

latées, et cette dilatation portait autrefois particulièrement le nom de **cirsocele**. A la palpation, on sent des anses arrondies, ascendantes et descendantes, semblables à des vers de terre, formées par les veines dilatées dont le contenu disparaît sous une légère pression des doigts; au milieu de ces masses molles on reconnaît nettement à sa résistance plus grande le canal déférent, que l'on peut facilement isoler.

Le **pronostic** est bon; les troubles fonctionnels sont extrêmement rares; l'ectasie des veines disparaît spontanément à un certain âge, lorsque l'activité sexuelle est en voie de diminution; chez les jeunes gens le varicocèle diminue souvent aussi notablement par la régularisation des fonctions génitales.

Il est très rare d'observer des états d'atrophie plus ou moins considérable du testicule; encore plus rarement le varicocèle entraîne la mort par thrombo-phlébite suivie de suppuration.

Le **traitement** du varicocèle est très varié, ce qui prouve bien la fréquence de cette affection et la difficulté de la guérison; d'autre part, comme le fait observer KOCHER, avec raison, c'est là, en quelque sorte, un témoignage de la conscience troublée des chirurgiens qui se sont aperçus, en effet, que beaucoup de leurs moyens de traitement étaient plus dangereux que la maladie elle-même.

La **prophylaxie** du varicocèle et les mesures hygiéniques dirigées contre la cause de cette affection, consistent dans la régularisation des évacuations alvines, dans l'exercice régulier du coït ou la continence absolue. On conseillera les **lavages froids** et les **douches froides** dans le but de provoquer des contractions des parois vasculaires et de la tunique dartos; le testicule sera soutenu à l'aide d'un bon suspensoir, ou bien, dans le même but, on entourera la partie inférieure du scrotum d'un anneau en caoutchouc ou d'une bande, de façon à refouler en haut le testicule. De même que PITHA, nous avons trouvé très efficace, dans un certain nombre de cas, le procédé indiqué par CAREY, et consistant à faire diminuer le plus possible le varicocèle par le repos et les compresses froides, puis à badigeonner le scrotum avec une solution de gutta-percha dans le chloroforme (**traumaticine**). A. COOPER cherche à obtenir d'une façon très radicale le raccourcissement du scrotum par l'excision d'une portion de ce dernier. Ce moyen doit être abandonné, CURLING ayant observé des récurrences dans quelques uns des cas opérés par COOPER. Pour diminuer la pression hémodynamique, on recommandera aux malades d'éviter le plus possible la station debout prolongée et les longues marches.

On a également utilisé avec succès la **pression élastique de pelotes herniaires sur le cordon** (CURLING, RAVOTH); on a obtenu ainsi une amélioration notable et même une guérison complète. L'action de ces pelotes élastiques a été expliquée de diverses manières; selon nous, elle est analogue à celle des valvules des veines: la pression élastique légère

n'entrave pas la circulation veineuse dans la direction du cœur, mais suffit pour empêcher le reflux du sang dans les veines.

Le **traitement opératoire du varicocèle** est très rarement indiqué; nous ne l'avons jamais mis en pratique ni vu exécuter par d'autres chirurgiens. La méthode qui paraît la plus rationnelle est celle qui consiste à dénuder les veines et à en faire l'excision entre deux ligatures (V. PATRUBAN), en se conformant scrupuleusement aux règles de l'antisepsie. RIGAUD glisse au-dessous des veines isolées une plaque en caoutchouc et détermine ainsi l'oblitération et l'atrophie de ces vaisseaux; mais, avec ce procédé, on ne peut obtenir la réunion par première intention. KOCHER s'est servi avec succès d'un procédé qui consiste à lier les veines en plusieurs points par voie sous-cutanée, à l'aide d'une aiguille courbe et de fil de catgut, en usant de toutes les précautions antiseptiques, et en ayant soin de ne pas comprimer les autres éléments du cordon dans la ligature. On a proposé également et mis en pratique d'autres procédés tels que la compression du paquet variqueux entre deux clamps (BRECHET), ou entre des sutures entortillées (VELPEAU), la ligature sous-cutanée avec deux anses de fil de soie engagées l'une dans l'autre (RICORD) ou au moyen d'un fil d'argent (VIDAL), l'enroulement et le raccourcissement des veines du cordon entre deux ligatures métalliques sous-cutanées, la section galvano-caustique (V. BRUNO), etc. Mais qu'on n'oublie pas que dans nombre de cas ces opérations ont entraîné la mort, par suite d'érysipèles diffus, de suppurations profuses, de pyémie, que même dans les cas favorables on n'est pas sûr d'obtenir une guérison radicale, que bien au contraire, les récurrences ne sont pas rares, que les douleurs qui surviennent dans le testicule, le cordon, la région de l'aîne et les lombes, et qui engagent le malade à demander une opération, apparaissent de nouveau au bout de peu de temps, même en l'absence d'une récurrence de la tumeur variqueuse; qu'on se rappelle bien, d'autre part, que le varicocèle est une affection qui ne menace absolument pas l'existence, ne détermine même que très rarement des troubles fonctionnels considérables, et disparaît spontanément à un certain âge. Si l'on prend bien tous ces faits en considération, il est clair que l'on doit rejeter toute intervention opératoire. Ce n'est pas sans raison que tous les traités de chirurgie rappellent, à ce sujet, la fin tragique du chirurgien DELPECH, qui fut tué par un individu chez lequel il avait déterminé l'atrophie des deux testicules par une double opération de varicocèle.

Maladies des vésicules séminales et de leurs conduits d'excrétion.

§ 232. — Les vésicules séminales ne servent pas seulement de réservoir au sperme venant du canal déférent, mais elles fournissent aussi une sécrétion jaunâtre, albuminoïde, filante, qui s'ajoute au liquide d'éjaculation. On observe quelquefois l'**absence congénitale des vésicules séminales** et parfois aussi des conduits éjaculateurs; d'autre part, ces organes peuvent persister dans les cas d'absence congénitale ou acquise des testicules; à la suite de la castration, etc., ils s'atrophient parfois, par propagation du processus inflammatoire (KLEBS).

Les vésicules séminales peuvent être blessées dans l'opération de la taille. Dans les rétrécissements de l'urètre il peut se produire une rétraction cicatricielle, avec oblitération des conduits éjaculateurs.

L'**inflammation des vésicules séminales** a été observée soit sous la forme aiguë, soit sous la forme chronique. KOCHER a recueilli 8 cas d'inflammation aiguë sans compter une observation personnelle. La cause consistait dans la propagation d'une urétrite ou dans un traumatisme.

Les **symptômes** consistent dans de la fièvre, des douleurs persistantes, des tiraillements dans la région de l'anus, du sacrum, des lombes et de l'hypogastre. La miction est douloureuse; il y a du ténesme vésical; les urines sont mélangées de sang et de pus. En outre, à chaque évacuation alvine s'écoule une certaine quantité de sperme; l'urine contient des spermatozoïdes; le malade a des éjaculations fréquentes d'un sperme brun rougeâtre. KOCHER a observé un œdème inflammatoire par propagation, avec rougeur de la peau, dans la région de l'épine iliaque postéro-inférieure. Au toucher rectal on constate une grande sensibilité des vésicules séminales et une augmentation de volume de ces organes. La tumeur est dure ou fluctuante: une vésicule dilatée peut contenir de 40 à 50 grammes d'un liquide purulent. L'inflammation peut passer à la forme chronique, ou bien le pus perce les parois de la vésicule; l'abcès peut ainsi s'ouvrir dans la cavité péritonéale et entraîner une terminaison mortelle. KOCHER a vu son malade succomber à l'infection malgré l'incision du foyer purulent. Le processus inflammatoire peut être suivi soit de la rétraction et de l'atrophie, soit de la dilatation permanente des vésicules séminales. Les soi-disant calculs spermatiques du conduit éjaculateur sont aussi en relation avec l'état inflammatoire. Ils consistent en carbonate et en phosphate de chaux, ainsi qu'en cellules de forme épithéliale et en spermatozoïdes en très grand nombre. La substance organique y est fortement représentée; la forme du calcul et son volume persistent sans changement, après sa décalcification.

Le **traitement** doit consister dans l'évacuation aussi prompte que possible du foyer purulent par la voie rectale. Dans la forme chronique de l'inflammation VERNEUIL a obtenu une amélioration lente par l'emploi des balsamiques, des injections de morphine et des bains de siège prolongés.

La **tuberculose** des vésicules séminales, ainsi que d'autres néoplasmes de ces organes, n'ont pas d'importance clinique particulière, car ils ne surviennent que secondairement, à la suite d'affections de même nature d'autres parties de l'appareil génito-urinaire.

Maladies de la prostate.

§ 283. — La prostate (glandula prostata, prostata superior, parastata adenoides) est un corps aplati, ayant la forme d'un cône ou d'un marron; par son plus grand diamètre dirigé transversalement, elle embrasse la portion terminale de l'urètre, immédiatement en avant de l'orifice vésical; la **base** du cône est dirigée vers la vessie (face vésicale, MERCIER), et regarde en haut et en arrière; le **sommet** (extrémité urétrale, apex prostatae) regarde en bas et en avant; la face tournée vers la paroi antérieure de l'abdomen (**face pu-**

bienne) est presque verticale; la face postérieure (**face rectale**) regarde en arrière et en bas, et en même temps est inclinée latéralement, de chaque côté, de façon à former un angle aigu avec le plan transversal. Le **bord supérieur** large tourné vers la vessie, est légèrement échancré en son milieu, de sorte que la face rectale offre la forme d'un cœur de cartes à jouer; cette face est unie au rectum par du tissu conjonctif dense, dépourvu de graisse, tandis que la face antérieure est fixée à la face interne de la paroi antérieure du bassin par l'aponévrose pelvienne. Le sommet de la prostate s'appuie sur une paroi rigide, le **diaphragme uro-génital**. La partie de beaucoup la plus considérable de la prostate est située en arrière de l'urètre. — Ces notions anatomiques sont de la plus grande importance pour comprendre les altérations qui se produisent au niveau de la vessie et de l'urètre dans l'hypertrophie de la prostate.

La partie essentielle de la prostate est formée par une **glande en grappe**; elle contient, en outre des muscles chargés de fermer la vessie (**sphincter externe et interne de la vessie**), ainsi que les parois des conduits éjaculateurs, de l'utricule prostatique et de l'urètre. L'**utricule prostatique** (sinus prostaticus, sinus pocularis, uterus masculinus) se présente sous la forme d'un petit cul-de-sac tapissé d'une muqueuse et d'une tunique musculaire propre; cette cavité s'étend en arrière jusque dans la prostate à une profondeur de 1 à 1,2 centimètre, et elle s'ouvre sur le verumontanum entre les conduits éjaculateurs. L'urètre présente sur une coupe transversale la forme d'une fente antéro-postérieure immédiatement en arrière de l'orifice vésical, et dans le reste de la portion prostatique, celle d'une fente transversale, arciforme, dont la convexité est tournée vers le pubis. Le canal de l'urètre divise la prostate en deux **lobes latéraux** par un sillon plutôt appréciable à la palpation qu'à la vue. La partie postéro-supérieure de la prostate, dans le point correspondant à l'entrée des conduits éjaculateurs, offre un sillon transversal qui divise l'organe en un lobe antérieur et un lobe postérieur. Le lobe antérieur à son tour présente de chaque côté un sillon antéro-postérieur qui le divise en une partie moyenne (**lobe médian** (HOME), tubercule, lobe pathologique, isthme de la prostate) et deux masses latérales. HOME qui a décrit le premier ce lobe médian, a déjà fait remarquer son importance; CRUVEILHIER et THOMPSON le considèrent simplement comme une commissure postérieure. HOME attribue à l'augmentation de volume de ce lobe le rétrécissement de l'orifice urétral de la vessie.

Le **liquide sécrété par la prostate** est clair, filant, d'un aspect vitreux. On peut le faire sortir par l'urètre en exerçant une pression sur la glande par la voie rectale.

Le **volume de la prostate** est très variable. D'après HENLE, son plus grand diamètre transversal est de 2,2 à 4,3 centimètres; du sommet à la base l'organe mesure 2,5 à 3,5 centim.; enfin sa plus grande épaisseur est de 1,4 à 2,2 centim. La prostate peut s'hypertrophier, et l'on comprend que cette altération de volume puisse exercer une influence considérable sur l'excrétion de l'urine et du sperme. Comme nous l'avons déjà fait remarquer, la prostate, au point de vue fonctionnel, doit être considérée comme appartenant à l'appareil génital; cependant, on n'a pas encore pu reconnaître d'une façon tout à fait sûre la part prise par cet organe aux fonctions génitales; un fait certain, c'est que lui seul contient l'appareil musculaire de fermeture de la vessie.