

le varicocèle, les kystes et certaines tumeurs recevaient une description spéciale. Cependant les maladies de la vésicule commencent à avoir leur chapitre dans nos *Traité*s, et, en 1885, Guelliot a publié un travail intéressant sur l'anatomie et la pathologie de cet organe. Depuis, la médecine opératoire s'en est emparée, et les recueils des dernières années contiennent un très grand nombre d'observations d'extirpation de la vésicule.

ALBERS, Ueber die Krankheiten der Saamen Häschen. *Journal der Chir. von V. Graefe*, 1855. — FAYE, De vesiculis seminalibus dissertatio. *Science*, 1840-1841. — DUPLAY, Des collections séreuses de l'aîne. Thèse de Paris, 1865. — HUMPHREY, Affections of the vesiculæ seminales. *A System of surgery de Holmes*, 1871, t. V. — KOCHER, Krankheiten der mann. Geschlechtsorgan. *Deutsche Chir.*, 1887, liv. L, p. 65. — LE DENTU et VOILLEMIER, Traité des maladies des voies urinaires, t. II. — GUELLIOT, Des vésicules séminales. Thèse de Paris, 1885. — SCHWARTZ, *Encyclop. intern. de chir.*, t. VII, p. 565. — JULLIEN, Traité pratique des maladies des voies urinaires, 2<sup>e</sup> éd., 1886. — MONOD et TERRILLON, Traité des maladies des testicules. Paris, 1889. — GUELLIOT, Chirurgie des vésicules séminales. *Presse méd.*, 20 avril 1898.

## I

## ANOMALIES

Nous ne parlerons pas des cas où les vésicules manquent avec l'appareil séminal tout entier; Kretschmar en 1801, et Friese en 1841, en ont signalé chacun un. Leur absence *bilatérale*, lorsque les testicules existent, a été constatée par Tenon, Mayer de Bonn, Roubeau, Parisot, Godard, Martin Magron, Béraud et Cornelli. Cette anomalie coïncidait avec des vices de conformation de l'appareil urinaire. L'absence *unilatérale* a été signalée par Godard, Blandin, Velpeau; l'appareil séminal manquait du même côté; le testicule existait, mais on notait quelques autres défauts de l'appareil urinaire dans les cas de Bosscha, de Parise, de Dufour, de Godard, de Cusco, de Münchmeyer, de Reverdin et de Mayor. Hunter aurait vu une *anomalie par fusion*; les deux canaux déférents se rendaient dans une poche unique, mais cloisonnée et sans communication avec l'urètre; Deville parle aussi d'une vésicule unique, en partie atrophiée et située juste sur la ligne médiane.

Par contre, Paul Zacchias parle d'une *anomalie par dédoublement* et, dans son cas, la vésicule d'un côté était double. L'existence d'une vésicule *atrophiee* a été notée par Brugnone, Cruveilhier, Broca, Denonvilliers, Godard qui a relevé les observations publiées jusqu'à lui, par Wengel, par Grüber. Ces cas sont indépendants de ceux où les testicules, manquant ou en ectopie, ne sécrètent pas de sperme, où les vésicules, moins distendues par conséquent, n'en renferment pas moins un liquide jaune ou brun, épais, sans spermatozoïdes, mais tenant en suspension des cellules épithéliales et des gouttelettes graisseuses. Enfin citons la *communication avec l'urètre*, normale, mais « éminemment transitoire » pendant la vie embryonnaire; elle persistait dans les cas d'Eppinger, dans celui de Rott, d'Hoffmann, avec une série d'autres anomalies. Les *canaux éjaculateurs* peuvent aussi *manquer, se fusionner, s'aboucher dans la vésicule prostatique*, converger en un *canal unique* et s'ouvrir sur le gland; il y aurait alors un conduit pour l'urine et un autre pour le sperme; mais les faits assez nombreux sur lesquels on voudrait étayer l'existence de ces *urètres doubles* manquent de précision.

## II

## TRAUMATISMES

Les *plaies du cordon*, coupures, déchirures, plaies contuses, plaies par armes à feu sont rares; elles succèdent à une violence extérieure, morsure, arrachement, mutilation volontaire, ou bien elles sont le fait d'un acte chirurgical; au cours des nombreuses opérations dont la région scrotale est le siège, on peut blesser ses vaisseaux et ses nerfs — et le canal déférent lui-même, sectionné dans certains cas; la progression normale du sperme en sera empêchée, le testicule pourra se gangréner ou s'atrophier et, si la blessure est bilatérale, la stérilité en sera la conséquence. Nous n'insistons que pour rappeler le chirurgien à la plus extrême prudence, lorsqu'il portera le bistouri dans la région.

Parfois les téguments ne sont pas déchirés et le sang, épanché dans la tunique fibreuse qui solidarise les éléments du cordon, peut former une tumeur, l'*hématocèle funiculaire*. Elle succède à des contusions, à des chutes à califourchon, à des efforts, surtout lorsqu'il existe un varicocèle, dont les veines altérées se rompent. On en décrit deux variétés: l'*hématocèle par infiltration* et l'*hématocèle par épanchement*. Elles diffèrent en ce que, dans la première, le sang pénètre dans les mailles du tissu conjonctif du cordon, tandis que, dans la seconde, il se creuse une cavité. Mais ces deux formes se combinent et la distinction est sans importance. Lorsqu'une collection bien fluctuante est contenue dans une poche limitée, on se demande, avec Félix Legeu<sup>(1)</sup>, s'il ne s'agit pas d'une « pachypéritonéo-vaginalite », d'un épaississement de quelque segment inoblitéré du conduit péritonéo-vaginal, dont les vaisseaux, ouverts, ont donné naissance à un hématome.

La tumeur prend une forme bien décrite dans l'observation de Schwartz<sup>(2)</sup> et dans celle de Cousin<sup>(3)</sup>: pendant un effort de toux, le patient de Schwartz perçoit un craquement dans son varicocèle; aussitôt se manifeste une tuméfaction du scrotum, de la région inguinale et de la fosse iliaque; il y avait une fluctuation profonde; au bout de quelques jours apparut une ecchymose; la résolution eut lieu. Dans le cas de Cousin, un individu fait une chute sur le périnée; douleur violente et gonflement immédiat, testicule augmenté de volume, cordon dur, lisse, cylindrique, du volume d'une anse intestin grêle; le pli de l'aîne est tuméfié ainsi que le trajet inguinal où l'on sent la tumeur formée par le cordon; l'hématome s'enflamma, et une suppuration prolongée en fut la conséquence. Cette tumeur régulière, allongée, cylindroïde, a été étudiée par Kocher qui, en injectant de la gélatine sous la tunique fibreuse du cordon, voit cette membrane se tendre et former un boudin descendant jusqu'au testicule et remontant à travers le trajet inguinal jusqu'à la fosse iliaque où s'étale la masse injectée.

La tumeur peut avoir un volume considérable; dans un cas de Rehin<sup>(4)</sup>,

(1) LEGEU, *Arch. gén. de méd.*, février 1890, p. 185.

(2) SCHWARTZ, *Encyclop. intern. de chir.*, t. VII, p. 544.

(3) COUSIN, Des inflammations en masse du cordon spermatique. Thèse de Paris, 1887, p. 53.

(4) REHIN, *Centralblatt für Chirurgie*, 1885, p. 160.



l'hématome apparut chez un enfant de huit ans, à la suite d'un violent effort, occupait le scrotum et remontait jusque dans l'abdomen; dans l'observation de Bowman, la tumeur, du volume d'un œuf, et survenue à la suite d'une chute de cheval, reste stationnaire pendant sept ans; après une marche prolongée, elle s'accroît et atteint la rotule. On dut l'ouvrir et l'opéré mourut. En dehors de la douleur et de l'hémorragie, — petitesse du pouls, refroidissement des extrémités, tendance à la syncope, menace même de mort par anémie aiguë comme dans un cas de Mollière, — tout se borne à l'apparition rapide d'une tumeur rénitente, élastique, fluctuante, à crépitation sanguine, en forme de boudin, plus grosse en bas où elle coiffe le testicule, plus étalée en haut dans la fosse iliaque. Le traitement est simple; le repos si la tumeur est peu volumineuse, l'ouverture de la poche et la ligature des vaisseaux si l'hémostase n'est pas encore survenue; on suture et la guérison sera rapide.

Les traumatismes de la *vésicule séminale* ont été bien étudiés par Guelliot: ils sont causés par des plaies accidentelles ou opératoires. Les premières sont exceptionnelles: Demarquay a diagnostiqué une lésion de la vésicule dans une plaie par arme à feu ayant perforé la vessie et le rectum. Mais le cas est loin d'être évident. Une observation de Velpeau est plus nette, ou, dans une fracture de l'ischion, la vésicule avait été déchirée en même temps que la vessie. Les secondes, qui succédaient presque toujours aux diverses variétés de taille périnéale, sont devenues fort rares. Demarquay en avait constaté après la taille bilatérale; Sanson, Chassaignac, après la cystotomie recto-vésicale, Simonin après la taille transversale. Aujourd'hui que les calculs de la vessie sont traités par la lithotritie ou par la taille hypogastrique, ce danger n'est plus à craindre, et l'on n'observera guère plus les *fistules spermatisques* qui permettent au liquide des vésicules de s'écouler, soit au périnée, soit dans le rectum. Tout au plus pourront-elles succéder, soit à un traumatisme, soit à quelque inflammation franche ou tuberculeuse.

## III

## TORSION DU CORDON SPERMATIQUE

Nous avons déjà parlé de ce redoutable accident à propos de l'ectopie testiculaire; en effet sur 11 observations réunies par Lawenstein, de Hamburg, 9 fois le testicule était en ectopie inguinale. Mais dans un cas de Mikulicz, un autre de Nicoladoni, un troisième de Lauwers<sup>(1)</sup>, de Courtrai, le testicule occupait sa place normale dans le scrotum. Il avait fait deux tours complets sur lui-même et pour le détordre l'opérateur dut le retourner 4 fois de sa droite à sa gauche. La torsion succède en général à un mouvement violent, chute, saut, effort; mais il faut de toute nécessité, pour qu'elle soit possible, que la glande ne présente pas en arrière ses attaches normales avec la fibreuse et qu'elle plonge dans la vaginale comme le cœur dans le péricarde. Les symptômes sont ceux d'une inflammation violente du testicule ou ceux d'une hernie étranglée. Le plus

<sup>(1)</sup> LAUWERS, Un cas de torsion du cordon spermatique. Société belge de chir., séance du 12 mai 1896.

souvent elle rend la castration nécessaire car l'arrêt du sang amène une gangrène rapide. Richelot vient de constater cette mortification du testicule après la torsion du cordon; l'ablation de la glande spermatique en fut la conséquence.

## IV

## INFLAMMATIONS

Nous étudierons dans deux paragraphes distincts les inflammations du cordon, les *funiculites* et celles des vésicules, les *vésiculites* ou *spermatocystites*, en nous étayant, pour les premières, sur la thèse de Cousin et, pour les secondes, sur celle de Guelliot.

## 1° FUNICULITES

Les inflammations isolées du cordon succèdent, le plus souvent, à un traumatisme opératoire, cure radicale des hernies, de l'hydrocèle, des kystes du cordon et du varicocèle. Tous les chirurgiens ont vu se dérouler les signes de la funiculite après ces interventions, funiculite plastique d'habitude. Ce que Championnière décrit sous le nom de « colonne charnue », masse arrondie et régulière qu'il observe à la suite des dissections nécessitées par la cure radicale de la hernie, est pour nous une funiculite. Elle a encore la blennorrhagie pour origine et plusieurs auteurs, Gosselin entre autres, ont cité des cas où l'écoulement uréthral a retenti sur le seul cordon sans envahir l'épididyme: à la suite d'un violent effort un mécanicien de vingt-cinq ans, atteint de gonorrhée, vit apparaître une funiculite, « gonflement allongé, dur, arrondi, douloureux, partant du niveau de la partie supérieure et postérieure du testicule et se continuant de bas en haut, sous forme d'un cordon gros comme le petit doigt, en baguette de fusil, jusque par delà l'anneau inguinal externe, et qu'on peut suivre au moyen du toucher jusqu'à l'orifice supérieur du canal inguinal. » Marié, Horteloup, ont signalé des faits semblables.

Le rhumatisme la provoquerait aussi, et Lynce, Bryant, Curling, Socin, Malgaigne en citent des cas; dans une observation de ce dernier, le volume de la tumeur était tel, les accidents étaient si pressants qu'on crut à une hernie étranglée et qu'on pratiqua l'incision. S'agit-il toujours d'une exsudation séro-fibrineuse dans la tunique fibreuse commune, ou devons-nous croire à cette phlébite des veines du cordon sur laquelle Bouisson a publié un traité sans observations bien probantes? Nous avons vu, chez un rhumatisant d'une cinquantaine d'années, survenir tout à coup, et après la guérison d'une phlébite de la jambe, un gonflement subaigu du cordon spermatique; c'était bien cette tumeur arrondie, plus grosse que le pouce, régulière, lisse, prolongée à travers le trajet inguinal jusque dans la fosse iliaque le type de la funiculite, et, j'ajouterais, de la funiculite rhumatismale, puisque aucune autre cause ne nous expliquait son apparition. Cependant je penchais pour une phlébite; la localisation préalable du rhumatisme dans les veines du membre inférieur, puis la circulation collatérale très abondante qui se montrait sur le scrotum et à la



racine des bourses, me semblaient indiquer une altération du plexus veineux du cordon. Je viens de voir récemment, avec le docteur Legendre, une phlébite goutteuse de la racine des bourses avec retentissement sur le cordon; la confusion eût pu être faite.

On a décrit deux variétés cliniques : la funiculite *séreuse* ou *hydrocèle aiguë* et la funiculite *phlegmoneuse*. La première, fluctuante et transparente en plus des caractères objectifs déjà signalés, tumeur arrondie, régulière, lisse, allant de l'épididyme à la fosse iliaque; dans les cas où la ponction a été pratiquée, on a retiré un peu de liquide citrin. Mais n'y aurait-il pas alors persistance totale ou partielle du canal péritonéo-vaginal? Cette forme a pour cause la blennorragie ou le rhumatisme; Mollière l'a vue coïncider avec des synovites articulaires; nous en avons noté après une phlébite rhumatismale du membre inférieur. La funiculite *phlegmoneuse* a presque toujours le traumatisme pour origine, un coup de canne comme chez un enfant observé par Turner; elle succède, comme dans un cas de Cousin, à une hématocele enflammée ou à une inoculation septique; elle était fréquente lors des premiers essais de cure radicale, quand l'asepsie était encore imparfaite; les observations de Cousin répondent à cette période. Verneuil a vu une collection purulente compliquer une funiculite blennorragique. Ces inflammations peuvent se communiquer au péritoine. On cite des cas, et Godard, Peter, plus récemment Nedmann, en ont publié un certain nombre, où le canal déférent, enflammé près de son embouchure dans la vésicule, a inoculé la séreuse; on s'expliquerait ainsi l'apparition de certaines péritonites survenues au cours d'une blennorragie. Le toucher rectal révélerait alors près des vésicules un canal déférent douloureux, et du volume d'un porte-plume.

#### 2° VÉSICULITES

On ne connaît cette affection que depuis les deux autopsies de Gaussail, en 1851, celles de Marié, de Godard, de Laborde et de Henry. En 1859 paraît à Strasbourg la thèse de Rapin sur l'inflammation des vésicules, travail excellent que seules font oublier les recherches de Guelliot. Depuis, nous avons eu des mémoires de Aloyd, d'Horowitz, de Robinson, de Fuller, de Reich, de von Dittel et les observations, suivies ou non d'interventions chirurgicales, se sont beaucoup multipliées.

La *vésiculite* ou *spermatocystite* a pour cause la blennorragie; les gonocoques de l'urèthre gagnent les vésicules; le traumatisme invoqué par Kocher, les excès de masturbation et de coït qu'incrimine Rapin, n'ont à leur actif aucune observation probante. L'affection se caractérise par une douleur vive au périnée, dans les aines, à la partie inférieure de l'abdomen, parfois même vers les lombes et au voisinage de la hanche; elle s'exaspère par le coït, la miction et la défécation et devient si intense, que le malade la compare à des coups de dard; il y a de la dysurie concomitante, du ténesme, un rétrécissement spasmodique de la portion membraneuse de l'urèthre. L'éjaculation, lorsque le coït est possible, est précoce, douloureuse, et le liquide en est sanguinolent. Cette hématospermie est un des meilleurs signes de la vésiculite; le toucher rectal révèle l'existence, sur le prolongement de la corne prostatique, d'une saillie allongée, d'un 1/2 centimètre de diamètre, dirigée en arrière et un peu en dehors; la pression y réveille

des douleurs et chasse dans l'urèthre une certaine quantité de pus, qui peut arriver jusqu'au méat.

En effet, à la matière brune, rouillée, le plus souvent rosée ou rouge et semblable à de la gelée de groseille, sang épanché dans la vésicule, succède une matière jaune, purulente, composée de leucocytes et de granulations graisseuses sans spermatozoïdes. Elle peut distendre la vésicule, et un véritable abcès se forme qui s'ouvre dans le rectum, ou au périnée ou dans le péritoine, et l'on connaît les observations de Gosselin, de Guyot, de Fournier et Ricord, de Peter, de Mitchell Henry, où une inflammation de la séreuse s'est développée, trop souvent terminée par la mort. En effet, cette affection est grave et sur 18 cas réunis par Reich, 6 ont eu une terminaison fatale. Aussi a-t-on pu étudier l'anatomie pathologique de la vésicule enflammée: Purser, Marcé, Guelliot ont montré le réservoir épaissi, « les vésicules se séparent du tissu ambiant. Leur face externe est vascularisée d'une teinte rouge pâle dans toute son étendue, sauf près du col où la coloration devient violacée. A la coupe, les alvéoles présentent un aspect à peu près normal, sauf quelques arborisations, moins nombreuses que celles qui rampent dans l'interstice des circonvolutions. Leur contenu ressemble plus à du pus qu'à du sperme. Ce liquide est épais, on y trouve des leucocytes, de rares sympexions, quelques globules rouges et pas de spermatozoïdes. Les saillies de la face interne de la vésicule ont acquis un développement anormal; la muqueuse est épaissie, les cellules embryonnaires y sont nombreuses et les vaisseaux développés. » En somme, il y a une inflammation végétante et suppurative de cette membrane.

La spermato-cystite, dont les signes, lorsqu'ils existent, appartiennent, à l'urétrite, à la prostatite, à la péritonite, à l'orché-épididymite concomitantes, à l'une quelconque des complications de la blennorragie, se termine d'ordinaire par *résolution*; les symptômes douloureux s'apaisent, et le sperme rouge se décolore; on note aussi la *suppuration*, et enfin l'état *chronique*. Gosselin, Duplay, Guelliot en ont étudié les lésions: le contenu est parfois purulent, sans spermatozoïdes; il y a dilatation, hypertrophie des parois indurées, ossifiées, entourant des calculs; mais elles peuvent aussi être atrophiées, sclérosées. Ces formes chroniques ont quelques-uns des caractères atténués de la spermocystite aiguë: douleurs pendant la défécation et la miction, souffrances réveillées par la pression dans le toucher rectal, hématospermie; dans un cas de Gardner, W. Allen a noté l'expulsion d'une masse membraneuse formée par une série de digitations, mucus concrété coulé dans la vésicule séminale; il y aurait des épididymites à répétition causées par la propagation d'inflammations émanées de ce foyer mal éteint; peut-être aussi, comme le voulait Gosselin, provoqueraient-elles la formation de fistules anales.

Nous n'indiquerons pas de *traitement* pour cette inflammation, ou méconnue, ou confondue avec les inflammations concomitantes. Cependant les grandes irrigations rectales, comme dans les prostatites, les lavements avec de l'eau à la température de 50 à 55 degrés centigrades, devraient, d'après nous, en hâter la résolution.

Si ceux-ci ne réussissent pas, si, dans les formes chroniques le massage échoue, si un vaste abcès à écoulement difficile survient, il ne faut pas hésiter à traiter la vésiculite comme un phlegmon de la prostate et à ouvrir la collection par la voie périnéale, la plus directe et la plus facile. On cite certaines vésiculites chroniques avec péri-vésiculite scléreuse où l'extirpation a été jugée