

## CHAPITRE VIII

### AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME

#### I

#### Traitement du varicocèle.

MESSIEURS,

Il n'est pas d'affection plus fréquente que les varices du cordon spermatique: Landouzy, le père, puis Carré ne prétendent-ils pas que, sur 100 hommes, 60 d'après l'un, 66 d'après l'autre, sont atteints de varicocèle? D'autre part, les interventions chirurgicales pour le guérir sont relativement rares: je suis un de ceux que les maladies des organes génitaux de l'homme intéressent particulièrement, et je n'ai pratiqué encore que 29 opérations de ce genre. C'est dire que le varicocèle est d'ordinaire sans gravité, que souvent l'individu qui en est porteur en ignore même l'existence, et que, pour agir, il faut se trouver en présence de certaines indications, en vérité, presque exceptionnelles.

La première, la moins rare, est la gêne que la tumeur provoque: le scrotum devient pesant et les malades, par

un mouvement bientôt automatique, portent la main aux bourses pour relever le testicule; ils accusent un endolorissement de l'aîne; l'incommodité devient une infirmité et, dans certaines formes extrêmes, « on voit, dit Landouzy, les individus haletants après la moindre course, les traits altérés, la figure baignée de sueur, inquiète et anxieuse ». La douleur peut s'irradier vers les lombes, le pénis et gagner la verge; l'érection et la miction l'exaspèrent comme aussi elles peuvent l'apaiser. La souffrance, d'ailleurs, n'est nullement en relation avec le développement des varices: les plus grosses sont souvent les mieux supportées, et nous avons vu un jeune homme de 19 ans dont la tumeur scrotale avait le volume de l'avant-bras; or, dans des chasses à courre, il avait pu rester quatorze heures consécutives à cheval. Ce sont souvent des varicocèles petits qui provoquent ces souffrances et ces anxiétés, telles que, « après une course de 200 pas, un malade de Landouzy était comme le poisson sur le sable ».

Sous l'ancienne chirurgie, semée de complications et de dangers, on n'opérait guère que ces cas extrêmes; si l'antisepsie n'était survenue, je n'aurais eu aucune intervention à mon actif, car je n'ai jamais observé ces formes graves, et le tableau clinique tracé par Landouzy m'est inconnu. Mais depuis les pansements nouveaux, les indications se sont étendues, et actuellement nous acceptons et nous proposons d'agir dans une foule d'occasions; d'abord lorsque la tumeur s'accroît et menace, par son volume, de devenir indécente; ne cite-t-on pas partout l'histoire de ce jeune homme dont les douleurs étaient à peine marquées, mais le varicocèle « descen-

daît jusqu'au tiers inférieur de la cuisse, et notre individu, honteux de cette énorme saillie sous le pantalon, n'osait se présenter nulle part. » Nous intervenons encore pour ces varices plus gênantes que douloureuses, qui agacent surtout par leur poids et par leur frottement, et dont la hantise constante finit par provoquer des idées de suicide chez certains neurasthéniques; cette forme n'est pas rare; il n'est pas rare non plus de voir l'hypochondrie provoquer, par imagination pure, une déchéance génésique qui épouvante le malade à la veille de quelque mariage. Nous avons noté cette frigidité chez 4 de nos opérés; c'est dire que la baisse de la virilité n'est pas constante, et l'on sait que, au contraire, plusieurs individus atteints de varices du cordon recourent au coït pour apaiser les douleurs.

Nous intervenons enfin lorsque l'ectasie veineuse menace l'intégrité du testicule: la compression des filets nerveux, plutôt la névrite interstitielle consécutive à la dilatation des vasa-nervorum provoque parfois des troubles trophiques, et les observations d'atrophie de la glande ne sont pas rares: Celse en avait mentionné et, au siècle dernier, Callisen et Pott la connaissaient. Sur quinze cas, Landouzy a trouvé cinq fois le testicule diminué de volume; Hélot, Curling, Gosselin ont aussi vu cette atrophie; je l'ai pour ma part étudiée deux fois sur le cadavre et j'ai pu, grâce à l'obligeance de Malassez, en décrire les lésions micrographiques. Barwell a donné une statistique importante et, sur 100 cas de varicocèle, il a vu une fois la glande réduite à l'état d'une petite masse flasque, 13 fois petite et très molle, 47 fois peu atrophiée, mais au-dessous de la moyenne comme vo-

lume et comme consistance; 7 fois seulement elle était saine. Nous ne croyons pas que cette déchéance organique soit la cause de la frigidité, et l'intégrité ordinaire de la glande droite nous fait repousser cette explication; nous pensons que l'atteinte portée parfois à la « capacité congressive » est d'ordre psychique, mais comme l'atrophie même d'une seule glande spermatique n'est pas négligeable, nous intervenons en ce cas.

Cependant, avant d'avoir recours à une opération, on essaiera du suspensoir: nombre d'individus atteints de varicocèle s'en contentent et voient disparaître la gêne ou la douleur lorsque leur scrotum est bien soutenu par une poche exacte et souple. Elle empêche les bourses trop longues de flotter dans le pantalon, de s'excorier sur les vêtements, d'entretenir de l'intertrigo dans le pli génito-crural; elle diminue la hauteur de la colonne sanguine. Mais elle exige une grande propreté, des changements assez fréquents, car son tissu se relâche assez vite et se salit. Au suspensoir, on ajoutera quelques prescriptions: pas de marches forcées, de station trop longue, de danse, d'équitation, de bains tièdes, d'excès vénériens; on ordonnera les lotions froides ou très chaudes pour exciter la contraction du dartos; on préviendra toute stase sanguine dans la région, toute hyperémie hémorroïdaire; on maintiendra le rectum vide par des lavements; un peu d'iodure de potassium et quelques grammes d'extrait fluide d'hamamélis de Virginie complètent la liste de ces petits moyens, au demeurant assez ennuyeux. Aussi, au lieu de s'y soumettre, beaucoup préfèrent, lorsque leur négligence ou leur oubli entraîne quelques souffrances, avoir recours à l'opération.

Il en est de plusieurs ordres: les unes s'attaquent aux veines variqueuses pour les oblitérer ou les réséquer, d'autres au scrotum pour le raccourcir, d'autres encore à la fois aux vaisseaux et à la peau des bourses. Les premières, les interventions qui s'adressent directement aux veines ectasiées, comptent une foule de procédés: je laisse de côté tous ceux qui veulent éviter l'incision franche des téguments; nous n'avons plus la crainte des complications infectieuses des plaies, et c'est de front qu'il faut aborder les varices. On incisera donc le scrotum dans sa région funiculaire et on arrivera sur les paquets variqueux; on dénude le cordon; on isole les plexus veineux d'avec le canal déférent, et, si possible, d'avec l'artère spermatique, puis, à chaque extrémité de la plaie, les varices sont liées. Quelques chirurgiens se contentent de les oblitérer ainsi et ne les sectionnent pas: ils préviennent les hémorragies, et les cordons veineux rétractés soutiennent encore le testicule. Le plus grand nombre excisent le tronçon intermédiaire, et cette extirpation est de rigueur, si les veines sont enchevêtrées en masses cavernueuses ou altérées par des incrustations calcaires ou des phlébolithes.

Cette intervention passe pour la meilleure et la plus radicale. Tel n'est pas notre avis et nous la trouvons passible de bien des objections. Nous ne parlerons pas de la phlébite ou des hémorragies, accidents qu'on sait éviter à cette heure, mais de l'atrophie de la glande ou de sa stérilisation par la ligature de l'artère spermatique, ou par la section du canal déférent. L'artère spermatique est assez difficile à dégager des veines variqueuses: Nicaise y est parvenu, mais Richelot n'a pu la découvrir ni

par le toucher ni par la vue, et d'autres échoueront où ce chirurgien habile a échoué. La clinique, il est vrai, démontre que bien des testicules n'ont pas perdu leur fonction après la suppression de leur artère principale : Ferron, Carlier, ont fait la ligature simultanée des veines et des artères sans que la nutrition des glandes ait souffert ; Annandale, Fischer, Richelot les ont excisées sans amener l'atrophie. Mais si la suppléance de la funiculaire et de la déférentielle peut suffire dans quelques cas, dans d'autres elle est précaire, et il y a des faits incontestables d'eunuchisme : Millet cite deux observations de nécrose testiculaire après extirpation des paquets variqueux et de l'artère spermatique.

J'en citerai un nouvel exemple : j'ai vu, il y a six ans, un jeune homme de 27 ans à qui un chirurgien avait pratiqué l'excision des veines pour un volumineux varicocèle : avait-il enlevé en même temps l'artère spermatique ? je l'ignore et je crois que lui-même ne put s'en rendre compte ; faut-il aussi incriminer une suppuration assez étendue et une phlébite intercurrente ? Au bout de quelques jours le scrotum rougit et se gonfla, et l'on vit le testicule gangrené s'éliminer par la plaie. La glande peut, dans d'autres cas, devenir stérile par section du canal déférent ; d'ordinaire il est facile de reconnaître ce canal à sa dureté et à son volume, au milieu des autres éléments du cordon, mais dans les ectasies anciennes, lorsque les veines sont dilatées, incrustées de sels calcaires et déformées par les phlébolithes, lorsque des inflammations chroniques ont solidarisé les divers organes et les divers tissus par la production d'une gangue fibreuse, l'analyse devient difficile et il n'y a rien d'éton-

nant à ce que le canal soit coupé, méconnaissable qu'il est dans l'épaisseur de cette masse scléreuse.

Je fais un autre reproche à la ligature ou à l'excision des vaisseaux variqueux : l'opération est loin d'être aussi radicale qu'on le prétend ; elle laisse un scrotum pendant et flasque et, comme elle ne diminue en rien la longueur du trajet que le sang veineux doit parcourir, la tendance à la stase persiste et les plexus, respectés par la ligature ou l'excision, se dilateront à leur tour. Ce qui gêne, d'ailleurs, ce ne sont pas seulement les masses variqueuses, mais aussi, mais surtout les bourses trop longues. La preuve en est que, dans le varicocèle bien confirmé, l'état des veines ne doit guère varier quelle que soit la flaccidité du scrotum ; or les temps froids, lorsque le dartos se rétracte, ou même le simple usage du suspensoir font assez souvent disparaître les souffrances : on n'a cependant pas touché aux veines ; les bourses simplement pendent moins. Je viens d'observer un cas des plus instructifs à cet égard et qui démontre bien que l'excision des veines ne suffit pas.

Un jeune homme de 26 ans, maréchal-ferrant, entre à l'hôpital pour un varicocèle dont il souffre depuis longtemps ; à l'occasion des moindres fatigues, d'une simple marche, il est pris de douleurs paroxystiques qui s'irradient du testicule vers les lombes ; la glande, dit-il, enfle même, et la tuméfaction ne cède que par le repos prolongé. Or, il s'agit ici d'une véritable récurrence : en mai 1892, il a été consulté par un de mes jeunes collègues des hôpitaux qui lui pratique, avec un soin et une habileté dont je me porte garant, l'excision d'un paquet variqueux, aussi volumineux que les deux pouces, d'après

le malade. Le succès opératoire fut parfait; il n'y a plus ni tumeur ni douleur, et pendant trois mois la guérison semble obtenue, lorsque, en octobre, le maréchal-ferrant est repris des mêmes accidents et nous trouvons, au-dessus de la cicatrice linéaire laissée par la première intervention, un varicocèle aussi volumineux que celui que l'on avait extirpé. Nous réséquons le scrotum et nous en profitons pour ponctionner la vaginale distendue par une certaine quantité de liquide. L'opération n'a que cinq mois de date, mais aux dernières nouvelles tout va pour le mieux et, cette fois, la guérison paraît durable.

Aussi, depuis quelques années, avons-nous recours à la seule résection du scrotum qui guérit tous nos varicocèles sans menacer ni les artères spermatiques, ni le canal déférent. Cette méthode, qu'employait déjà Dionis, avait à peu près disparu lorsqu'elle fut de nouveau appliquée par Henri, de New-York. Horteloup, avec quelques modifications, Edmond Wickham, Championnière, Segond et nous, en sommes les champions convaincus; elle est, pour nous, non seulement la méthode de choix, mais à peu près la méthode exclusive. En effet, je ne voudrais pas dire que l'excision et la ligature des vaisseaux ne soient jamais indiquées; peut-être faudrait-il les recommander dans certains varicocèles énormes, à veines épaisses, incrustées de sels calcaires, ou amincies et très distendues; — peut-être surtout les méthodes mixtes, par exemple celle de Guyon qui résèque à la fois les veines et le scrotum, ont-elles quelques applications. Ce que j'affirme, c'est que, en sept ans, je n'y ai pas recouru et, dans tous les cas où j'ai jugé l'intervention

nécessaire, la résection scrotale a suffi. Voici comment nous la faisons :

A l'anesthésie cocaïnique répond le premier temps; elle est assez délicate à pratiquer. J'ai coutume de faire saisir, par un aide intelligent, les bourses étirées et tendues comme une crête; les deux parois scrotales sont ainsi étroitement appliquées l'une contre l'autre. J'insinue, d'abord dans l'épaisseur de l'une, l'aiguille de Pravaz qui chemine lentement et dépose la trainée analgésique d'une solution à 1 p. 100. Comme les bourses ainsi étirées mesurent d'avant en arrière de 10 à 15 centimètres, il y faut le contenu de quatre à cinq seringues. On passe alors à l'autre paroi et on y fait, de la même manière, une injection traçante. La difficulté réside en ce que la peau est fort mobile et qu'il est nécessaire d'anesthésier les deux moitiés du scrotum juste à la même hauteur, car le bistouri, dans son mouvement de section, ne pourrait prendre une position oblique afin de couper une paroi plus haut et l'autre plus bas. En vérité, là est la seule difficulté de cette petite opération. Encore pourrait-on l'éviter en ayant recours à un clamp ou à une pince courbe qui fixerait les bourses. Le tégument serait anesthésié immédiatement au-dessus de l'instrument.

Que la peau soit tirée par un aide, qu'elle soit maintenue par un clamp ou une pince, instrument qui réfole les testicules et les maintient accolés contre l'orifice interne du trajet inguinal, il faut réséquer une grande étendue de téguments. « L'excision de la peau des bourses, dit Wickham, ne commence à être efficace que lorsqu'elle dépasse la rétraction susceptible d'être obtenue par le

suspensoir le mieux fait et le mieux appliqué. » Pour nous, nous gardons des téguments juste ce qu'il faut pour que les deux lèvres de la plaie scrotale puissent se réunir sur la ligne médiane, et y être juxtaposées sans qu'une traction trop énergique s'exerce sur les fils. L'opéré, eu égard à ses testicules, ressemblera donc au chameau dont les glandes spermatiques, on le sait, sont directement plaquées par la peau tendue sur l'orifice externe du trajet inguinal. L'opération, d'ailleurs, est des plus simples; au-dessus du clamp ou des pinces, si on en a placé, au-dessus des testicules maintenus par la main gauche si on ne se sert pas d'instrument, on excise le pli cutané avec un bon bistouri.

On lâche, et les testicules, enveloppés de leur vaginale, s'échappent par la plaie béante et tombent sur des compresses aseptiques dont on a, au préalable, garni le champ opératoire. On cherche alors l'orifice des vaisseaux ouverts, et cette hémostase doit être faite avec d'autant plus de soin que la cocaïne est vaso-constrictive, du moins au début de son action: des artérioles ou des veinules pourraient saigner abondamment sous la peau réunie, et c'est un accident fréquent qu'il faut savoir éviter. Lorsqu'on a bien étreint et bien lié tous les vaisseaux qui donnent, on saisit les deux lèvres de la plaie, on les juxtapose difficilement, car les glandes ont la plus grande tendance à s'échapper pendant la suture, et l'on place les fils. Ils doivent être fort rapprochés; la peau doit être très tendue pour éviter un recroqueville ment; elle s'enroulerait sur elle-même, ce qui empêcherait l'adhésion primitive. Puis on applique un pansement antiseptique peu irritant, car on sait

l'extrême susceptibilité du tégument des bourses.

J'ai déjà pratiqué 29 fois cette opération et les résultats en ont été excellents. Comme incidents je signalerai, dans un cas, une hémorragie assez abondante pour nécessiter la destruction des sutures, la recherche de l'artère et sa ligature; de nouveaux fils furent replacés et la réunion primitive n'en a pas été troublée. Dans trois autres faits, la guérison fut retardée par un volumineux hématome: l'hémostase n'avait pas été assez complète et du sang s'était amassé au-dessous des sutures, entre les glandes et la peau. Il fallut désunir les tissus déjà adhérents et exprimer par cette ouverture les caillots accumulés; la cicatrisation définitive réclama quinze jours au lieu de sept, et ce fut là le seul inconvénient. Ceux de mes collègues qui s'adressent comme moi à la résection du scrotum, ont eu aussi quelques écoulements sanguins sans gravité: une seule fois, et dans les mains du plus habile peut-être d'entre nous, l'hémorragie faillit être mortelle. Mais le patient était hémophile et l'opéré — et non l'opération ou l'opérateur — doit être incriminé en ce cas: une avulsion de dent, l'ouverture d'un abcès auraient eu les mêmes conséquences.

Dans trois de mes faits, un eczéma assez long à guérir exulcéra les bourses, et la cicatrisation superficielle en fut un peu retardée; mais j'aurais évité ce léger inconvénient si j'avais substitué plus rigoureusement l'asepsie à l'antisepsie. Deux fois, en incisant le scrotum, j'ai ouvert, dans un cas une vaginale, dans l'autre les deux vaginales; quelques points de suture ont refermé la séreuse et ce léger incident ne s'est traduit par aucun trouble