

appréciable. Et c'est tout. Et, dans mes vingt-quatre autres observations, la guérison opératoire a été obtenue sans l'ombre d'un ennui; au septième jour les bourses étaient cicatrisées et les testicules, appliqués à l'anneau, paraissaient absolument sains au milieu des amas variqueux déjà décongestionnés et moins volumineux, mais formant encore, à la racine de la verge, comme une sorte d'édredon enveloppé par le nouveau scrotum tendu et très étiré.

La plus grande partie de mes malades appartenait à la clientèle hospitalière, et je ne saurais dire quel a été le résultat thérapeutique de mon intervention, car aucun n'a été soumis à un examen ultérieur. Mais j'ai pu l'étudier chez neuf jeunes hommes opérés hors de mon service. Chez tous la gêne, la pesanteur, les souffrances de quelque ordre qu'elles fussent ont totalement disparu. La frigidité qui, depuis quelque temps, inquiétait trois d'entre eux, a fait place à une certaine ardeur génésique. La suspension des testicules est restée excellente et, dans aucun cas, nous n'avons vu le scrotum redevenir flasque; les amas variqueux ont paru diminuer, et les glandes spermatiques ont conservé leur volume normal. On pourrait nous objecter que plusieurs de ces observations sont récentes; cependant, pour quatre d'entre elles, les opérés ont été revus trente-cinq mois, trente, vingt-deux et dix-neuf mois après l'intervention, et les excellents résultats ne s'étaient pas démentis.

Aussi, Messieurs, terminerai-je cette conférence par les conclusions suivantes: 1° Si le porteur du varicocele n'éprouve ni gêne, ni douleur, un suspensoir suffit et une opération n'est pas légitimée; 2° s'il existe de la

souffrance ou si l'ectasie veineuse devient pour le malade une cause d'hypochondrie, la résection du scrotum nous paraît être la méthode de choix; 3° on ne touchera au paquet variqueux par simple ou double ligature, avec ou sans extirpation, que dans les cas exceptionnels — et que nous n'avons jamais observés — où les vaisseaux auraient subi des altérations telles, que leur ablation serait devenue nécessaire.

II

Traitement de l'hydrocèle vaginale.

MESSIEURS,

Je désire revenir devant vous sur le traitement de l'hydrocèle vaginale et vous expliquer comment ma pratique actuelle est en désaccord avec les conclusions des leçons ou des mémoires que j'ai publiés sur ce sujet. Dans le *Traité de chirurgie*, dans les *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, dans notre *Thérapeutique chirurgicale*, on lit que « la ponction suivie d'injection iodée est une opération excellente, qui doit rester le procédé de choix; c'est à elle que nous avons constamment recours dans les hydrocèles simples », et je rappelle, à ce propos, que sur 21 vaginalites chroniques opérées en huit mois, j'en ai traité 19 par l'injection iodée et 2 seulement par la résection de la vaginale. Or, j'ai pour ainsi dire renversé la proposition, et depuis le commencement de l'année courante, vous m'avez vu, sur 11 hydrocèles, pratiquer dix fois l'incision antiseptique et une seule fois l'injection iodée. Voici mes raisons, et, j'en conviens, elles sont loin d'être péremptoires.

Il est d'abord tout un ordre de faits où la cure radicale s'impose et où elle n'est pas l'opération de choix, mais

bien l'opération de nécessité. On s'adresse à l'incision dans les *hydrocèles à cavités multiples*; en effet, on pourrait bien évacuer par la ponction le liquide de chacune des poches, mais lorsque celles-ci sont flasques et affaissées, comment les retrouver pour y pousser la teinture d'iode? J'ai, l'année dernière, incisé une tunique vaginale divisée, par d'épaisses cloisons, en trois cavités secondaires, sans compter une multitude de petits alvéoles creusés dans le cul-de-sac sous-épididymaire distendu. Ici, l'injection eût été infructueuse, tandis que j'ai pu, sans difficulté, exciser les néo-membranes, détruire les alvéoles, enlever la vaginale et ses diverticules, et obtenir une guérison durable. Toutefois ces hydrocèles à cavités multiples sont exceptionnelles et si on ne traitait par l'incision que cette variété seule, l'avenir des injections iodées ne serait guère en danger.

L'incision s'impose encore dans les cas de *corps étrangers* de la vaginale: vous savez qu'il se forme dans la séreuse, surtout dans les cryptes du cul-de-sac sous-épididymaire, des petites masses arrondies, dures, blanches ou jaunes, les unes libres dans la cavité, les autres pédiculées et qui, résultat probable d'un processus inflammatoire, peuvent elles-mêmes entretenir l'irritation de la séreuse. Leur volume est, en général, si petit que, lors de la ponction, ces corps étrangers peuvent facilement sortir par le trocart évacuateur; mais le plus grand nombre sont cachés dans un diverticule à ouverture étroite, et lorsqu'on les presse pour les chasser de cette loge, ils écartent ce diaphragme et apparaissent parfois libres, parfois aussi retenus par un pédicule. Ici encore l'opération sanglante, une large incision de la vagi-

nale, est nécessaire pour mettre à nu les cryptes, et pour en extraire les corps étrangers qui, s'ils restaient dans la séreuse, pourraient provoquer une récurrence de l'hydrocèle.

C'est encore l'incision qu'on pratiquera lorsqu'on soupçonne, derrière l'hydrocèle, quelque *altération glandulaire* de diagnostic malaisé. Le testicule et l'épididyme, après l'incision de la vaginale, sont sous les yeux de l'opérateur, et cette ouverture peut n'être que le premier temps d'une opération complémentaire. Il m'est arrivé trois fois, au cours d'une cure radicale, de trouver un kyste spermatique du volume d'une noisette que j'ai pu facilement extirper. Récemment, j'ai opéré un garçon de 14 ans atteint, depuis quelques années, d'une hydrocèle peu volumineuse, au-dessous de laquelle pointait une tumeur fluctuante, sorte d'ampoule dont l'extrémité effilée se continuait dans le cordon. Une fois la vaginale ouverte, j'ai, en effet, trouvé un diverticule du volume d'une amande, transparent et réductible, et qui faisait saillie dans la séreuse; il s'agissait d'une hydrocèle funiculaire communiquant avec le péritoine; j'ai pu disséquer cette portion étendue du canal péritonéo-vaginal persistant, et l'extirper jusqu'au niveau de l'orifice externe du trajet inguinal.

Cette observation nous rapproche des *hydrocèles congénitales* qu'il ne faut pas confondre avec les hydrocèles infantiles : celles-ci, dans l'immense majorité des cas, guérissent toutes seules, et nous n'avons pas à intervenir. Les hydrocèles congénitales, elles, sont des épanchements séreux développés dans le conduit péritonéo-vaginal imparfaitement oblitéré. Ici, la cure radicale

s'impose encore; non seulement la teinture d'iode pourrait pénétrer dans le péritoine à la suite d'une injection, ce qui peut-être ne serait pas sans danger, mais, en outre, il est plus sûr d'extirper le canal séreux que de compter sur l'irritation pour l'oblitérer : ce conduit persistant peut servir d'amorce à une hernie; les intestins pénètrent souvent dans ce trajet toujours ouvert. Or l'opération guérit, du même coup, l'hydrocèle existante et la future descente des intestins.

L'incision est encore indiquée dans les cas de *vaginites chroniques vieilles, volumineuses, à parois indurées*; l'injection iodée n'a guère prise sur ces séreuses épaissies; elle provoque alors, non la coalescence des deux feuillets, mais plutôt une irritation qui se traduit par une formation de néo-membranes nouvelles et un pas de plus vers la pachy-vaginalite. J'ai déjà recueilli un grand nombre d'observations, dont neuf dans la clientèle de ville, où la cure radicale a été pratiquée après échec antérieur de l'injection iodée, ou après récurrence de l'hydrocèle à la suite d'une guérison plus ou moins durable. Tout récemment, un capitaine d'artillerie m'arrive avec une bourse distendue par 150 grammes de sérosité; il avait été déjà ponctionné au régiment et on avait injecté, dans sa vaginale vidée, une solution iodo-iodurée. L'opéré s'était cru guéri pendant six mois; puis peu à peu son scrotum s'était soulevé de nouveau et, après incision, je trouvai une séreuse doublée de néo-membranes et épaisse de 1 à 2 millimètres.

Dans ces diverses catégories de faits, l'indication est absolument nette, et l'incision antiseptique s'impose

comme opération nécessaire; nul ne le conteste à cette heure; mais ces cas sont rares et, en regard des hydrocèles ordinaires, ils comptent pour un très petit nombre. A telles enseignes que, si la cure radicale était réservée à ceux-là et l'injection iodée à celles-ci, on ne pratiquerait guère que des injections iodées. Nous nous retrouvons ici en présence du problème tel que nous le posions au début de cette étude : quelle raison avons-nous de délaisser, dans les hydrocèles simples, la ponction et l'injection irritante, malgré son long passé et les services incontestables qu'elle a rendus, pour les remplacer par l'incision antiseptique, intervention plus délicate et qui nécessite une éducation chirurgicale un peu supérieure? Et me voici, pour répondre, obligé d'établir à nouveau le parallèle un peu suranné entre les deux méthodes rivales.

D'après ses détracteurs, la ponction suivie d'injections iodées ne serait pas l'opération innocente qu'on proclame partout. On lui reproche d'être douloureuse, argument sans valeur depuis l'emploi de la cocaïne; elle est, dit-on, aveugle, et le trocart peut pénétrer dans la glande, traumatisme parfois suivi d'atrophie ou d'hématocèle; mais cet accident est rare, plus rares encore la vaginalite suppurée, l'orchite suivie d'abcès du testicule, la phlébite du cordon, le tétanos, toutes complications notées çà et là dans quelques cas exceptionnels. En vérité ne serait-il pas surprenant, comme nous l'avons écrit ailleurs, qu'une opération, pratiquée des milliers et des milliers de fois, n'eût pas fourni au moins un exemple de tous les accidents des plaies? La seule complication vraiment sérieuse est que, pendant l'éva-

cuation de la sérosité, la canule peut quitter la vaginale et son orifice interne se trouver dans l'épaisseur des tuniques scrotales; on pousse alors la teinture d'iode, non dans la séreuse, mais dans les lames cellulaires des bourses où elle provoque un phlegmon. A. Cooper, Giraldès, Velpeau, Boyer, Broca en ont publié des cas; plus récemment, Augagneur aurait eu deux morts par la production de vastes eschares. Il y a là un danger réel et relativement fréquent; encore pensons-nous que de larges débridements conjureraient la gangrène, si, par malheur, pareille infiltration survenait au cours d'une injection.

Tous ces arguments sont sans grande valeur, car on peut opposer à l'incision des bourses un certain nombre d'accidents analogues, et l'on a observé, dans quelques cas exceptionnels, de petites plaques de sphacèle sur le scrotum, un liséré gangréné sur les deux lèvres de l'incision, une macération et une desquamation de l'épiderme, de petits hématomes ou même des épanchements sanguins assez considérables pour nécessiter la désunion des sutures et l'évacuation des caillots. Enfin, on trouverait des exemples de suppurations, depuis ces abcès minuscules qui peuvent se former autour des fils de sutures infectés, jusqu'à des phlegmons étendus. Mais ces accidents deviennent absolument exceptionnels, et, de fait, nous dirions volontiers qu'injection iodée et cure radicale sont des interventions vraiment innocentes. Aujourd'hui, l'une et l'autre se valent comme sécurité opératoire.

On a mené quelque bruit autour d'un argument d'un autre ordre : l'injection iodée guérit parfois l'hydrocèle

sans oblitérer la cavité vaginale : on cite toujours et partout les seize autopsies de Hutin, médecin de l'Hôtel des Invalides, qui trouva huit fois une coalescence complète et quatre fois des adhérences incomplètes des deux feuillets de la vaginale, mais qui, par contre, constata quatre fois que la séreuse était absolument libre. Or, la cure radicale aurait, comme conséquence à peu près fatale, l'oblitération de la cavité. Et cela ne serait pas sans inconvénient puisque, depuis Gosselin, on proclame que les adhérences de la vaginale « découragent la spermatogénèse ». Les glandes, immobilisées dans leurs fausses membranes, ne produiraient plus d'animalcules. Cette menace de stérilité ne serait pas sans refroidir les plus chauds partisans de la cure radicale.

M. Louis Perret, dans une thèse récente, publiée à Lausanne sous l'inspiration de notre collègue, le docteur Roux, s'est ému de cette assertion et il a entrepris, dans le laboratoire de Herzen, une série d'expériences pour déterminer l'influence de l'oblitération de la vaginale sur la sécrétion des animalcules. Il a pratiqué sur des chiens et sur des lapins l'opération de l'hydrocèle, telle que Roux l'exécute, et dans aucun cas la spermatogénèse n'a été tarie, malgré les adhérences complètes de deux feuillets et l'oblitération de la cavité. Ces expériences étaient pour le moins superflues et, dans un mémoire « sur la spermatogénèse dans l'oblitération de la vaginale », je montrais déjà, en 1888, que l'affirmation de Gosselin était erronée. En effet, sur 11 cas où « toute cavité vaginale avait disparu par une fusion absolue des deux feuillets épaissis, scléreux, et d'une densité telle que, pour isoler le testicule, il fallait le sculpter dans sa gangue fibreuse, eh

bien ! huit fois les spermatozoïdes existaient sans conteste, et s'ils manquaient trois fois, leur absence pouvait être expliquée par des lésions de l'épididyme ».

Donc, si nous n'avions que des arguments de cet ordre, il n'y aurait guère à préférer l'une des deux opérations rivales ; cure radicale et injection iodée se vaudraient certainement. Mais voici les deux raisons qui ont fini par me décider en faveur de la première : la rapidité plus grande de la guérison et la récurrence moins fréquente. J'ajouterai un motif de moindre importance, qui a cependant quelque prix : la cure radicale n'est pas une intervention aveugle ; on sait ce que l'on fait, on voit les tissus qu'on divise, on arrive sur la glande, on l'inspecte, et souvent telle affection concomitante, que rien ne révélait, a pu être traitée en même temps qu'on guérissait l'hydrocèle. J'ai déjà signalé plusieurs cas où j'ai trouvé sur l'épididyme de petits kystes spermatiques qui, sans doute, eussent passé inaperçus, et que j'ai pu extirper sur l'heure au cours d'une incision antiseptique des bourses.

Mais j'ai hâte d'en arriver aux arguments de première ligne. Et d'abord la plus grande rapidité dans la guérison. Ce point est incontestable, malgré la différence des statistiques et la difficulté de donner un sens précis au mot « guérison », car tous ne l'entendent pas de même. Voilà pourquoi la même opération de cure radicale nécessiterait dix jours d'après Juilliard et nous, 12 d'après Volkmann, 13 d'après Roux, 14 d'après Küster, 17 d'après Lister, 18 d'après Kocher, 21 d'après Albert ; ces derniers, probablement, exigent non seulement la cicatrisation absolue de la plaie, que l'on obtient d'ordinaire en neuf

jours, mais la souplesse du scrotum autour d'un testicule indolore et normal. Nous, nous disons dix jours, parce que, en moyenne, dans ce laps de temps, nos opérés quittent l'hôpital et commencent à reprendre leurs occupations habituelles.

Les appréciations sont encore plus diverses quand il s'agit de déterminer le temps moyen de la guérison lorsqu'on a recours à l'injection iodée. Nous voyons citer les chiffres de quinze jours, de vingt jours, d'un mois, de deux mois même. Notre opinion, basée sur une pratique assez étendue, nous ferait accepter vingt à vingt-cinq jours. A ce moment, la glande commence à voir son inflammation rétrocéder et avec un bon suspensoir, le malade peut marcher, mais il faut compter une dizaine de jours avant que le testicule ait repris son volume normal. Il est donc constant — et cela sans discussion possible — que le laps de temps réclamé est toujours d'un bon tiers supérieur à celui qu'exige la cure radicale et, de ce fait, l'avantage, un avantage incontestable, reste acquis à l'intervention sanglante.

Si, il y a huit ans, dans une clinique sur le même sujet, je faisais peu de cas de cette rapidité plus grande dans la guérison, c'est que, pour nous, la question de gravité opératoire n'était pas absolument vidée; nous étions trop près de désastres récents pour ne pas tenir compte des accidents possibles. Aussi fallait-il de solides raisons, des arguments décisifs et péremptoirs, pour faire préférer à une intervention aussi innocente que la ponction et l'injection iodée, une opération qui ouvrirait largement une séreuse au risque de l'inoculer. Certes, je ne soutiens pas qu'à cette heure, on ne constate plus

d'accidents à la suite de la cure radicale, mais en dehors de certaines conjonctures, trop rares pour qu'elles entrent en ligne de compte, on peut dire que tout chirurgien, je ne dis pas habile, mais simplement soigneux, doit pouvoir ouvrir une vaginale, sûr qu'il est de mener son incision suturée vers une cicatrisation rapide, et nous écartons délibérément le facteur « danger » qui pesait naguère si lourdement dans nos délibérations opératoires.

Nous arrivons maintenant à l'argument « récurrence »; il a du poids, mais il est d'une appréciation difficile, et rien de fragile comme les bases des statistiques qu'on fournit. Les unes sont évidemment entachées d'optimisme, les autres sont poussées au noir. Un de nos maîtres me disait n'avoir *jamais* observé de reproduction de l'hydrocèle, malgré le nombre considérable de ponctions et d'injections iodées qu'il avait pratiquées. Mais combien de ses malades, opérés à l'hôpital ou même dans la clientèle, ont échappé à une observation ultérieure! d'autant que, volontiers, on rend le chirurgien responsable de l'échec survenu et qu'on aime bien s'adresser à un autre. D'autre part, il se peut aussi qu'après une série malheureuse, comme il s'en rencontre si souvent, on ait de la tendance à croire la récurrence fréquente, où il ne fallait voir que le groupement exceptionnel de cas à lésions particulièrement avancées. Pour moi, j'ai si souvent réopéré des individus que des confrères fort compétents avaient traités par la ponction et l'injection irritante, que je me rangerai volontiers parmi ceux qui déclarent la récurrence fréquente après l'emploi de la teinture d'iode.