

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 spermaticques consécutives, à l'occasion de la taille périnéale.

3° **Inflammations.** — Les vésiculites aiguës sont fonction des urétrites, de l'urétrite blennorragique, en particulier, avec les complications de laquelle elles ont été étudiées.

La vésiculite tuberculeuse a été décrite avec la tuberculose épidydy-mo-testiculaire.

4° **Néoplasmes.** — Ils sont toujours secondaires à un néoplasme de la prostate, de la vessie, du rectum ou du testicule.

MALADIES DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME

PAR

R. PICHEVIN, ED. SCHWARTZ, A. LE DENTU ET S. BONNET.

La gynécologie, sous l'influence du mouvement scientifique de ces dix ou quinze dernières années a pris le brusque et large développement que l'on sait. Lasse de l'expectation désarmée ou d'une thérapeutique impuissante et timide, elle est venue demander à la chirurgie les garanties et l'appui qui lui faisaient défaut. Aujourd'hui, elle constitue un de ses fiefs les plus étendus, les plus riches en utiles et brillants résultats. Et ceux-ci ne se limitent pas à la grande gynécologie abdominale. La petite gynécologie et les déviations, les déplacements eux-mêmes, exclusivement tributaires, autrefois, de l'orthopédie, sont désormais justiciables de l'intervention chirurgicale.

La statique normale du bassin, les déviations de l'utérus: versions et flexions, le prolapsus génital, les lésions de la vulve et du vagin seront successivement décrits par M. Pichevin.

Les autres affections des organes génitaux de la femme seront l'objet de deux articles: le premier spécialement consacré à l'utérus est l'œuvre de M. Ed. Schwartz, le dernier, consacré aux annexes de l'utérus, c'est-à-dire aux ovarites et salpingites, aux lésions du ligament large et du tissu cellulaire, aux tumeurs du bassin, est rédigé par MM. Le Dentu et S. Bonnet.

I

R. PICHEVIN

Chef des travaux gynécologiques à l'hôpital Necker (1).

Considérations sur les déplacements de l'utérus, des trompes et des ovaires.

L'utérus, les trompes et les ovaires peuvent se déplacer dans différentes directions. Il en résulte des modifications dans la forme, dans

(1) Je remercie mon ami, le Dr Stéphane BONNET, qui a bien voulu m'aider dans la lecture des épreuves de cet article et a rédigé seul le chapitre *Prolapsus génital*.