que je faisais par excision. Les fautes opératoires ne sont pas désastreuses, elles peuvent seulement provoquer la récidive.

Les instruments que la cure radicale nécessite sont très simples et en la possession de tout médecin. Souvent, par contre, on aura de la peine à trouver un trocart irréprochable et surtout une seringue convenable et aseptique.

Enfin le meilleur argument nous est donné par les malades. Dernièrement j'ai opéré un homme par la cure radicale. Deux ans auparavant, il avait été opéré par l'injection du côté opposé. Son opinion a de la valeur ; s'il avait à subir une troisième opération, il choisirait sans hésiter la cure radicale.

Je ne parle même pas de l'efficacité de la cure radicale. On cite les récidives à la suite de la cure radicale ; on ne cite plus les récidives de l'injection.

En somme, un médecin peu exercé dans la pratique des opérations, mais résolu à ne pas transiger avec les règles de l'asepsie, peut se dire qu'en entreprenant une cure radicale de l'hydrocèle, il ne fera pas de mal à son malade et, en mettant les choses au pire, il n'aura qu'une récidive à soigner.

Un médecin exercé dans la pratique des opérations, malgré toute son habileté opératoire et sa connaissance de l'asepsie, n'est jamais certain de ne pas faire du mal à ses malades par une ponction et une injection iodée, et, en mettant les choses au mieux, il risque d'avoir une récidive.

PACHYVAGINALITE OU HÉMATOCÈLE

De forme ovalaire, avec un pôle supérieur moins volumineux que l'inférieur, l'hématocèle est une tumeur lisse, tendue, dense, pesante, quelquefois résistante, souvent dure, mais d'une consistance égale et surtout opaque. Le plus grand danger de l'hématocèle est l'inflammation et l'infection. Son moindre inconvénient est d'être une tumeur gênante.

Le traitement de l'hématocèle est actuellement très simple. Que l'hématocèle soit liquide ou solide, il n'y a pas lieu de faire une ponction ou une injection iodée.

L'injection iodée, rejetée déjà de la thérapeutique de l'hydrocèle par beaucoup, n'est admise ici par personne. L'indication opératoire est nette.

Opération. — Le premier temps de l'opération consiste à ouvrir la vaginale et à inspecter soigneusement les parties.

De deux choses l'une : ou le testicule est apparent ou il ne l'est pas.

Si le testicule se dessine nettement à la vue, le devoir est de le conserver et, par conséquent, de réséquer le feuillet pariétal de la vaginale jusqu'au niveau de son adhérence avec le feuillet viscéral.

Cette résection sera analogue à l'opération de l'hydrocèle, s'il y a du liquide hématique sans altérations notables de la vaginale.

Elle sera faite par décortication successive des fausses membranes sur chaque tranche de l'incision, si ces fausses membranes encombrent toute la cavité vaginale.

Le testicule n'est pas visible ni sensible; il est enfoui sous les fausses membranes et comprimé. Faut-il essayer de le conserver? Si cela était reconnu indispensable à cause de la bilatéralité des lésions ou du désir du malade, la chose serait encore possible avec de la patience. Dans ces cas, je pense qu'une incision séparant la tumeur en deux moitiés aurait des chances de montrer sur la coupe la situation, la forme, le volume et l'état anatomique du testicule. A supposer que le testicule soit bon, je crois que cette incision exploratrice ne compromettrait pas absolument ses fonctions et permettrait une dissection facile et sûre. Si, au contraire, la glande était altérée, et que sa conservation s'imposât au point de vue moral, l'incision ne ferait qu'aplanir les difficultés opératoires sans diminuer ses qualités morales. En somme, je pense que la dissection du testicule s'impose quand la glande est visible et sensible, que l'incision exploratrice suivant l'axe de la tumeur est à essayer dans le cas contraire.

Si l'on se décide pour la *castration*, opération, en somme très raisonnable dans la forme solide et ancienne de l'hémato-

cèle, il suffira de se reporter sur le cordon après avoir séparé la tumeur d'avec le scrotum et de couper le cordon en faisant l'hémostase.

TUBERCULOSE DU TESTICULE

On observe la tuberculose du testicule chez l'enfant et chez l'adulte.

Tantôt sa marche est aiguë, et le testicule est pris dès le début (forme infantile) ; le plus souvent la marche est chronique et se divise en trois périodes. Une période de tuméfaction épididymaire, une période de ramollissement, une période de fistules ou de fongus. Rarement la tuberculose guérit spontanément.

La tuberculose s'accompagne souvent de tuméfaction de la prostate, des vésicules séminales, etc.

Traitement général. — Reconstituants, huile de foie de morue, arsenic, iodure de sodium à petites doses, suralimentation, viande crue, aération, saison d'altitude ou cures à Balaruc, Biarritz, Salies-de-Béarn, etc. Tel est le traitement général de la tuberculose du testicule, qui n'est en réalité qu'une tuberculose locale.

Indications opératoires. — Chez l'adulte quand le testicule est pris d'une façon rapide. Voici un exemple : Un homme de quarante-huit ans se plaint, à la suite d'une attaque d'influenza, d'une vive douleur au testicule (avril 1898). Au bout d'un an, après avoir tout fait pour éviter une opération, les douleurs deviennent intolérables, le testicule grossit. On fait la castration (1899, 13 mai).

On trouve un testicule transformé en une vaste caverne. L'examen microscopique démontre sa nature tuberculeuse.

Dans ces cas, sauf contre-indication de l'état général, la castration est admise par tout le monde.

Voici maintenant un cas plus fréquent : Un jeune homme de vingt ans présente une orchi-épididymite suppurée unilatérale à droite ; l'état général périclite. Il n'y a pas d'autres lésions tuberculeuses, la prostate est saine.

On peut faire : l'*épididymectomie*, la *cautérisation*, les *injections*.

Les injections avec l'éther iodoformé ou avec le chlorure de zinc pourraient, à la rigueur, être essayées. Mais je leur reproche, de faire perdre du temps. La lésion tuberculeuse est unique, pourquoi n'en pas profiter pour l'enlever ?

L'*épididymectomie* est une opération difficile, qui laisse souvent après elle des foyers tuberculeux.

La *cautérisation* laisse aussi des eschares longues à se détacher.

Je crois que la *castration* est préférable.

Elle peut être suivie de récidive sans doute, mais elle met à l'abri des récidives mieux que les opérations palliatives.

Elle prive l'individu d'un testicule, mais ne le prive pas de ses fonctions génésiques.

Enfin elle est bénigne et procure une guérison opératoire très rapide. A la suite de la castration, il n'y a pas de mortalité.

Le même individu castré a une récidive du côté opposé Que faut-il faire ? Pas de castration.

Mieux vaut avoir recours aux opérations palliatives, aux cautérisations (thermo, chlorure de zinc).

La castration double est souvent inutile et toujours suivie d'effets déplorables sur le moral de l'individu.

La même conduite serait suivie si, avec un seul côté malade, on trouvait des lésions de la prostate, des vésicules ou des poumons.

Un homme présente une tuberculose testiculaire avec fistules intarissables. S'il a d'autres lésions tuberculeuses, s'abstenir de pratiquer une opération radicale.

Si la maladie est unilatérale, faire la castration.

Chez l'adulte, la castration sera suivie, dans la plupart des cas, de l'ablation du canal déférent, car c'est de ce côté que se propagent les lésions.

Mauclaire a fait la ligature et la section des éléments du cordon spermatique. D'après les dix-huit observations qu'il a publiées, les bons résultats s'obtinrent quand la tuberculose n'était pas fistuleuse ou suppurée.

Chez l'enfant. — 1° La tuberculose évolue d'une manière lente, elle s'ouvre à la peau. Quelques soins antiseptiques, et les fistules guérissent. S'abstenir d'opérer;

2° Dans d'autres cas, le testicule est primitivement malade. Il est gros, tuméfié, et l'état général est médiocre. La castration me paraît indiquée. Elle m'a donné de bons résultats.

En somme, je crois que, dans la tuberculose du testicule, il faut faire une opération radicale, quand l'affection est localisée à un seul testicule ou à une seule partie du testicule, quand elle évolue rapidement et qu'il n'existe pas d'autres signes de tuberculose.

Je réserverais les opérations partielles, épidydectomies, cautérisations ou injections modificatrices, aux cas où les deux testicules sont pris, où les lésions paraissent traîner en longueur, où il existe d'autres lésions tuberculeuses.

La *castration* est une opération très simple et très bénigne. Après avoir libéré le cordon, on dénude le canal déférent et on le suit à travers le canal inguinal, pour l'extirper aussi loin que possible dans le bassin, sous le péritoine. Quant au cordon, après l'avoir écrasé avec un écraseur, on pratique une ligature au catgut et on le coupe en dessous. On enlève ensuite de haut en bas le reste du cordon, et le testicule avec la peau malade, s'il y a lieu.

Chez l'enfant, le canal déférent est coupé avec le cordon.

TUMEURS DU TESTICULE

Les tumeurs du testicule réclament un diagnostic hâtif et une intervention aussi précoce que possible.

La seule *indication opératoire* est l'extirpation complète.

Aussi, devant une tumeur du testicule, on discutera l'hématocèle, la syphilis, la tuberculose, le cancer. On peut, si on doute, donner, pendant quelques jours, le traitement spécifique (iodure de potassium, 2 à 8 grammes; mercure en frictions). Mais, dès qu'on s'aperçoit de l'inefficacité du traitement, il faut poser l'*indication opératoire*.

Le premier acte d'une intervention sur le testicule, malgré le diagnostic clinique, doit toujours être une *incision exploratrice* de la glande. Cette incision sera faite dans les cas où le diagnostic est douteux et dans ceux où le diagnostic paraît certain. Si on est décidé à faire une castration, l'opération ne sera pas plus compliquée par une incision exploratrice, et cette incision aura l'avantage de vous faire parfois rectifier le diagnostic et de conserver la glande.

L'incision exploratrice, à supposer qu'elle n'est pas suivie de castration, est facile à réparer à l'aide de quelques points de suture au catgut.

L'incision, si elle démontre l'existence d'un cancer, doit être immédiatement suivie de l'ablation large de l'organe.

Deux castrations pour tumeurs du testicule nous ont donné une récidive rapide (trois mois) et une guérison depuis deux ans.

LE VARICOCÈLE

Formé par la dilatation variqueuse des veines du cordon, le varicocèle peut amener l'atrophie du testicule, des troubles nerveux, qui vont depuis la neurasthénie jusqu'à la folie ou à l'impuissance génésique.

Il est caractérisé par une tumeur suivant le trajet du cordon, qui se décompose sous le doigt en cordons noueux, résistants, dont l'agglomération donne une sensation analogue à celle d'un paquet de vers entrelacés.

Le **traitement** du varicocèle est variable, suivant les phénomènes qu'il occasionne. Si le varicocèle est bien supporté et qu'il ne détermine ni gêne notable ni troubles nerveux

appréciables, on peut attendre, en prescrivant au malade le port d'un suspensoir et des douches froides sur les bourses, tous les matins et tous les soirs. Il faut éviter aussi la station debout prolongée, les fatigues, etc. L'indication opératoire est fournie par le volume considérable du varicocèle et la menace d'atrophie testiculaire ou la gêne que produit la tumeur par son volume.

Dans d'autres cas, le varicocèle est petit; mais il provoque, on ne sait comment, un état neurasthénique grave, qu'il faut essayer d'améliorer par une opération.

J'ajoute qu'à la suite d'une opération de varicocèle, on peut voir survenir des troubles psychiques (folie post-opératoire). Mais ces faits sont rares.

L'opération du varicocèle de moyen volume peut se limiter à la simple résection d'une bonne partie de la peau du scrotum. Cette opération, faite avec l'antisepsie, est inoffensive.

Il faut raser les bourses, les laver, les brosser et les passer au sublimé. Prendre ensuite, avec deux pinces-clamps, une bande de peau de deux ou trois travers de doigt sur la bourse malade, la soulever et l'exciser dans le sens vertical. On enlève ensuite les clamps et on assure une hémostase parfaite. C'est un point très important de ne pas laisser des vaisseaux non oblitérés. Enfin, on pratique une *suture exacte* avec du crin de Florence.

Lejars a préconisé récemment le procédé suivant : On tire le scrotum en avant et on délimite la portion de peau à exciser par plusieurs points de catgut passés en U sur une ligne arciforme. On résèque ensuite le grand pli vertical ainsi délimité et on suture régulièrement la peau.

L'excision pure et simple de la peau a suffi souvent à améiorer et à guérir le varicocèle. Elle fait office de suspensoir en raccourcissant les bourses.

Dans les cas plus graves et plus invétérés, il est bon de pratiquer, en même temps, la *ligature des veines*. Mais cette ligature est une opération beaucoup plus délicate, car il faut éviter, à tout prix, de prendre, dans le fil, l'artère spermatique, ce qui produirait une atrophie du testicule.

On peut, en somme, diviser les varicocèles opérables en

trois variétés, que Tuffier a dénommées : l'*ectasie veineuse simple*, l'*orchidoptose* et la *variété mixte*.

L'*ectasie veineuse* est justiciable des ligatures des veines (groupe antérieur ou postérieur après dénudation du canal déférent et de l'artère spermatique).

L'*orchidoptose* est justiciable de la résection cutanée.

Enfin, dans la *variété mixte*, les deux procédés doivent être concurremment employés.