de suite une deuxième pince de telle sorte que l'extrémité des branches, tournée en haut, rejoigne la première pince dans un point aussi éloigné que possible du bord libre du scrotum. La concavité est tournée en arrière ; elle est concentrique à la convexité des testicules. Une fois que ces deux pinces ont été ainsi disposées, on place un certain nombre de crins de Florence, par transfixion au moyen d'une aiguille de Reverdin ou avec des aiguilles quelconques, en arrière de la première pince, jusqu'à la rencontre de la deuxième.

« On détache alors avec un bistouri ou des ciseaux toute la portion

de scrotum située en avant de la première pince; on enlève celle-ci et on noue immédiatement les crins de Florence placés à l'avance. Si le rapprochement des lèvres de l'incision ne suffit pas pour l'hémostase, on la complète avec quelques fils de catgut et l'on serre les sutures.

« La première pince devenue libre est appliquée alors derrière la seconde, la convexité en bas et en avant, de manière à saisir le plus possible du scrotum, toute la portion encore libre si les tissus s'y prêtent.

« On met alors des sutures d'attente derrière la seconde pince, comme on l'a fait derrière la première; on excise de même la portion de scrotum saillante en avant, jusqu'à la rencontre du bec de la troisième pince, et on serre les fils.

« Il ne reste plus qu'à agir de même au niveau de la troisième pince.

« Pour que cette excision *en plusieurs temps* donne un bon résultat, il faut : 1° placer les fils au moins à un demi-centimètre en arrière des pinces; 2° faire l'hémostase avec soin; 3° bien soutenir ce qui reste du scrotum par un pansement compressif iodoformé et ouaté; 4° enlever les sutures en deux fois, au quatrième et au sixième jour, plutôt au sixième qu'au quatrième. On pourra même en laisser quatre ou cinq un peu plus longtemps. »

Je crois que la plupart des chirurgiens se servent aujourd'hui, comme M. Le Dentu, des simples pinces à ovariectomie, ce qui est simple et commode. M. Bazy m'a dit employer, suivant les cas, soit ces pinces à ovariectomie, soit une pince clamp spéciale que Dardignac (1) a fait, je crois, construire sur ses indications.

d. *Conclusion.* — Qu'on se serve de clamps ou bien qu'on se serve de pinces, qu'avec ces pinces et ces clamps on saisisse seulement les parois scrotales, ou encore, avec les parois scrotales, un paquet plus ou moins considérable des veines funiculaires postérieures, le procédé, tel qu'il est employé par la plupart des chirurgiens, repose particulièrement sur ce fait que les fils sont placés derrière ou au travers des branches métalliques et qu'on fait la suture, dès que l'instrument est enlevé, sans se préoccuper de l'hémostase. Ainsi que je l'ai écrit et comme le prouve, de même que plusieurs autres, un cas que j'ai observé, c'est là un procédé dangereux qui expose le malade à la formation de gros hématomes des bourses. L'opéré dont je parle eut une hémorragie si abondante que l'épanchement de sang formait une tumeur qui remontait, de chaque côté, jusqu'à l'orifice extérieur du canal inguinal et exerçait une telle compression sur les veines du pénis qu'un priapisme énorme et très douloureux s'était développé. Je dus faire sauter tous les points de suture. Je tiens de M. Bazy

(1) DARDIGNAC, Traitement du varicocèle (*Rev. de chir.*, sept. 1895).

qu'il se garde de l'hémorragie en exerçant, avant d'enlever la pince, une traction sur les fils pris en faisceau, ce qui coude les vaisseaux et les empêche de saigner. Il importe, dit Bazy, de nouer chaque fil en « tirant toujours ». Je préfère la ligature.

Les pinces sont donc enlevées. Aussitôt les lèvres de la plaie s'écartent et laissent à découvert une large surface « cruentée », au centre de laquelle apparaît le testicule, enfoui dans la cavité vaginale que le bistouri, tranchant dans les bourses, n'a point ouverte. Si l'on a fait une large résection, l'on voit, serpentant au milieu de la plaie, le canal déférent et ses grosses veines satellites, qui cheminent en dehors de la vaginale, entre les deux culs-de-sac latéraux de sa réflexion sur le bord postérieur du testicule. Ne touchez pas à ces veines, s'il vous paraît que la simple résection des bourses est suffisante. Il ne vous reste plus, en ce cas, qu'à jeter des pinces sur les vaisseaux, veines et artérioles, qui saignent toujours assez abondamment, puis, après une hémostase sévère, à suturer très soigneusement les lèvres de la plaie. On peut réunir de droite à gauche et faire une cicatrice verticale, parallèle au raphé scrotal, ou réunir de haut en bas et faire une cicatrice transversale, plus ou moins perpendiculaire à ce raphé. C'est à vous de voir le meilleur et de l'employer. Le meilleur, c'est ici le plus élégant. Pas de drainage, puisque l'opération s'est faite suivant les règles de l'asepsie. Pansement sec, bien fermé. Enlevez les fils le huitième jour.

A mon avis, il est plus sage, après avoir réséqué le scrotum, et à la faveur de la large brèche ainsi faite, brèche qui découvre le canal déférent et ses satellites veineux, de pratiquer la ligature et l'excision des vaisseaux funiculaires postérieurs. Cela n'augmente ni les risques pour le malade, ni les difficultés pour le chirurgien. L'artère spermatique n'est plus là : sa blessure n'est pas à craindre; d'autre part, rien n'est plus facile que d'isoler le canal déférent des veines qui sont ses voisines, parce que celles-ci ne sont pas encore rassemblées autour de lui, comme plus haut, en faisceau serré. Au milieu de la plaie que la résection du scrotum a nécessitée, dissociez donc le canal déférent et les veines; prenez chacune de celles-ci entre deux soies aseptiques; excisez tout le segment emprisonné entre les deux ligatures et finissez l'opération comme je disais tout à l'heure de le faire.

3° **Traitement curatif du varicocèle avec simple dilatation veineuse.** — Ici convient la ligature simple, ou, mieux, la ligature avec résection veineuse. L'opération est extrêmement simple. « On pratique sur la partie supérieure de la face antérieure du scrotum une incision de quelques centimètres, parallèle au cordon spermatique; on énuclée les éléments du cordon à travers la boutonnière ainsi faite, on isole les veines variqueuses, on les lie en deux points

différents et on les résèque, en prenant la capitale précaution de bien isoler le canal déférent et l'artère spermatique ».

4° **Traitement curatif du varicocèle avec orchidoptose et dilatation veineuse.** — Ici convient l'opération combinée. Après avoir pratiqué la résection des bourses et l'excision des veines postérieures [excision qui, comme je l'ai dit, et comme l'observe Tuffier (1), doit se faire en prenant et en liant séparément les veines que découvre la plaie scrotale, et non pas en saisissant massivement, d'une manière aveugle, dans les branches du clamp, le scrotum et les veines], après cette opération, dis-je, on résèque les veines funiculaires antérieures. Souvent, du reste, dans ces cas de gros varicocèle, il y a, sur les veines, des nouures, des indurations phlébolitiques (athérome veineux) et d'énormes dilatations (anévrisme des veines). Henry Lee, Bœnning, Guyon combinent les deux opérations et pratiquent la résection des veines antérieures, à la faveur d'une incision elliptique, à grand diamètre transversal, de la peau, pratiquée sur la partie antérieure des bourses, laquelle permet aussi d'enlever un lambeau scrotal et de découvrir le cordon, à travers la vaginale non incisée et la tunique fibreuse commune. Ed. Wickham fait observer, non sans raison, que l'on résèque ainsi une très petite quantité du sac scrotal et que les résultats qu'assure cette intervention tiennent, non pas à l'excision du scrotum, mais bien à la ligature veineuse. Quand donc on veut faire une opération complète, il faut d'abord, suivant le procédé que j'ai indiqué plus haut, faire l'excision du scrotum et l'excision des veines postérieures. Ensuite, on s'adresse aux veines antérieures que l'on résèque à ciel ouvert, suivant le conseil de Nicaise (2). A cet effet, sur toute la hauteur du cordon (dont vous commencez par bien déterminer la situation en le prenant entre le pouce et les doigts et en faisant rouler ses éléments sous la pulpe qui explore), depuis l'orifice extérieur du canal inguinal jusqu'aux bourses, entamez d'abord la peau ; puis coupez couche par couche, en soulevant les tissus avec des pinces, comme si vous disséquiez ; vous arrivez vite au but, et voici déjà le paquet funiculaire dont quelques lobules de graisse jaune, qui l'entourent et le protègent en avant, vous indiquent la présence.

Les grosses veines antérieures sont là et se présentent les premières. Leur ligature et leur excision paraissent donc très simples ; oui, mais il y a deux écueils à éviter : 1° le canal déférent ; 2° l'artère spermatique.

Pour parer au danger, rappelez-vous bien d'abord la topographie des éléments du cordon. Sous la peau, le dartos, la celluleuse et les fibres crémastériennes, on trouve, au milieu de la graisse, un beau

(1) TUFFIER, *Loc. cit.*, p. 166.

(2) NICAISE, Traitement du varicocèle par la ligature et la section antiseptique des veines (*Rev. de chir.*, mai 1884).

faisceau de veines : ce sont les *veines funiculaires antérieures*. Derrière ce lacis, mais cachée et dissimulée dans le tas de vaisseaux qui le composent, l'*artère spermatique*, petite, beaucoup plus petite que les veines. Derrière, c'est le canal déférent, contre lequel chemine la petite *artère déférentielle*. Enfin, plus en arrière encore, les *veines funiculaires postérieures*, entre lesquelles descend l'*artère du cordon*.

Ne pas lier le canal déférent, cela est facile ; il est dur, épais, cylindrique, roulant sous le doigt ; on sait donc toujours où il chemine et il est d'autant plus à l'abri du danger que du tissu cellulaire le sépare des veines funiculaires antérieures. Mais ne pas lier et ne pas exciser l'artère spermatique, cela est une tout autre affaire. Cette artère est petite ; soit à l'œil, soit au toucher, je n'ai jamais pu percevoir ses battements ; elle serpente au beau milieu du lacis des veines ; même sur le cadavre, la découverte en est difficile. Les chances sont donc grandes pour qu'on l'embrasse dans l'anse du fil en même temps que les veines voisines. Je sais bien que des chirurgiens, et des meilleurs, prétendent que cela ne tire point à conséquence et que la funiculaire et la déférentielle sont là pour assurer la suppléance et fournir au testicule une alimentation vicariante. Je suis sur ce point particulier quelque peu sceptique : pour votre gouverne, rappelez-vous que Delpech, au moins à ce que dit l'histoire, paya de sa vie l'atrophie du testicule qu'avait provoquée, chez un jeune homme une ligature des deux plexus funiculaires antérieurs pratiquée par lui pour la cure d'un varicocèle. Le mieux est donc, si la chose est possible, d'épargner l'artère spermatique ; comme la dissociation ne me paraît qu'exceptionnellement capable de la faire découvrir, le plus simple est peut-être de ne pas étreindre dans l'anse des fils toute l'épaisseur du faisceau des veines antérieures ; en arrière, il faut en ménager quelques-unes ; l'artère est à côté de celles-ci, sans nul doute, et il y a bien des chances pour qu'elle échappe à l'excision. Au reste, que dirai-je de cette excision ? Une anse de soie en haut, une autre en bas, puis section des veines entre ces deux ligatures. Enfin, suture, pansement sec et pas de drainage.

MALADIES DES VÉSICULES SÉMINALES

1° **Anomalies.** — Leur étude est inséparable de l'étude des anomalies du testicule, du canal déférent et de l'appareil urinaire.

2° **Traumatismes.** — En dehors des plaies par armes à feu qui frappent et désorganisent le petit bassin, les traumatismes des vésicules séminales sont toujours d'ordre opératoire ; ils ont été étudiés, ainsi que les fistules spermatisques consécutives, à l'occasion de la taille périnéale.