

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

nécessaire; elle peut être pratiquée par le procédé appliqué de Kraske pour le rectum cancéreux et plusieurs auteurs ont suivi cette voie sacrée. Nous pensons, avec Guelliot, que l'entreprise est bien grosse pour un tel mal et nous préférons la voie périnéale.

V

SYPHILIS

Les tumeurs tertiaires du cordon ont été décrites à l'occasion du sarcocèle syphilitique; rien n'est plus rare que la gomme isolée du canal déférent ou des veines de ses plexus. Lancereaux en a signalé un cas dans son *Traité de la syphilis*, A. Broca, dans la *Gazette hebdomadaire* de 1885, un autre, mais moins important, car les testicules avaient été primitivement envahis. L'homme, cité par Verneuil, parle d'une tumeur gommeuse du cordon qui s'était développée en même temps qu'un noyau semblable soulevait la paroi de l'oreillette droite du cœur. Hélot a vu des altérations syphilitiques qui donnaient au canal déférent ou au cordon le volume du petit doigt et la rigidité d'une baguette de verre. Nous-même en avons publié des observations et à cette heure nous en connaissons un nouveau cas; mais il coïncidait avec un envahissement scléro-gommeux de la glande spermatique.

VI

TUBERCULOSE

Dans quelques cas exceptionnels, on a noté une dégénérescence du canal déférent avec intégrité de la glande spermatique. Nous en avons observé deux: dans l'un on trouvait, à l'orifice externe du trajet inguinal, une masse arrondie, du volume d'un œuf de pigeon; les deux épидидymes et les deux testicules étaient sains; les vésicules séminales correspondantes et la prostate étaient soulevées par des bosselures; dans l'autre, le noyau caséux siégeait dans le trajet inguinal lui-même; il se ramollit, s'enflamma, et, lorsque nous perdîmes le malade de vue, il existait dans l'aîne une fistule par où s'écoulait du pus granuleux.

La tuberculose des vésicules a été étudiée par nous, puis, plus complètement par Guelliot; il donne quelques observations où le mal est limité au réservoir spermatique et à la prostate, sans envahissement du canal déférent et de l'épididyme. Dans un cas, la vésicule, parsemée de nodules tuberculeux, contenait un liquide grisâtre avec des cellules épithéliales, quelques globules sanguins et de rares spermatozoïdes. Le toucher rectal permet le diagnostic: la vésicule n'est pas toujours dure, inégale, bosselée; cette période de dureté fait place au ramollissement; dans la plupart de ses observations, l'auteur a constaté « une masse volumineuse, faisant saillir la paroi rectale, lisse, et généralement peu

consistante. Elle donne au doigt qui l'explore la sensation de certains kystes sébacés, de poche injectée au suif, de mastic; elle peut même devenir fluctuante ». « Sur plus de 50 cas que nous avons sous les yeux, c'est à peine si 7 ou 8 montrèrent des bosselures ». Nous souscrivons à la remarque de Guelliot.

Le ramollissement des vésicules, leur ouverture dans le rectum, dans une caverne prostatique, dans l'urèthre, leur évacuation par une fistule périnéale, sont loin d'être fatales; si les observations de Dufour, de Cartaz, de Rosapelly, de Le Dentu, deux faits personnels montrent ces trajets anormaux, il y a des guérisons par trans-

formation fibreuse; dans un cas de Guelliot, les vésicules furent trouvées « petites, atrophiées, aplaties, formant un noyau fibreux à peine distinct du tissu cellulaire épaissi qui les entoure; il n'y a plus trace de leur cavité ». Dans un second, la vésicule très dure « apparaît comme un bloc fibreux »; dans un troisième, « la vésicule a subi une transformation fibreuse; sa cavité n'existe plus ». Broca avait rencontré cette induration

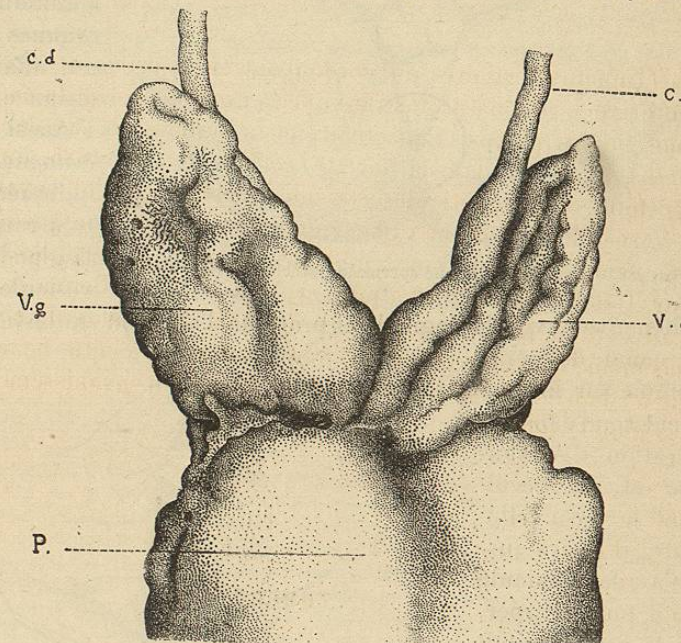


FIG. 281. — Tuberculose des vésicules séminales, du canal déférent et de la prostate. (Reclus.)

scléreuse. N'est-ce pas là ce qu'on observe dans les tubercules de tous les organes et de tous les tissus?

La tuberculisation des vésicules paraît surtout fréquente chez les adultes; Hutinel, dont le mémoire tend à prouver que le bacille envahit la glande spermatique à peu près aussi souvent dans l'enfance que dans l'adolescence et dans l'âge mûr, ne parle pas des vésicules, et ses autopsies sont muettes sur ce point; Guelliot donne un tableau de 45 cas de vésiculites bacillaires, dont 2 seulement au-dessous de 10 ans, 1 de 10 à 20 ans, 11 de 20 à 50, 12 de 50, 12 de 50 à 40, 7 de 40 à 50, et 12 au-dessus de 50. Elle existe rarement isolée, et dans un autre relevé, Guelliot montre que, dans 59 tuberculoses des vésicules, 49 fois les poumons étaient frappés, 56 fois la prostate, 51 fois le testicule et l'épididyme, et 29 fois la vessie ou l'urèthre. Dans plus d'un tiers des cas, les vésicules sont donc prises sans envahissement de la glande spermatique, mais cette constatation ne paraît pas un argument sérieux en faveur de la marche de la tuberculose de la prostate vers l'épididyme. On sait que les uns penchent pour l'infection