



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1922 - 1923 — N° 48

Des
Spermatocystites Chroniques
non tuberculeuses
et du Traitement.

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 18 Décembre 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marcel PRADIER

né à BOUGIE (Constantine) le 12 Mars 1895.



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

1922

DES SPERMATOCYSTITES CHRONIQUES
NON TUBERCULEUSES
ET DU TRAITEMENT

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1922-1923 — N° 48

Des
Spermatocystites Chroniques
non tuberculeuses
et du Traitement.

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 18 Décembre 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marcel PRADIER

né à BOUGIE (Constantine) le 12 Mars 1895.



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

1922

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire
Doyen
Assesseur

M. HUGOUNENQ.
MM. J. LEPINE.
ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,
A. FLORENCE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TESSIER ROQUE BARD TEXIER BERARD COMMANDEUR. ROLLET NICOLAS LEPINE (J.) WEILL POLOSSON (A.) LANNOS ROCHET N-JOSSERAND CLUZET HUGOUNENQ MOEL X GUIART LATARJET POLICARD DOTON COLLET MOURIQUAND PAVIOT VILLARD ARLOING (F.) Etienne MARTIN COURMONT (P.) PIC MOREAU
Cliniques chirurgicales	
Clinique obstétricale et Accouchements	
Clinique ophtalmologique	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique neurologique et psychiatrique	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies des femmes	
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	
Clinique des maladies des voies urinaires	
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	
Chimie biologique et médicale	
Chimie organique et Toxicologie	
Matière médicale et Botanique	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	
Anatomie	
Histologie	
Physiologie	
Pathologie interne	
Pathologie et Thérapeutiques générales	
Anatomie pathologique	
Chirurgie opératoire	
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	
Médecine légale	
Hygiène	
Thérapeutique	
Pharmacologie	

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	VALLAS.
— Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.
— Chimie minérale	BARRAL.
— Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Embryologie	GRAVIER
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
BRETIN	PROMENT	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	THEVENOT (L)	SARVONAT	BONNET
THEVENOT (Léon)	PIERY	FLORENCE	NOEL chargé des fonctions
TAVERNIER	COTTE	ROCHAIX	
CADE	DUROUX	CORDIER	
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. GAYET, *Président*; THÉVENOT Léon, *Assesseur*

MM. BONNET et SANTY, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma grande
reconnaissance et de ma profonde
affection.

A MON FRÈRE RAOUL

Chevalier de la Légion d'honneur

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES AMIS LES DOCTEURS

TONNAIRE, POIGNANT, MOREL ET VEYRENC

Puisse notre bonne amitié s'affirmer chaque jour davantage.

A MES CAMARADES

MORTS POUR LA FRANCE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR GAYET

*Professeur à la Faculté
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Qui nous a toujours témoigné la plus grande bienveillance. Nous lui adressons, avec l'hommage de nos sentiments respectueux, nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES CIVILS ET MILITAIRES

DES SPERMATOCYSTITES CHRONIQUES NON TUBERCULEUSES ET DU TRAITEMENT

INTRODUCTION

On ne semble pas avoir accordé jusqu'ici à la question des vésiculites chroniques blennorrhagiques l'importance, qui lui convient.

La Pathologie des Vésicules Séminales, trop souvent ignorée et méconnue, les Spermatocystites chroniques évoluant souvent à bas bruit, prendra une place d'autant plus importante que le Praticien aura davantage l'attention attirée sur le nombre considérable des lésions des vésicules séminales et que la palpation rectale vésiculo-prostatique, au cours de tout examen génito-urinaire, sera plus pratiquée.

Avec la Conception traditionnelle de la gonorrhée aiguë comme une urétrite spécifique, la vésiculite était considérée comme une complication relativement rare de la blennorrhagie; aussi, les auteurs classiques n'accordaient-ils, dans leurs traités, que quelques lignes à cette affection; avec la conception actuelle qui, sous l'influence des Américains avec

W. T. Belfield, tend à prendre naissance, la gonorrhée aiguë étant une uréthro-vésiculite dès le premier mois et l'inflammation des vésicules séminales passant volontiers, de par leur disposition anatomique, à l'état chronique, les spermatozystites chroniques vont constituer une des complications les plus fréquentes de la gonococcie.

La gravité des affections vésiculaires est grande ; leur rôle dans l'infection est indéniable et les réactions morbides à point de départ vésiculaire sont multiples. Elles retentissent localement :

Sur l'urèthre ; bon nombre d'urétrites chroniques rebelles sont sous la dépendance d'une vésiculite ;

sur les organes génitaux ; des troubles de l'éjaculation, les épидidymites récidivantes, la stérilité, parfois, sont la conséquence d'une infection vésiculaire préalable ;

sur la vessie ; les affections des vésicules provoquent une excitation réflexe de la vessie, un état spasmodique et parfois de la cystite.

Elles retentissent à distance :

Sur les articulations ; la vésiculite semble commander le rhumatisme blennorrhagique, et enfin sur l'état général.

La ténacité et le traitement souvent difficile de ces spermatozystites chroniques leur donnent un caractère de gravité de plus.

Le syndrome vésiculaire étant souvent très atténué, les vésicules ne s'enflammant pas isolément, ses symptômes vagues et obscurs s'alliant à des accidents dépendants d'autres maladies, l'attention n'est pas

attirée sur l'origine réelle du mal ; on ne pense qu'à l'infection de la prostate et on ne rapporte pas les réaction morbides à la vésiculite : elle reste souvent méconnue.

Résoudre le problème de la vésiculite c'est donc, comme on le voit par ce simple exposé, résoudre un vaste problème, qui comporte une grande partie des complications de la blennorrhagie chronique.

Sur l'initiative de notre maître, M. le Professeur Gayet, chirurgien des hôpitaux, qui nous a montré tout l'intérêt et l'importance de cette question, nous venons apporter ici notre modeste contribution à l'étude de la pathologie et du traitement des vésiculites chroniques non tuebriculeuses.

Après quelques mots d'historique dans une PREMIÈRE PARTIE, nous traiterons de la Pathologie de cette affection ; dans une DEUXIÈME PARTIE, nous réserverons un PREMIER CHAPITRE au traitement à lui opposer tenant à insister sur les méthodes modernes qui ont vu le jour dans ces dernières années ;

dans un DEUXIÈME CHAPITRE, nous publierons nos observations et enfin un TROISIÈME CHAPITRE sera consacré à l'étude de la valeur curative du traitement de la vésiculite chronique.

HISTORIQUE

Les Anciens ne semblent pas avoir soupçonné la possibilité de la propagation d'une inflammation jusqu'aux réservoirs spermatiques ; quelques-uns parlent pourtant de la phlegmasie « *des vésicules séminales* » dans le cours de la blennorrhée, mais c'est pour eux moins une complication qu'une variété, confusion pardonnable à une époque où gonorrhée était synonyme de perte séminale.

Après Baillie, qui, en 1815 dans son Anatomie Pathologique, a réuni quelques documents sur l'inflammation des vésicules séminales, Albers soupçonna la symptomatologie des vésiculites chroniques dans un article paru dans le *Journal de Chirurgie* de De Gräfe, en 1833.

Naumann, quatre années plus tard, signale la « *spermatocystidorrhagie* » et donne le nom de spermatocystites aux inflammations des vésicules séminales. Un médecin de l'armée de Norvège, F. C. Faye, fait paraître, en 1840 et 1841, deux thèses très complètes.

Nélaton, Vidal, Leroy, d'Etiolles, Ricord, Rollet ont

signalé la vésiculité dans leurs Traités, mais cette affection leur paraît des plus obscures.

En 1859, paraît à Strasbourg la Thèse de Rapin : cet auteur, le premier, donne une symptomatologie exacte.

Dolbeau, Humphry, puis Kocher, qui, en 1871, nous donne une autopsie fort intéressante, étudièrent ces vésiculites.

Les observations de Gosselin, de Faucon et la Clinique de Verneuil de 1874 nous amènent jusqu'à la thèse de Guelliot qui se livre à une étude très complète de l'Anatomie et de la Pathologie des Vésicules séminales (1882)

Après la thèse de Guelliot, on ne trouve que quelques rares travaux de Guyon, Pousson et, à l'étranger, de Winfield Ayres (1898).

En 1905, Belfield exécute le premier la vasotomie : on peut dire que c'est lui qui a ouvert la voie à la chirurgie vésiculaire moderne.

J. et P. Fiolle, puis Vœlker étudièrent la Chirurgie des Vésicules séminales. Luys, Marion précisent la technique des interventions particulières aux vésiculites non tuberculeuses.

Les Américains, avec Clinton R. Smith, Young, Belfield sont allés très loin dans cette étude. En Europe, la question des vésiculites chroniques non tuberculeuses fut mise en discussion à la Société Belge d'Urologie le 25 juin 1921 ; le rapport qui fut présenté par M. Jules François constitue un document très complet sur les spermatoocystites chroniques non tuberculeuses.

Première Partie

CHAPITRE PREMIER

Etiologie.

Les vésiculites chroniques ne relèvent pas d'un agent pathogène exclusif, mais, parmi ces agents, les deux, qui se rencontrent le plus souvent à l'origine, sont le bacille de Koch et le gonocoque de Neisser. Nous ne nous occuperons pas des vésiculites tuberculeuses qui ne rentrent pas dans le cadre de notre travail. La bacillose étant donc mise à part, parmi les différents types d'infection vésiculaire, c'est l'infection gonococcique, qui est la plus fréquente.

Sur les neuf cas de vésiculites que nous avons observés personnellement, nous retrouvons le gonocoque dans tous les cas.

M. Jules François, sur 106 cas de vésiculites chroniques, mentionne la blennorrhagie dans tous les cas, sauf six, où la gonococcie n'a pu être établie (1). Par

(1) Jules François.— Les vésiculites chroniques non tuberculeuses. (Annales de la Société Belge d'Urologie, année 1920-21, n° 3)

ordre de fréquence décroissante, ce même auteur cite :

le colibacille; c'est à ce micro-organisme que Noguès avait attribué un cas de vésiculite pseudo-membraneuse suivie d'épididymite et de vaginalite;

le staphylocoque, le streptocoque et un bacille inconnu ressemblant au bacille de Ducrey. Bellinger et Barnay auraient même mentionné des anaérobies.

Au point de vue de la fréquence de ces vésiculites, les opinions sont très diverses.

C'est ainsi que Janet écrit : « *La vésiculite blennorrhagique est une complication heureusement très rare de la chaudepisse ; dans ma clientèle privée je ne l'ai rencontrée qu'une seule fois en trente ans. Pendant la guerre, j'en ai observé un autre cas bien net* ». Marion croit aussi les vésiculites assez rares.

Ces opinions contrastent étrangement avec celles des Américains, qui apportent couramment des statistiques portant sur des centaines de cas. Pour Clinton R. Smith (1), 75 % des urétrites aiguës devenant postérieures à la suite des traitements ordinaires et la participation des vésicules s'observant dans la moitié des cas au cours des infections microbiennes de l'urètre postérieur, on voit à quel haut pourcentage on aboutit.

Pour William T. Belfield (2), dans la majorité des

(1) Clinton R. Smith. — Vésiculite séminale gonococcique crh. (The Urologic and Cutaneous Review, vol. XXIV n° 3, mars 1920) in Journal d'Urologie Médical et Chirurgical, Tome XI, n° 1, Janvier 21.

(2) William T. Belfield, Journal of the American Association. January 17-1920.



cas, il y a uréthro-vésiculite dès le premier mois d'une gonorrhée aiguë.

En Belgique, comme nous l'avons vu plus haut, M. François apporte 100 cas de vésiculites.

Nous même, dans les quelques mois de la préparation de notre thèse, nous avons eu l'occasion d'en rencontrer plusieurs dans le service de M. le Professeur Gayet et nous en citons, dans ce travail, quelques cas inédits.

Il est probable qu'on découvrira des vésiculites, quand on aura appris à les connaître et que le mot du Professeur Poncet pourrait s'appliquer ici : « *On ne voit que ce que l'on cherche* ».

Par quelle voie se produit l'infection vésiculaire ? Par la voie urétrale. Avec la conception de Bel-field à laquelle nous avons déjà fait allusion, la vésicule serait touchée d'emblée ; sa constitution anatomique en un tube présentant des plicatures la prédispose au passage à l'état chronique des inflammations aiguës, dont elle est le siège.

Mais cette manière de voir des Américains demande à être contrôlée.

A notre sens, au cours des inflammations microbiennes de l'urèthre, c'est par une inflammation de continuité s'étendant en surface que le processus inflammatoire gagne d'abord l'urèthre postérieur ; l'urétrite postérieure aiguë s'observerait dans 60 à 80 % des cas. L'inflammation atteint les vésicules séminales par les canaux éjaculateurs.

Mais alors, comment expliquer que l'inflammation

reste limitée à l'urèthre chez certains malades, alors que chez d'autres elle se fixe sur les vésicules.

Suivant le degré de virulence de l'infection et la résistance individuelle de chacun, la violence et l'extension d'une urétrite gonococcique sera plus ou moins grande. A côté de ces causes générales, il existe d'autres facteurs.

L'influence de traitements trop actifs ou mal faits nous paraît indéniable; en particulier, la méthode des grands lavages, qui rend tant de services entre des mains soigneuses et habiles, peut constituer un grave danger, lorsque le soin de l'appliquer est abandonné au malade ou à des infirmiers ignorants; d'après Luys le coït continué au début d'une blennorrhagie constituerait aussi un facteur des localisations vésiculaires.

Les prostatites semblent bien jouer un rôle dans la pathogénie des vésiculites; elles doivent agir par le mécanisme de l'obstruction et de l'étranglement des canaux éjaculateurs : ici, comme partout, le facteur rétention tient une place dans l'exaltation de la virulence et s'oppose à la guérison spontanée.

Le passage à la chronicité des inflammations aiguës, dont la vésicule a pu être le siège, se trouve favorisé par leur structure en logettes et par le fait que tous les traitements dirigés sur l'urèthre ne les atteignent pas.

Par la voie transrectale. — Le contact des vésicules séminales avec la face antérieure du rectum, les adhérences vésiculo-rectales permettent aux microbes du rectum, au bactérium coli, de venir toucher ces vésicules, en empruntant la voie lymphatique.

Par la voie sanguine. — Le microbe émigre de la lésion locale dans la circulation soit par les veines, soit par les lymphatiques et peut venir se fixer sur le réservoir vésiculaire par un mécanisme fréquent dans les infections en général.

Bockardt (1) en 1883, en étudiant les urèthres atteints de blennorrhagie avait trouvé le gonocoque dans les vésicules enflammées de la muqueuse. Richet et Voillemer avaient signalé la phlébite des corps caverneux. Dans 2 observations de Thayer et Prochaska on a noté des thromboses des plexus veineux périprostatiques; de là des localisations vésiculaires possibles.

En résumé, si les vésiculites chroniques non tuberculeuses relèvent le plus souvent de la gonococcie, il faut nous attendre néanmoins à ne pas toujours trouver dans le liquide vésiculaire le gonocoque, mais des microorganismes, tels que le colibacille, le streptocoque, le staphylocoque, qui sont venus se substituer à lui.

(1) Faure Beaulieu. La septicémie gonococcique. *Thèse de Paris, 1906.*

CHAPITRE II

Anatomie Pathologique.

Au point de vue anatomo-clinique, nous distinguons avec M. Jules François (1), du rapport duquel nous nous sommes inspirés pour traiter de ce chapitre, 4 formes de vésiculites.

1° LA VÉSICULITE CHRONIQUE CATARRHALE

C'est la forme la plus fréquente : on la rencontrerait dans 88 0/0 des cas de spermatocystites blennorrhagiques. Elle relève presque toujours d'une gonorrhée antérieure; sur 106 cas de vésiculites catarrhales cités par Jules François, on trouve la blennorrhagie dans tous les cas, sauf 6.

Au point de vue anatomopathologique, on ne relève pas de grosses altérations des parois vésiculaires : de la congestion et de la desquamation de la muqueuse vésiculaire, une sous-muqueuse infiltrée et une couche

(1) Jules François. Rapport à la Société Belge d'Urologie, Séance du 25 Juin 1921, in *Annales de la Société Belge d'Urologie*, année 20-21, n° 3.

musculaire peu modifiée. Les canaux éjaculateurs sont généralement perméables ; rarement ils sont obstrués ou rétrécis.

A cette forme bien individualisée qu'est la vésiculite catarrhale peut s'associer une vésiculite suppurée : on admettra alors l'existence d'un canal vésiculaire principal où siège une inflammation catarrhale et de plusieurs canaux exclus et remplis de pus.

Au toucher rectal on sent une vésicule molle et renitente augmentée de volume ; la paroi ne présente pas d'induration ; ces caractères justifient bien l'appellation de dilatation atonique de la vésicule donnée par certains auteurs.

L'expression vésiculaire sera facile, les éjaculateurs étant perméables.

L'examen du contenu vésiculaire obtenu, donne les résultats suivants que nous empruntons à M. François :

Le plus souvent les spermatozoïdes sont nombreux ; sauf dans le cas, où il y a des globules blancs en grand nombre et des microbes ;

La présence des sympexions est irrégulière ;

Les polynucléaires sont assez nombreux dans 23 0/0 des cas, absents dans 75 0/0 des cas ;

Dans 13 0/0 des cas, outre les polynucléaires, il y a des gonocoques ;

Dans 3 0/0 des cas des polynucléaires et des bacilles ;

Dans 3 0/0 des polynucléaires et des diplocoques très petits non identifiables ;

Enfin dans 4 0/0 des cas, rien que des polynucléaires sans microbes.

2° LA VÉSICULITE CHRONIQUE SUPPURÉE

Nous envisagerons deux formes :

A. — *La forme suppurée ouverte* : c'est la plus fréquente dans les vésiculites aiguës. On la rencontre environ 2 fois sur 100 cas; à cette phase, ces spermato-cystites paraissent toutes microbiennes, alors que, dans certaines vésiculites anciennes, le pus peut être aseptique.

Cliniquement, la forme suppurée ouverte se rencontre chez les malades atteints de blennorrhagie chronique à goutte matinale. Dans cette goutte, le gonocoque n'est trouvé que d'une manière irrégulière.

Au toucher rectal, on a une vésicule peu augmentée de volume qui se vide aisément par le massage.

A l'examen, on aura : pas de spermatozoïdes, parfois du gonocoque et un grand nombre de globules blancs, en plus grande abondance que dans la forme catarrhale; des cellules épithéliales desquamées et des gouttelettes graisseuses.

B. — *L'abcès vésiculaire chronique*: il succède fréquemment à la forme précédente. Les canaux éjaculateurs enflammés se rétrécissent ou s'obstruent et l'empyème chronique de la vésicule est créé.

Belfield, sur 25 autopsies, mentionne deux obstructions unilatérales et une bilatérale.

Au toucher, on aura une vésicule de consistance ferme peu augmentée de volume; la face externe est régulière et lisse. L'ouverture chirurgicale de la vésicule donnera du pus et de nombreux spermatozoïdes.

3° LA SCLÉROSE VÉSICULAIRE

Cette forme correspond à un stade plus avancé de l'inflammation : au niveau d'une vésicule chroniquement enflammée, il se produit une édification de tissus fibreux.

Nous trouverons, selon la période envisagée, soit une vésicule densifiée présentant encore une cavité occupée par les sécrétions pathologiques, soit un cordon dur et noueux. L'expression du contenu vésiculaire est impossible.

4° LA PÉRIVÉSICULITE

Rarement primitive, cette forme succède à la vésiculite suppurée. L'inflammation primitivement vésiculaire peut s'étendre aux tissus environnants.

L'intensité de la réaction inflammatoire périvésiculaire est variable : on aura soit une induration hypertrophique, donnant au toucher la sensation d'une masse dure, irrégulière, soit un empâtement généralisé de tout le tissu cellulaire environnant, l'espace compris entre les deux vésicules pouvant être aussi envahi.

Parfois la périvésiculite plus intense encore peut faire adhérer en un bloc les organes pelviens.

Dans ces masses indurées on peut trouver de petits abcès. Leurs évolutions seront diverses :

Ils peuvent tendre vers la guérison, soit qu'ils s'abandonnent, soit par un processus de défense naturelle, une infiltration leucocytaire s'étant produite. La sclérose est aussi possible ; ils peuvent, au contraire,

s'étendre, confluer : on aura alors un abcès périvésiculaire, qui, s'il n'est pas ouvert chirurgicalement, pourra fuser vers le rectum (Vajda), la vessie (Wildbolz), et même le péritoine. Kocher a rapporté plusieurs cas de péritonite. Ces abcès peuvent gagner la fosse ischio-rectale avec une fréquence sur laquelle J.-H. Cunningham a insisté. Leur ouverture spontanée au périnée est possible : des fistules séminales s'en suivent. Nous ne prendrons pas parti pour savoir si les fistules observées communiquent avec la prostate, comme l'a soutenu Vœlker, ou bien avec la vésicule comme l'a fait Cunningham; quoiqu'il en soit, la fistule vésiculaire vraie doit être très rare.

CHAPITRE II

Symptomatologie.

Les réactions morbides à point de départ vésiculaire sont multiples; néanmoins les symptômes des vésiculites peuvent être groupés.

Successivement, nous étudierons :

les symptômes douloureux et l'hémospemie;
les symptômes urinaires ;
les symptômes génitaux ;
les symptômes infectieux généraux ;
et les symptômes nerveux.

I. — *Les symptômes douloureux.*

A. — *Douleur périnéale.* — Les malades atteints de vésiculite accusent une pesanteur de la région périnéale profonde. Cette douleur peut être continue ou discontinue; lorsqu'elle est latente, l'éjaculation la réveille et l'exagère.

Le palper vésiculaire accuse cette douleur dont l'acuité peut être telle que le malade tombe en syncope.

Les irradiations douloureuses sont diverses et peuvent donner lieu par leur siège à des interprétations difficiles; elles s'irradient fréquemment à distance vers la région anale, la fesse, et la région lombo-sacrée. Parfois, fort vives, ces douleurs remontent le long de l'urèthre jusqu'au niveau du gland; il est des cas, où suivant le trajet du cordon elles atteignent le testicule.

Belfield cite un cas où l'irradiation douloureuse était abdominale. Lorsqu'il existe de la périvésiculite l'uretère peut être comprimé en son point d'aboutissement dans la vessie : de la compression partielle de la lumière urétérale pourra résulter des douleurs de pyélite pouvant faire croire à des attaques de coliques néphrétiques. Belfield en mentionne un cas.

H.-H. Young cite un cas où la douleur irradiée dans la fosse iliaque droite fit poser le diagnostic d'appendicite. Le malade fut opéré et, en présence d'un appendice normal, on dut rapporter les phénomènes observés à une vésiculite.

B. — *Ejaculation douloureuse.* — Les vésiculaires accusent, au moment de l'éjaculation, une douleur localisée, soit dans la partie postérieure de l'urèthre, soit dans la région anale et la partie profonde du périnée.

Pour Pousson, ces éjaculations douloureuses ne seraient pas d'observation très fréquente au cours des spermatocystites chroniques. Sur 100 vésiculaires on ne l'observerait que 10 fois.

Reliquet (1) mentionnait déjà, en 1874, ces éjaculations douloureuses à propos d'un cas d'oblitération des éjaculateurs par des symplexions.

La cause de ce phénomène morbide semble bien devoir être recherchée dans le rétrécissement ou l'obstruction par des produits pathologiques, des canaux éjaculateurs chroniquement enflammés.

C. — *Colique vésiculaire.* — Dans les vésiculites chroniques, la vésicule vide parfois son contenu dans l'urèthre postérieur comme elle le fait dans la forme aiguë, c'est-à-dire au milieu des phénomènes douloureux d'une colique vésiculaire.

Reliquet (1) attira le premier l'attention sur les coliques vésiculaires.

Au moment du coït, le malade ressent brusquement une vive douleur dans le périnée avec irradiation dans le testicule et brûlure dans l'urèthre. L'éjaculation peut faire défaut, les éjaculateurs étant obstrués.

M. J. François a eu l'occasion de pratiquer, chez un vésiculaire, un toucher deux heures après une colique; il trouva une prostate dure et douloureuse au niveau du lobe droit; la vésicule droite augmentée de volume et sensible. On ne put l'évacuer par un massage prudent. La vésicule gauche ne fut pas perçue.

D. — *Hémospemie.* — Velpeau, Nélaton, Humphy, Kocher, Le Dentu, Guelliot faisaient déjà de l'hémospemie un signe pathognomonique de la vésiculite

(1) Reliquet. Œuvres complètes, par A. Guepin, Paris 1895, p. 193, t. 4.

(2) Reliquet. Coliques spermatiques, *Gazette des Hôpitaux*, 1879.

chronique. Les auteurs modernes ont insisté sur ce symptôme dont l'importance est capitale; encore faut-il bien spécifier quels sont les caractères des spermatorrhagies observées dans les inflammations chroniques des vésicules. Guelliot, dans sa thèse, et Félix Guyon (2) ont précisé ces points.

L'hémospermie est un des symptômes qui impressionne le plus le malade et souvent qui l'amène à consulter; cette éjaculation de sang, pur ou mélangé au sperme, provenant des vésicules, peut présenter toute la gamme des différents rouges: La teinte est fonction de l'abondance et de l'état anatomique des éléments du sang; elle est aussi conditionnée par la durée du séjour de ces éléments dans les vésicules: le sang y subit des modifications, qui donnent au liquide une couleur brune ou jaune.

La coloration de l'hémospermie des spermatoocytes est le plus souvent rouillée, aspect qui rappelle comme le faisait observer Guelliot, « *les crachats rouillés de la pneumonie* ».

Le sang doit être intimément mélangé au sperme et non sous forme de stries sanglantes; cet aspect strié ne s'observe que lorsque l'hémorragie est fournie par l'urèthre. L'hémospermie est rarement douloureuse.

Dans les cas d'hémospermie, il y a intérêt à pratiquer l'examen du liquide vésiculaire, obtenu par expression. Si l'on obtient un liquide uniformément sanglant, il faudra demander au malade de contrôler si le sperme éjaculé présente les mêmes caractères.

(2) Félix Guyon. Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, Paris, 1885.

Par l'examen microscopique du liquide vésiculaire, on constatera parfois l'absence de spermatozoïdes, ou simplement des spermatozoïdes sans mouvement. A côté des éléments normaux du sperme, on recherchera les hématies, bien reconnaissables à leur forme et à leur coloration : ces globules rouges peuvent être altérés et fragmentés ; il en est d'englobés dans les sympexions.

On pourra s'assurer, par la recherche des réactions de l'hémoglobine que la coloration, rouge, brune ou noire, observée est bien due à du sang.

On peut observer des éjaculations sanguinolentes : chez les masturbateurs ; après les excès génésiques, on peut avoir du sang presque pur.

Lorsqu'il y a stagnation dans le réservoir spermatique, le sperme peut être mélangé de sang. Chez les vieillards à grosse prostate, sujets aux poussées congestives, cet aspect se rencontrera. Dans la tuberculose vésiculaire, on note, parfois, des éjaculations sanglantes ; enfin, lorsque nous aurons dit que, chez certains individus, la desquamation des cellules épithéliales granuleuses de la muqueuse vésiculaire, peut donner au sperme une coloration grisâtre, nous connaissons les différentes affections qu'il faut savoir éliminer en présence d'une hémospermie pour songer à la vésiculite chronique.

II. — *Les Symptômes Urinaires.*

a) *L'écoulement uréthral intermittent.* — L'infection des vésicules séminales est responsable des re-

chutes fréquentes de l'urétrite gonococcique, après même une guérison apparente de longue durée.

Le malade, atteint de blennorrhagie chronique, malgré tous les traitements uréthraux, a vu persister un léger suintement, dont l'abondance est plus ou moins grande, selon les périodes : le méat est simplement collé et humide, puis, sans cause apparente, une recrudescence se produit ; chaque fois que le malade vide sa vésicule, en même temps qu'il élimine les sécrétions anormales, qui y sont contenues, il infecte à nouveau son urèthre.

L'examen uréthroscopique ne décèle, le plus souvent, aucune lésion de l'urèthre antérieur ou postérieur. Seule la vésicule est en cause.

L'examen microscopique de la goutte ne révélera pas toujours le gonocoque ou bien celui-ci sera retrouvé d'une manière intermittente.

S'il est des cas où, à côté d'une vésicule enflammée, une prostatite concomitante peut être à l'origine de cet écoulement uréthral, il n'en subsiste pas moins des cas très nets où seule existe la vésiculite.

Jules François rapporte cinq cas où, en l'absence de prostatite au toucher rectal, l'analogie du contenu vésiculaire et de la goutte montre bien que certaines gouttes chroniques sont bien d'origine vésiculaire. J. P. Gérahty partage la même opinion.

J. H. Cuningham cite 19 malades porteurs d'une goutte chronique récidivante, ayant résisté aux traitements habituels et qui ont été guéris par la vésiculectomie partielle et la prostatotomie.

Personnellement, nous avons observé chez des malades, dont nous publions les observations, la disparition de gouttes chroniques à la suite d'un traitement vésiculaire.

b) *L'irritabilité vésicale.* — Toutes les affections qui irritent un point de la région profonde de l'urèthre, les canaux éjaculateurs ou les vésicules séminales provoquent une excitation réflexe de la vessie, un état spasmodique : celle-ci ne se dilate pas, ou peu, et se vide en se contractant énergiquement, de là ces envies fréquentes d'uriner et ces besoins impérieux. La pollakiurie peut être telle qu'elle arrive à dominer le tableau clinique. Il faut aussi noter que la fin de la miction est douloureuse.

L'examen uréthroscopique chez ces malades ne révèle le plus souvent que quelques altérations légères de l'urèthre postérieur, altérations inconstantes et insuffisantes pour expliquer les symptômes. Le sondage vésical, après miction spontanée, ne ramène aucun résidu.

A côté de cette irritabilité purement réflexe, il est des cas, notamment lorsqu'il y a de la périvésiculite, où existe une cystite vraie, localisée à la portion de la vessie qui correspond à la surface de contact des vésicules enflammées.

M. le Professeur Gayet a observé un cas très net avec œdème et déformation du plancher vésical correspondant à la vésicule, qui était grosse et douloureuse.

c) *La bactériurie vésiculaire.* — Les vésiculaires pré-

sentent fréquemment des urines troubles, aussi bien dans le premier que dans les derniers verres. Dans ces cas de bacillurie ou de légère pyurie, le cathétérisme des deux uretères montre que l'urine rénale est normale.

Pour J.-T. Geraghty, ces phénomènes sont bien dus à la vésiculite : Deux malades, cités par lui ayant périodiquement des poussées de cystite avec urines troubles bacillifères (staphylocoque), furent guéris par la vésiculectomie partielle. La vésicule enflammée infecte ou réinfecte la vessie par les microcoques les colibacilles.

d) *La Phosphaturie.* — Ce sera le dernier symptôme urinaire qui nous retiendra. Dans les urines troubles des vésiculaires, il est facile de mettre en évidence les phosphates. On chauffe un tube à essai contenant un peu d'urine et on voit le liquide s'éclaircir rapidement. L'origine de cette phosphaturie sera bien vésiculaire, lorsque le premier verre est trouble et les autres sont clairs : elle est due à quelques gouttes de liquide vésiculaire, qui se sont échappées dans l'urèthre postérieur et ont été balayées par le premier jet. Luys a mentionné cette phosphaturie du premier jet. Elle est à distinguer de la phosphaturie rénale observée chez les neurasthéniques génitaux.

III. — *Les Symptômes Génitaux.*

Les fonctions génitales sont profondément troublées. Sans revenir sur les éjaculations douloureuses

et les *coliques vésiculaires*, symptômes que nous avons étudiés précédemment, nous ajouterons simplement que l'acuité de ces phénomènes douloureux peut être telle, que les vésiculaires redoutent tout rapprochement sexuel ; toute excitation et toute érection provoquent de la douleur.

Après une période d'excitation génésique commence une phase pendant laquelle les désirs s'atténuent au point de disparaître : l'érection devient incomplète et l'éjaculation prématurée. Cette *apathie* et cette *impotence sexuelle* fait souvent de ces malades des neurasthéniques génitaux.

Pour Fuller, tous ces phénomènes sont sous la dépendance de la vésiculite et la vésiculitomie donnerait des résultats. A notre sens, c'est peut-être aller un peu loin et il faudra toujours apporter la plus grande prudence dans les conseils d'intervention à proposer à ces nerveux.

Des *pollutions nocturnes* et de la *spermatorrhée* peuvent être observées au cours des vésiculites. Lorsqu'au cours d'une blennorrhagie chronique des pollutions fréquentes de une à trois par semaine viennent dominer le tableau, il faut songer à la vésiculite. Le sperme, suivant la comparaison de Guiard, est chassé des vésicules malades comme l'urine de la vessie enflammée.

La *stérilité* peut être la conséquence de la spermatozystite. Les canaux éjaculateurs chroniquement enflammés, peuvent se rétrécir et même s'oblitérer. Si cette oblitération est bilatérale, elle entraîne la

stérilité par un mécanisme que Pousson (1), avait déjà pressenti.

Cette exclusion de la vésicule par ce processus pathologique peut être, parfois, un mode de guérison de la vésiculite bilatérale non traitée : la stérilité en sera aussi la conséquence.

Il faudra toujours rechercher, lorsque l'absence des spermatozoïdes a été constatée dans l'éjaculation, si cette azoospermie est due à une altération du testicule ou du tractus génital. La vésiculographie conduira à un diagnostic précis.

L'épididymite, au cours de la vésiculite, s'observerait avec une telle fréquence (dans un huitième des cas), que H.-H. Young, J.-T. Géraughty, Vœlker et Picker faisaient de l'épididymite récidivante un signe de spermatocystite. Avec d'Haenens, nous croyons que cette formule n'est pas absolue et que l'infection peut passer des canaux éjaculateurs dans le déférent sans, pour cela, envahir complètement la vésicule.

IV. — *Les Symptômes infectieux généraux.*

Le Rhumatisme blennorrhagique.

On peut observer, dans le cours des inflammations, des vésicules séminales, comme dans tous les processus infectieux, des phénomènes généraux, qui retentissent à distance.

Nous laisserons de côté les *pyohémies* et les *septico-*

(1) Pousson. Du dyspermatisme, *Annales des Maladies des Org. g. u.*, 1899, p.373.

pyohémies à point de départ vésiculaire. Ce sont, en général, des complications de la vésiculite suppurée aiguë, ou d'une recrudescence de la vésiculite chronique. Elles ne rentrent pas dans le cadre de notre travail.

Nous nous bornerons à l'étude des réactions articulaires qui dérivent de l'infection gonococcique et encore n'étudierons-nous ici que les rapports de ces arthrites rhumatismales gonococciques avec la vésiculite.

Le rhumatisme blennorrhagique, cette complication si tenace et si grave de l'infection gonococcique, s'observerait dans les spermatocystites chroniques avec une fréquence de 2 o/o.

De tous temps, la pathogénie de ces affections rhumatismales, si obscure, a donné lieu à discussion : elle est loin d'être encore éclaircie ; mais des nombreux travaux parus sur cette question, depuis la discussion mémorable des membres de la Société Médicale des Hôpitaux, en 1866, en passant par la communication, faite par Vidal, en 1905, à la même Société, pour en arriver à la thèse de Faure Beaulieu (1), semblent se dégager quelques notions précises : *le rhumatisme blennorrhagique est une forme particulière de la gonococcie considérée comme maladie générale ; le degré de profondeur des lésions primitives semble capital*. Plus la lésion initiale est intense et profonde, plus elle a de chance de se com-

(1) Faure Beaulieu. La Septicémie gonococcique, *Thèse de Paris*, 1906.

pliquer de réactions à distance, comme le rhumatisme gonococcique.

Luis (1) se demande si, dans la forme du rhumatisme qui nous occupe, l'infection sanguine préalable a pris son point de départ dans les vésicules ; cet auteur paraît affirmatif : lorsqu'une complication d'ordre général apparaît, il y a vésiculite.

Les Américains, avec Fuller, Cunningham et Young ont envisagé ce problème dans toute son ampleur. Ils font jouer un rôle prépondérant, dans les manifestations articulaires rhumatismales blennorrhagiques, à la vésicule : l'infection aurait son point de départ au niveau du réservoir spermatique : les canaux éjaculateurs seraient obstrués.

Pour Fuller, il y a résorption de toxines microbiennes et intoxication de l'organisme.

Ces auteurs se basaient sur les résultats opératoires de la vésiculotomie et de l'ectomie pour affirmer le rôle joué par la vésiculite dans ces affections rhumatismales.

Mais on peut leur objecter que les résultats opératoires publiés par eux ne sont pas constants ; on ne trouve souvent pas de gonocoque dans les vésicules de ces rhumatisants, mais des streptocoques, des staphylocoques, des colibacilles, des anaérobies. De plus, comme Vœlker le faisait judicieusement observer, la localisation urétrale postérieure et la localisation prostatique peuvent suffire pour répondre de ces réactions à distance, sans que la spermatocystite inter-

(1) G. Luis. Traité de la Blennorrhagie et de ses complications.

viennaise. Enthousiasmés par leur conception, certains Américains, avec Fuller, sont allés plus loin encore. Cet auteur a, en effet, vésiculectomisé bon nombre de malades présentant des réactions articulaires et n'ayant aucun antécédent gonococcique ; ces malades, atteints de rhumatismes chroniques, de goutte, de rhumatismes déformants, se seraient bien trouvés de ces interventions. Ces résultats mériteraient d'être bien précisés.

Notre inexpérience et le nombre relativement restreint de vésiculites que nous avons observées, ne nous permettent pas de trancher un pareil problème, qui reste encore entier. Nous nous permettrons simplement quelques remarques, qui tendent à nous faire juger cette hypothèse avec moins de sévérité qu'on ne le fait en France.

Les réactions articulaires sont une manifestation de l'intoxication de l'organisme par des produits toxiques élaborés au niveau d'une lésion initiale. Dans la localisation vésiculaire, la stagnation du liquide spermatique et des micro-organismes, qui y sont contenus, dans un réservoir relativement clos et non balayé par des mictions répétées comme au niveau de l'urèthre, la minceur des parois vésiculaires et la richesse du réseau vasculaire, qui entoure les vésicules, constituent, à notre sens, autant de facteurs favorables à la pullulation microbienne, à la résorption des toxines et à l'ensemement des microbes. De plus, nous conserverons la notion qu'il est des causes secondes, telles que le terrain, le tempérament arthritique, qui prédisposent aux localisations articulaires à côté de

causes occasionnelles comme le traumatisme, la dépression physique et morale.

La conception de la vésiculite commandant les manifestations rhumatismales blennorrhagiques nous paraît très plausible ; mais la démonstration de la localisation vésiculaire comme cause déterminante reste encore à faire.

Quoi qu'il en soit, dans toutes les réactions articulaires, il faudrait penser à la spermatocystite chronique et la rechercher. Il faudrait également tenter chez les porteurs de cette double lésion, vésiculite et rhumatisme blennorrhagiques, des opérations avec observation précise des suites éloignées. Ce n'est que de cette façon que la question pourra être scientifiquement résolue.

Nous ajouterons qu'à côté de ces formes articulaires on peut observer dans les spermatocystites des rhumatismes osseux (tatalgie) et musculaires.

V.. — *Les symptômes nerveux et neurasthéniques.*

Nous n'insisterons pas sur les symptômes nerveux et les neurasthénies observés dans le cours des vésiculites. Ces troubles nerveux ne présentent, en effet, aucun caractère bien particulier : ce sont ceux des neurasthénies urinaires en général.

Les vésiculaires présentent, parfois, de la sciatique, du lumbago, de la céphalée et des névralgies testiculaires, on note des symptômes de dépression et de mélancolie : cet état psychopathique peut être très

accusé ; c'est ainsi qu'un de nos malades (obs. VII), obsédé par un écoulement chronique, dépendant d'une spermatocystite, parlait de suicide jusqu'au jour où un traitement vésiculaire judicieux amena la disparition de sa goutte et lui rendit le calme de l'esprit. Lorsqu'il existe de l'apathie ou de l'impotence sexuelle, les malades font volontiers de la neurasthénie génitale. Aussi, en dehors de tout traitement vésiculaire ne faut-il pas négliger ces impuissances d'ordre psychique qui doivent être traitées par la persuasion.

CHAPITRE IV

Diagnostic.

Les spermatocystites évoluent souvent à bas bruit avec des symptômes vagues et obscurs ; aussi, toutes les méthodes d'investigation doivent-elles être mises en œuvre pour arriver à un diagnostic. Il reposera sur les examens suivants :

Le toucher rectal ;

L'examen du liquide vésiculaire et des urines ;

L'uréthroscopie et la recherche de la perméabilité des canaux éjaculateurs ;

La vésiculographie ;

Et enfin la cystoscopie.

I. — TOUCHER RECTAL

Tout examen génito-urinaire sans palpation rectale prostatique est incomplet ; chez tout malade qui vient consulter, il doit être systématiquement pratiqué.

Position du malade. — Le décubitus dorsal, le siège étant relevé, les jambes fléchies et les cuisses écartées l'une de l'autre permet une exploration rela-

tivement aisée chez les sujets jeunes ; mais si le périnée est épais et le sujet gras, elle devient presque impossible.

La position inclinée nous paraît la meilleure : le malade debout devant une table, incline fortement le haut du corps et la tête en avant ; les coudes du malade prennent appui sur le plan résistant. L'index protégé par un doigtier sera introduit dans le rectum. Les vésicules, dans cette position, quoique situées à environ 12 centimètres de l'orifice anal seront palpables.

Pour faciliter, l'examen, on pourra déprimer avec la main restée libre la région iliaque, ou bien opérer le toucher rectal, la vessie étant pleine.

L'index, profondément introduit dans le rectum, on repère la prostate ; en arrière de ses lobes, dans l'angle supéro-latéral on sent la vésicule.

Le fait de savoir si les vésicules normales sont palpables a été fort controversé. Guyon, Legueu, sont affirmatifs. Luys reste dans le doute. Guelliot et Marion ont prétendu que sont seules perçues les vésicules malades.

Nous pensons que chez 8 à 10 o/o des individus normaux, on peut percevoir les vésicules : souples, légèrement tendues quoique molles. Les déférents semblent un peu plus durs bien que cliniquement, il est souvent difficile de distinguer l'ampoule déférentielle de la vésicule, comme l'a bien montré Pasteau (1).

(1) Pasteau. — Recherches anatomiques sur les vésicules séminales. 22^e congrès d'Urologie. Octobre 1922.

Il est certain que si le toucher est pratiqué au lendemain d'une éjaculation les vésicules pourront parfois ne pas être distinguées des tissus environnants. Si on les perçoit dans de pareilles circonstances, il faudra songer à la possibilité d'une spermatozystite.

A l'état pathologique, dans la vésiculite catarrhale, on percevra une vésicule augmentée de volume, de consistance élastique et bourrée de liquide ; dans les formes anciennes (scléreuses) on sent un cordon induré, douloureux, de l'épaisseur d'un crayon ; la surface de la vésicule est irrégulière et noueuse. Ces sensations ne sont pas toujours aussi nettes ; la pulpe de l'index peut rencontrer une grosse masse bosselée, sans limites précises ; cette induration diffuse doit faire songer à la périvésiculite.

On peut observer, parfois, la participation de la corne prostatique à la vésiculite.

Les spermatozystites chroniques blennorrhagiques doivent être différenciées : de la tuberculose vésiculaire. On trouve alors des indurations limitées en noyaux et indolentes ; les altérations sont le plus souvent bilatérales et coïncident avec une épидидymite de même nature fistulisée ou non ; la prostate souvent est aussi atteinte.

Du cancer de la vésicule. — Cette affection est exceptionnelle : le plus souvent, il s'agit d'une carcinose prostatopelvienne ; un cancer à point de départ prostatique a envahi le tissu cellulo-graisseux et englobé les vésicules et la partie terminale des canaux déférents. On a alors une masse volumineuse, très

ture, en forme de croissant. Pour Marion (1), la constatation de l'empâtement vésiculaire douloureux chez les prostatiques doit éveiller l'idée de cancer quel que soit l'aspect de la lésion de la prostate. Par cette dilatation rétrograde des vésicules, les canaux éjaculateurs se trouvant envahis par le cancer, on différenciera le néoplasme de l'adénome.

II. — EXAMEN DU LIQUIDE VÉSICULAIRE

Obtention du liquide vésiculaire. — Des différentes méthodes proposées pour obtenir le contenu vésiculaire, nous ne retiendrons que la méthode de Cabot, dite par expression ; la ponction directe des vésicules séminales par la voie périnéale (Luys) ou par la voie rectale, reste une méthode d'exception à cause de sa technique difficile.

Méthode de Cabot. — On fait uriner le malade. On évite ainsi de rapporter à la vésicule ou à la prostate les débris purulents qui, contenus dans les urines, peuvent avoir leur origine dans le rein, la vessie ou l'urèthre.

On garnit la vessie avec un liquide antiseptique clair : de l'eau boricuée.

Le malade prend alors la position que nous avons décrite par le toucher.

Dans un premier temps, l'index étant introduit dans le rectum, on pratique l'expression de la prostate seule.

(1) Marion. — De la signification des vésiculites chez les Prostatiques. Journal d'Urologie, Tome IX, n° 1. Janvier 1920.

On fait uriner le malade dans un récipient stérile : l'examen ultérieur de son contenu nous renseignera sur l'infection de cette glande.

Dans un deuxième temps, on remplit à nouveau la vessie avec la solution antiseptique et on procède à l'expression des vésicules séminales. Le malade urine dans un second verre stérile.

Résultats fournis par l'examen et l'analyse du contenu vésiculaire. — Il faudra procéder à l'examen du liquide du deuxième verre en ayant cette notion que tout le contenu des vésicules séminales n'est pas rendu dès la première miction ; celui-ci, engagé dans les éjaculateurs ne se déversera que peu à peu dans l'urèthre sous l'influence des mouvements et de la marche. Il y aura donc intérêt à pratiquer des examens des mictions suivantes.

Pour W. Collau (1), l'examen microscopique est la seule méthode de diagnostic. J. T. Géraghty lui dénie toute importance, car, pour cet auteur, il est impossible d'obtenir le contenu vésiculaire non contaminé par expression.

Pour nous, l'analyse du contenu vésiculaire est très importante. Sans revenir sur les différentes formules propres à chaque variété de spermatocystites, on peut dire que lorsque le liquide obtenu est purulent, jaunâtre, avec des grumeaux et des moules vésiculaires, la vésiculite peut être affirmée. Quant à l'examen microscopique, on trouvera des polynucléaires, des microbes, des cellules épithéliales desquamées, on

(1) W. Collau. — De la Spermatocystite. Leipzig 1898.

aura pratiquement une certitude, surtout si on fait des constatations analogues à plusieurs examens et si des alternations vésiculaires ont été perçues au toucher.

Il est très important, dans les cas de suintement uréthral ou de goutte, de pratiquer l'examen de ces sécrétions : l'analogie de cette goutte et du contenu vésiculaire permettra de la rapporter à la spermatozystite.

Renseignements fournis par l'examen des urines.

— On fait l'épreuve des quatre verres ; lorsque les urines sont presque uniformément troubles dans ces verres, il faut songer à la vésiculite. La phosphaturie doit aussi être recherchée.

Dans l'examen des filaments, contenus dans les urines, nous aurons encore un élément de diagnostic.

Les filaments, qui proviennent des vésicules se présentent sous l'aspect de petits fils de un à un centimètre et demi de longueur, transparents comme du cristal. Ils sont minces, finement ondulés et contiennent parfois de petites bulles, réfringentes, qui rappellent des bulles d'air. Ces filaments sont composés de mucine, de globules blancs nombreux et dissociés ; ils peuvent contenir des spermatozoïdes.

III. — L'URÉTHROSCOPIE

L'examen uréthroscopique n'apporte pas un gros élément de diagnostic dans les vésiculites chroniques.

L'angle le plus extérieur du trigone de Lieutaud se

prolonge dans le début de l'urèthre prostatique, sur sa paroi inférieure, sous la forme d'un pli allongé et peu saillant ; il se renfle en un point de son parcours, formant une saillie plus prononcée, le *veru montanum*.

Normalement, il apparaît sous la forme d'un petit corpuscule à surface large et ovale. Sa surface, généralement unie, peut présenter parfois deux ou trois petits replis saillants de la muqueuse. A droite et à gauche du veru s'ouvre l'orifice terminal des canaux éjaculateurs, tandis qu'à la partie moyenne se trouve un petit cul-de-sac tapissé de muqueuse, l'utricule prostatique. Les éjaculateurs peuvent déboucher dans l'utricule ; latéralement sur les côtés du veru montanum la muqueuse est criblée d'orifices punctiformes, qui répondent aux canaux excréteurs de la prostate.

A l'examen uréthroscopique, l'utricule et les orifices des éjaculateurs se distinguent rarement à l'état normal ; on perçoit plutôt les ouvertures des canalicules prostatiques.

Pour Oberlaender et Kollmann, l'orifice des canaux éjaculateurs prendrait un aspect analogue à celui des cryptes de Morgagni. Wossidlo, Zelecki, Luys et Marion décrivent des altérations du veru montanum au cours des spermatocystites.

Pour Luys, le veru montanum est le miroir des vésicules séminales. Dans les cas d'inflammation de ces réservoirs, les lèvres de l'utricule prostatique sont congestionnées et saignent au moindre contact. Le veru peut être le siège d'une infiltration molle ou bien être envahi par un processus de tissus fibreux ; sa

coloration est alors jaunâtre et son aspect est fripé. Dans ce cas, l'orifice de l'utricule prostatique et les conduits éjaculateurs peuvent être rétrécis ou étranglés. Ces lésions expliqueraient la douleur vive ressentie par les malades au moment de l'éjaculation.

Pour Marion, les orifices des canaux éjaculateurs sont très apparents, « *les modifications des orifices des canaux éjaculateurs sont, dit Marion, aux lésions des vésicules séminales ce que les modifications des orifices urétéraux sont aux lésions du rein* ». Est-ce qu'il y a relation de cause avec la spermatocystite ou bien simplement des modifications concomitantes ? Nous répondrons à cette question en rapportant les chiffres de M. J. François : D'après cet auteur, avec l'appareil de Wossidlo ou de Mac Carthy, dans 50 cas de vésiculites, il est impossible de découvrir à l'uréthroscope une altération constante ; 32 fois on ne relève aucune altération nette du veru montanum ; dans les 19 cas restants, on observe de l'œdème et de la rougeur du veru montanum, un polype et diverses modifications.

Nous voyons donc que l'endoscopie, par la constatation des altérations du veru montanum, ne nous donne pas d'éléments de diagnostic bien importants ; elle nous met sur la voie, mais n'apporte aucun signe de certitude.

RECHERCHE DE LA PERMÉABILITÉ DES CANAUX ÉJACULATEURS

Un tube uréthroscopique droit est introduit dans

l'urèthre jusqu'au niveau de la face antérieure du veru montanum. Sous le contrôle de la vue, on cherche à faire pénétrer un stylet métallique dans l'orifice urétrhal des éjaculateurs. Une fois engagé, il faut conduire le stylet de manière à le faire pénétrer de un à deux centimètres dans l'intérieur même du canal éjaculateur. Cette opération préconisée par Luys, présenterait une grande importance dans le diagnostic des rétrécissements des éjaculateurs ; mais elle est très délicate, le diamètre de ces conduits n'étant que de 0 mm. 2 au niveau du veru montanum. Nous l'avons vu tenter sans grand succès. Elle demande une grande expérience.

IV. — LA VÉSICULOGRAFIE

Elle consiste à rendre visible aux Rayons X les canaux éjaculateurs, les vésicules séminales, les ampoules et les canaux déférents, en injectant dans tout ce tractus génital une substance opaque aux rayons, du collargol par exemple. Ce sont les recherches de Luys sur le cathétérisme et la dilatation des canaux éjaculateurs, qui ont ouvert la voie à la vésiculographie.

Nous ne nous arrêterons pas à la technique de Young, qui est très délicate. Le malade étant placé en position gynécologique sur la table radioscopique, un tube uréthroscopique étant introduit dans l'urèthre, Young cherche à cathétériser les éjaculateurs. Il utilise, pour cela, la seringue utriculaire de Gérahty, qui présente une canule à extrémité bifide.

Les éjaculateurs étant cathétérisés, on injecte une solution opaque aux Rayons X.

Il nous semble préférable, pour injecter les vésicules séminales, de choisir une voie différente. Dans un premier temps, que nous décrirons plus loin avec détails, on injecte au niveau de la région inguino-scrotale, dans le canal déférent, une solution de collargol à 5 ou 10 o/o. Le liquide remonte jusque dans les vésicules séminales. Dans un deuxième temps, on procède à une radiographie, le malade étant dans le décubitus dorsal.

Nous publions avec nos observations une vésiculographie, qui a été obtenue dans le service de M. Gayet, en suivant la technique que nous venons de décrire en dernier lieu. A la radiographie, la cavité vésiculaire normale se présente sous l'aspect d'un canal principal, de diverticules et de canaux accessoires. Le canal principal peut être court (2 à 6 cm.) ou long (10 à 12 cm.). Il est enroulé en nombreuses sinusoïdes. Sur lui, se greffent des diverticules et des canaux accessoires. La forme de ces différents éléments de la cavité vésiculaires n'est pas uniforme.

Les images pathologiques seront celles qui s'écarteront notablement de celle-ci.

Les vésiculographies pratiquées sur des cadavres atteints de spermatocystites (Bellanger, Barnay, Young) donnent une image vésiculaire dilatée et augmentée de volume.

Les indications de la vésiculographie, d'après Young, sont :

La recherche de la perméabilité du canal déférent et du canal éjaculateur et de leurs rétrécissements.

La recherche des altérations de la vésicule et de l'ampoule du canal déférent dans les vésiculites.

Et enfin, la recherche des affections vésiculaires dans le diagnostic causal des douleurs vagues de la région de la prostate, des vésicules séminales ou de la vessie.

V. — LA CYSTOSCOPIE

Les affections des vésicules séminales retentissent sur la vessie par des altérations de la muqueuse vésicale, qui siègent dans la partie, qui correspond aux vésicules.

Il faut songer à la spermatocystite lorsqu'à l'examen cystoscopique on découvre un placard de cystite, localisé au trigone et au bas fond vésical. Ces altérations sont dues à des lésions inflammatoires de péri-vésiculite touchant la paroi vésicale.

Fuller, chez des malades présentant des troubles vésicaux trouva en arrière et un peu en dehors de la vésicule malade, de la rougeur de l'œdème et parfois de petites ulcérations. Après vésiculectomie, les troubles et les altérations de la muqueuse vésicale disparurent.

En présence de troubles vésicaux inexplicables et des lésions que nous venons de décrire, il faut songer à la possibilité d'une vésiculite.

Deuxième Partie.

CHAPITRE PREMIER

Traitement.

Nous étudierons successivement : le traitement conservateur et le traitement chirurgical.

I. — TRAITEMENT CONSERVATEUR

Le traitement conservateur comporte trois méthodes :

Le massage vésiculaire ;

Le cathétérisme des canaux éjaculateurs ;

Les moyens médicaux adjuvants.

a) LE MASSAGE VÉSICULAIRE. — A la base du traitement des vésiculites chroniques, nous trouvons le massage vésiculaire.

Technique. — On fait uriner le malade. Après un grand lavage uréthro-vésical on remplit la vessie avec un liquide antiseptique (oxycyanure ou permanganate de potasse).

Le malade prend alors la position inclinée, indi-

quée précédemment. L'opérateur introduit son index protégé par un doigtier bien enduit de vaseline, dans le rectum ; il pratique doucement le massage de la prostate et des vésicules en exprimant ces dernières de haut en bas et de dehors en dedans.

Le malade urine ensuite, expulsant au dehors les sécrétions glandulaires.

Généralement, par le massage et l'expression vésiculaire, on parvient à vider les vésicules dans l'urèthre ; il est des cas où les éjaculateurs étant oblitérés, toutes les pressions sont vaines. La poche vésiculaire ne peut être vidée ; les urines restent troubles pendant longtemps.

Le massage bimanuel. — Il a été préconisé par R.-L. Reynolds. L'index étant introduit comme précédemment dans le rectum, la main restée libre, va déprimer la région suspubienne de manière à aller à la rencontre de la main rectale ; de plus, on mobilisera à chaque moment la main abdominale, qui suivra parallèlement les mouvements du doigt profond.

Toutes les zones dures ou infiltrées sont massées, comprimées pour en mobiliser le contenu et diminuer l'infiltration et l'œdème périvésiculaire.

D'après l'auteur, on obtiendrait des résultats bien supérieurs à ceux fournis par le massage rectal classique.

L'emploi des masseurs prostatiques de Feleki et de Marion ne semble pas devoir être conseillé. Ces

(1) R.-L. Reynolds. — Le massage bimanuel dans la vésiculite séminale, *The Journal Amer. Med. Asso.* - Mars 22. in *Journal d'Urologie M. et Ch.* Septembre 1922.

appareils aveugles ne permettent pas un massage à la fois aussi actif et aussi prudent que le massage digital bien pratiqué.

Le traitement doit être continué jusqu'à ce que les urines deviennent claires ; néanmoins il faut se montrer très prudent dans son application. Des accès de fièvre, la rupture possible de la poche vésiculaire et l'évacuation purulente de son contenu au contact même du péritoine, peuvent être la conséquence de massages intempestifs. Le massage vésiculaire ne doit pas être prolongé pendant trop longtemps. Il faut le suspendre après quelques séances, car il entraîne un affaiblissement et une délibitation extrême.

Le traitement sera complété par des dilatations urétrales.

b) LE CATHÉTÉRISME DES CANAUX ÉJACULATEURS. —

Nous ne reviendrons pas sur sa technique. Luys le premier a cathétérisé les éjaculateurs. H.-H. Young a perfectionné la technique. Certaines vésiculites avec obstruction ou rétrécissement des canaux éjaculateurs restées rebelles au traitement ordinaire, peuvent guérir par cette méthode.

Peut-être pourra-t-on pratiquer par cette voie le lavage des vésicules séminales et des instillations de nitrate d'argent. Le cathétérisme des canaux éjaculateurs est une méthode de traitement difficile et exceptionnelle, aussi nous bornerons-nous à ses indications dans les spermatocystites chroniques ; on pratiquera le cathétérisme des éjaculateurs dans la rétention

vésiculaire, les vésicules ne se vidant pas sous l'influence d'un massage bien fait.

..... Dans les éjaculations douloureuses et dans les éjaculations sanglantes. Pour le pratiquer il faudra attendre que tout phénomène phlégmastique soit calmé.

c) LES MOYENS MÉDICAUX ADJUVANTS. — Parallèlement au massage vésiculaire, on ordonnera des bains de siège très chauds d'un quart d'heure environ, des lavements chauds à garder ou des irrigations rectales chaudes.

On peut prescrire des suppositoires à appliquer dans l'intervalle des massages ; on formulera avec Marion :

Extrait de belladone	deux centigr.
Extrait de ciguë	un centigr.
Iodure de plomb	quinze centigr
Beurre de cacao	q. s.

pour un suppositoire n° 6.

La vaccinothérapie n'a pas donné de résultats dans les vésiculites ; à côté de quelques succès, on a eu de nombreux échecs ; Schmidt cite un cas où le vaccin amena la disparition de pollutions sanglantes, mais dans cinq autres cas on n'obtint aucune amélioration.

Duroeux et E. Tant avaient cru voir dans l'arsénobenzol un agent spécifique de la spermatocystite suppurée ; après huit injections une vésiculite purulente s'est transformée en une énorme périvésiculite avec déférentite et épidymitis ; cette méthode ne peut être

préconisée.

Si le traitement conservateur échoue, il faut s'adresser au traitement chirurgical.

II. — TRAITEMENT CHIRURGICAL

1° INDICATIONS GÉNÉRALES.

Les indications générales du traitement chirurgical sont tirées de l'échec, après essai loyal, du traitement médical ; néanmoins, les interventions sanglantes, dans les spermatoçystites chroniques non tuberculeuses, ne doivent pas être considérées comme un traitement à employer en dernier ressort.

Si on ne peut arriver à débarrasser un malade de ses gonocoques réfugiés dans les vésicules, si des phénomènes douloureux, des hémospERMIES, de la spermatoçystite avec périvésiculite persistent, malgré tous les traitements conservateurs, il faut alors intervenir. L'impuissance et la neurasthémie ne nous semblent pas des indications à l'intervention.

2° LES DIFFÉRENTES INTERVENTIONS.

Elles sont au nombre de trois :

La vasotomie ;

La vésiculotomie ;

La vésiculectomie.

Nous étudierons successivement leur technique et leurs indications.

A. — LA VASOTOMIE

Cette opération consiste à faire pénétrer des liquides

antiseptiques dans les vésicules séminales, en empruntant la voie du canal déférent dans le sens du cours normal du sperme.

La technique de cette intervention, préconisée et exécutée pour la première fois par W. Belfield, en 1905, a subi depuis des modifications. Nous décrirons la méthode de Belfield et celle de Luys et les perfectionnements apportés.

Technique opératoire de Belfield. — Dans un premier temps, on procède à l'anesthésie de la peau de la région inguino-scrotale du côté correspondant à la vésicule malade.

On incise la peau au niveau du cordon : et lorsque celui-ci est à découvert, on libère, parmi ses éléments, le canal déférent qu'on isole.

Une petite incision longitudinale permettant le passage d'une canule est pratiquée sur le déférent. La canule est introduite dans cet orifice et avec une seringue contenant une solution antiseptique on pousse le liquide antiseptique dans le canal déférent et les vésicules séminales.

Telle était la technique de la première intervention de Belfield. Ainsi pratiqué, le lavage des vésicules présentait un gros inconvénient : c'était pour les lavages ultérieurs exécutés les jours suivants, de retrouver l'ouverture pratiquée dans le déférent.

Modifications apportées à la technique opératoire.

Belfield (1) a perfectionné lui-même sa méthode.

(1) Belfield, de Chicago. — Société des Chirurgiens Urologues Américains, 23 Juin 1905, in *Annales des Maladies des org. g. u.* Année. 1905 p. 1556.

Après avoir isolé comme précédemment le canal déférent, il ponctionne avec la pointe du bistouri le déférent et introduit une fine aiguille hypodermique branchée sur une petite seringue remplie de la solution antiseptique. Il pousse cette solution dans les vésicules séminales.

Un doigt rectal peut exprimer plus ou moins complètement le contenu vésiculaire dans l'urèthre. La vésicule peut être remplie à nouveau avec la seringue. On réalise ainsi une irrigation continue ou intermittente du canal déférent et de la vésicule.

Clinton R. Smith (2) a modifié la technique de *Bel-field*, afin d'éviter les infiltrations, par regurgitation, du liquide antiseptique injecté, dans les tissus environnants.

Le cordon est isolé et maintenu entre le pouce et l'index de la main gauche. Il est mis à nu.

On isole le déférent qu'on amarre sur une aiguille et on tate sa perméabilité après l'avoir ponctionné au bistouri en y introduisant une soie. On substitue alors à celle-ci un bout de catheter urétéral n° 4, qui est enfoncé dans la lumière du canal et on injecte 15 à 20 cc. d'une solution de collargol à 10 o/o.

On ferme la peau à la soie. On peut maintenir en place la petite sonde. On fait un pansement à la gaze.

Cette technique présente des avantages : toute la partie du collargol refoulée ne se répartit point dans les organes d'alentour mais tombe dans la gaze puis-

Cluiton R. Smith. — Vésiculite séminale gonococcique chronique
The Urologic and Cutaneous Review, vol. XXIV n° 3. in Journal d'Urologie, Janvier 1921.

que la plaie est strictement suturée ; la sonde étant en place, on peut pratiquer toute nouvelle injection à volonté, sans douleur ni inconvénient ; on pourra ainsi pratiquer des lavages légers des vésicules deux fois par jour avec une solution de chlorure de sodium ou de bicarbonate de soude faible. On a d'excellents résultats.

Technique de Luys (1).

Dans le service de notre maître, M. Gayet, nous avons pu pratiquer le lavage des vésicules en utilisant la technique que nous allons décrire et qui est celle due à Luys.

On procède à l'anesthésie locale du cordon inguinal au niveau de la racine de la bourse du côté correspondant en injectant 10 cc. d'une solution de novocaïne à 1/200. On malaxe le cordon, de manière à ce que l'injection de la solution anesthésiante ne forme pas un œdème trop marqué qui rendrait difficile la découverte du canal déférent. On isole entre le pouce et l'index de chaque main, sous la peau du scrotum, le canal déférent sur une longueur d'environ deux centimètres.

Avec une pince à champ spéciale (pince pour la suspension du canal déférent), on prend sous un pli de la peau le canal déférent en le tenant emprisonné entre la pince et la peau. A un centimètre au-dessus de cette pince, on agit de même avec une autre.

Entre ces deux pinces, on pratique une incision rec-

(1) G. Luys. — Pour désinfecter les vésicules séminales il faut les laver. — La Clinique, Janvier 1922.

liligne. On dissèque le canal déférent et on l'isole. On prend alors ce canal entre le pouce et l'index de la main gauche, tandis que de la main droite, on introduit une très fine aiguille à injection bien dans la lumière du canal.

Si on ne parvient pas à faire pénétrer l'aiguille dans la lumière, on *ponctionne au bistouri le canal déférent et on introduira ensuite l'aiguille ou un crin, qui guidera l'aiguille.*

Une fois l'aiguille bien introduite, on injecte avec une seringue, 10 cc. d'une solution de collargol à 5 o/o.

Après l'injection, l'aiguille est retirée. On peut laisser un crin engagé dans le canal déférent, il servira de guide pour les lavages des jours suivants. On ferme légèrement la plaie opératoire avec quelques crins.

Certains Américains, avec De Lespinasse, ont cru pouvoir éviter l'incision cutanée et ponctionner directement le déférent. Pour qui a vu la difficulté de cathétériser le déférent, même quand on l'a sous la main, une pareille méthode paraît bien difficile.

De toutes ces techniques, celle de Luys nous paraît la meilleure ; elle est bien précise et permet sûrement l'introduction de liquides antiseptiques dans les vésicules séminales.

Les suites opératoires de la vasotomie sont simples : le malade est immobilisé quatre jours au lit dans le décubitus dorsal ; dans les heures qui suivent, le collargol sort par l'urèthre au moment de la première miction, quatre heures après, teintant les urines en noir foncé ; les mictions suivantes sont également

colorées, mais la teinte est beaucoup moins forte ; elle persiste néanmoins pendant un ou deux jours. Pour ralentir l'élimination du collargol et lui laisser le temps d'agir, on peut constiper le malade avec des pilules d'opium pendant quatre jours ; après le malade sera purgé.

Parmi les antiseptiques liquides, qui semblent agir le plus efficacement, le *collargol* possède une place prépondérante. Il a un pouvoir de pénétration extrêmement grand et un effet lubrifiant sur les masses semi-solides ou purulentes. Belfield utilise la solution de collargol à 5 o/o. Clinton R. Smith l'utilise à 10 o/o.

Robert Herbst a préconisé des solutions étendues d'azotate d'argent ; Lespinasse des solutions de bicarbonate de soude à 1 o/o.

Indications de la vasotomie. — Il faut laver les vésicules séminales : *dans toutes les spermatozystites chroniques non tuberculeuses*, infectées depuis longtemps, qui ne guérissent pas par les moyens habituels de dilatation de l'urèthre prostatique, combinés avec le massage des vésicules.

Chez les malades présentant une goutte matinale, même avec des urines claires, presque sans filaments. *lorsqu'à l'examen on trouve du gonocoque dans leur sperme.*

Dans les cas d'azoospermie consécutive à des foyers de spermatozystite alors qu'aucune lésion d'épididymite et du testicule n'existe et qu'une oblitération partielle siège dans les vésicules séminales, ou le canal déférent. Le pansement prolongé du réservoir vési-

culaire au collagol diminuera leur inflammation chronique et lèvera la barrière qui empêche le cours des spermatozoïdes.

Enfin, dans les cas de rhumatisme blennorrhagique. Il faut, en effet, désinfecter, au collargol, le plus vite possible, les vésicules qui contiennent souvent du gonocoque.

B. — LA VÉSICULOTOMIE ET LA VÉSICULECTOMIE

La vésiculotomie est une intervention qui consiste à aller inciser la vésicule séminale.

La vésiculectomie est l'ablation totale ou partielle de la vésicule.

La technique de ces deux opérations est semblable, sauf le dernier temps, qui diffère ; aussi les décrivons-nous en semble.

Les vésicules séminales peuvent être atteintes par quatre voies :

La voie périnéale (Fuller-Marion).

La voie postérieure qui comprend : la *voie coccy-périnéale* (J et P. Fiolle) ; la *voie ischio-rectale* (Vœlker).

La voie inguinale (Villeneuve-Baudet-Duval).

La voie sus-pubienne (Young).

De toutes ces voies nous ne décrivons ici que la *voie périnéale* que nous avons vu utiliser par notre maître, M. le Professeur Gayet. A notre sens, elle est la plus indiquée dans les interventions pour vésiculite chronique non tuberculeuse.

LA VOIE PÉRINÉALE . .

On intervient sur les vésicules séminales par le périnée à l'aide de procédés analogues à ceux que l'on utilise pour la prostatotomie. Les premiers temps opératoires sont les mêmes.

Marion (1) a bien précisé cette technique.

Technique opératoire.

On utilise l'instrumentation courante. Une valve vaginale large et courte, une soude à bécuille n° 18 doivent être préparées. Le malade, dont le rectum a été bien vidé, est placé dans la position de la taille ; on met le tronc en position inclinée, le siège débordant largement le bord de la table ou encore on le surélève avec un coussin glissé sous lui.

Une sonde introduite dans l'urètre servira de guide.

On peut fermer l'anus par une suture en bourse, mais cette précaution nous paraît inutile.

1° *Incision.* — On peut faire une incision en fer à cheval à deux ou trois centimètres au devant de l'anus, qui est embrassé dans la concavité de cette courbe (*Fuller*) ou bien une incision verticale le long de la racine des bourses, à 2 centimètres en avant de l'anus (*Marion*). Cette incision intéressera la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Il faut dissocier délicatement jusqu'à ce qu'on voit l'entrecroisement des muscles sphincter externe de l'anus et bulbo-caverneux.

2° *Isolement du bulbe.* — A la sonde canelée on mettra à nu les fibres du bulbo-caverneux.

(1) G. Marion. — Traité d'Urologie.

On sectionnera alors, immédiatement en arrière de la saillie du bulbe, le raphé formé par l'entrecroisement du sphincter et du bulbo-caverneux. Le bulbe est alors saisi au moyen d'une pince de Kocher et attiré en avant.

3° *Section du muscle recto-urétral.* — Le bulbe étant écarté en avant, le rectum étant déprimé en arrière par un écarteur, on verra apparaître dans la profondeur une bandelette antéro-postérieure médiane, c'est le muscle recto-urétral.

Il faut alors mettre le doigt dans la plaie et aller chercher le contact de la sonde qui se trouve dans l'urèthre, afin d'être sûr de ne pas l'intéresser ; il faut se porter toujours plus en avant qu'en arrière, afin de ne pas léser le rectum. La sonde urétrale en avant nous empêchera de blesser l'urèthre. L'urèthre étant bien reconnu, on sectionnera immédiatement en arrière le muscle recto-urétral.

4° *Pénétration dans l'espace décollable.* — Il faut alors refouler avec une compresse le rectum en arrière pour l'écarter de la prostate, qui se trouve en avant. On se trouve dans l'espace décollable : une valve postérieure sera mise alors dans cet espace. Le décollement est poursuivi au doigt. A mesure que l'on va vers la profondeur, on rencontre parfois une difficulté considérable : il arrive que le tissu cellulaire soit infiltré par suite de la périvésiculite ; l'opération est, dans ce cas, des plus laborieuse ; il faut se diriger encore en avant pour ne pas risquer de blesser le rectum. Par contre, il est des cas où, dès que l'on a

pénétré dans l'espace décollable, on voit apparaître la face postérieure de la prostate.

5° *Ouverture de la gaine des vésicules.* — Immédiatement au-dessus de la prostate, il sera généralement facile, au cas de spermatocystite, de sentir la saillie des vésicules. On les explore et on cherche à voir si les lésions sont unies ou bilatérales.

Au bistouri, on incisera sur elle, de chaque côté, la lame qui forme la paroi postérieure de leur gaine ; puis, suivant les cas, on décollera, parfois facilement, au doigt, la vésicule. Dans les cas favorables, la dissection se fait bien ; la vésicule apparaît dans la loge incisée, elle s'en sépare facilement. On l'amène et on pratiquera la ligature et la section de son pédicule. La vésiculectomie est faite.

Si de la périvésiculite existe, la fusion des tissus ne permet pas l'extirpation des vésicules. On ouvrira largement ces vésicules et on placera un drain dans chacune d'elles ; dans ce cas, on a pratiqué la vésiculotomie.

On a facilement raison de l'hémorragie produite par la section du paquet vasculaire vésicogénital par des tamponnements. Ce tamponnement sera maintenu en place 36 ou 48 heures.

Les drains sont maintenus jusqu'à ce que l'écoulement purulent ait disparu. Ils restent en place huit jours en général.

Gravité des accidents opératoires.

On peut dire que la vésiculotomie et la vésiculectomie ne sont pas des opérations dangereuses ; la morta-

lité est nulle. Fuller, sur 245 opérations et Cunningham sur 194, n'ont pas enregistré un décès.

Pour notre part, nous l'avons vu pratiquer deux fois sans accident.

Les accidents opératoires les plus fréquents sont :

L'ouverture du rectum : Fuller, dans deux cas d'ouverture du rectum obtint la guérison par simple suture. Cunningham, sur 194 opérations, eut 4 perforations du rectum, dont deux guérissent sans fistule et les deux autres, après s'être fistulisées temporairement, guérissent spontanément.

Les hémorragies sont rarement inquiétantes ; les tamponnements en général suffisent à les arrêter. Les hémorragies de la vésiculotomie ou de l'ectomie partielle sont beaucoup moins à craindre que celles de la vésiculectomie totale, parce que le pôle supérieur de la vésicule, où entrent les vaisseaux, est respecté.

La rupture de l'urèthre ; elle peut se produire au moment où l'on pénètre dans l'espace décollable. Si l'urine vient à couler dans la plaie par suite d'une blessure de l'urèthre, il faudra mettre une sonde à demeure jusqu'à ce que la fistule soit tarie.

Tous ces accidents sont excessivement rares et on peut dire que la vésiculectomie ne présente, en général, aucun caractère de gravité.

Indications opératoires.

Les indications opératoires de la vésiculotomie et de l'ectomie étant tirées de l'échec du traitement conservateur et du lavage des vésicules, nous pourrions

répéter ici les mêmes indications que celles de la vasotomie. *Après essai loyal des traitements conservateurs, il faut savoir intervenir ;* toutefois, nous pensons, avec Marion, que l'impuissance n'est pas une indication à l'intervention.

On pratiquera l'ablation de la vésicule, quand cela est possible et l'ouverture large du foyer, lorsque des lésions de périvésiculite et des adhérences rendent l'excision impossible.

La vésiculotomie s'adressera aux grosses vésicules suppurées.

La vésiculectomie aux formes hypertrophiques et sans adhérences trop accentuées.

CHAPITRE II

Observations inédites.

(Dûes à l'obligeance de M. le Professeur GAYET).

OBSERVATION I

R... J..., 26 ans.

Entré dans le service de M. Gayet le 7 mars 1922.

A. H. — Pas d'antécédents héréditaires notables

A. P. — Rougeole dans l'enfance; depuis, n'a jamais été malade.

Mobilisé, part au front, où il n'est ni blessé ni gazé.

Il contracte, en 1916, une blennorrhagie qui dure trois mois, étant au front. A ce moment, le malade a eu de la cystite avec hématurie. Evacué, il a été traité par les grands lavages. Le malade éprouve des envies fréquentes d'uriner; il présente des urines troubles; le tout dure six mois. Il garde une goutte matinale avec filaments dans les urines.

Se marie en 1919. Sa femme non contagionnée; a eu un enfant bien portant.

Il y a un an, le malade remarque qu'après des rapports sexuels, une goutte de sang apparaît à la fin de la miction, sans aucune douleur. Cette goutte n'était pas du sang pur. Le malade a présenté trois fois cette hématurie terminale en deux ou trois mois; pendant ce laps de temps, de la pollakiurie à prédominance nettement diurne (10 fois par jour) s'installe. Le malade consulte un médecin, qui fait des ins-

tillations et des massages de la prostate; on note alors une légère amélioration du côté de la pollakiurie.

Depuis cette période, a eu des petites hématuries.

Le 13 décembre 1921, éprouve de la pesanteur et des envies fréquentes d'uriner. Pas d'hématurie.

A l'examen : prostate dure, un peu irrégulière, surtout vers la vésicule droite. Miction uniformément trouble dans les trois verres. A l'examen sur lame : nombreux globules de pus; peu de microbes; pas de gonocoque. Inoculation des urines totales le 16 décembre 1921 : inoculation qui fut négative.

24 janvier 1922. — Le malade revient consulter; a pris de l'urotropine; la pollakiurie a diminué, plus de pesanteur au périnée. A eu une fois des rapports sans hémospérmié; les urines sont redevenues claires; au toucher, la base de la vésicule droite encore un peu dure et empâtée.

28 février 1922. — A eu, au début du mois, une hémospérmié après rapports conjugaux. Urines claires, sauf à la fin de la miction; au toucher, toujours une grosse vésicule droite. Après massage, on ne ramène presque rien.

Le malade entre dans le service de M. Gayet le 7 mars 1922.

Examen. — Mictions : le jour, toutes les deux heures, le matin, plus fréquentes après les repas et après la défécation.

Urines : quantité 2.000 cmc., couleur jaune sombre, pas de dépôt. Epreuve des trois verres : urines uniformément claires, avec filaments dans le premier et le troisième verre.

Vessie : pas de globe vésical, matité nulle après la miction.

Reins : non perçus à la palpation.

Uretères : non douloureux.

Contenu scrotal : au niveau de l'épididyme droit, augmentation de volume à la queue. Pas d'hydrocèle; rien au cordon; à gauche, contenu normal.

Toucher rectal : Prostate étalée, non douloureuse. On sent à droite une vésicule augmentée de volume avec un canal déférent injecté.

Examen général : Rien aux poumons, rien au cœur.

10 mars 1922 : *Intervention*. — Vésiculotomie : anesthésie générale à l'éther; incision demi-circulaire prérectale; on décolle le rectum; on arrive à la prostate; on incise le feuillet postérieur de l'aponévrose de Denouvilliers, mais, à partir de ce moment, la dissection devient très imprécise : la vésicule droite exprimée ne se manifeste pas. On pense l'avoir incisée. On place un tamponnement et on referme.

20 mars 1922. — La plaie est cicatrisée, le malade sort.

4 avril 1922. — Le malade revient chez M. Gayet. Très bonnes suites opératoires. Il ne se plaint plus d'hémospérmié. Urines parfaitement claires, sans filaments, sauf quelques gouttes, à la fin de la miction, qui sont un peu troubles.

Au toucher : rien d'anormal.

OBSERVATION II

M... Auguste, 43 ans.

Entre dans le service de M. Gayet, le 23 mars 1922, pour cystite.

A. H. — Père et mère morts de néoplasme.

A. P. — Adénite chronique dans l'enfance; elle n'a jamais suppuré. Opéré d'un ostéome au niveau de la crête iliaque droite.

A 22 ans, fièvre typhoïde. A 28 ans, fièvre paludéenne.

Mobilisé en 1914. Fracture bimaléolaire du pied gauche. Bronchite chronique.

Affection actuelle. — Il y a deux mois et demi, blennorrhagie qui coule moyennement pendant quinze jours. Prend du santal, l'écoulement diminue, mais il reste une goutte matinale. Le malade se fait des injections, la goutte se tarit, mais apparaissent des brûlures dans l'urèthre. Dysurie. Le malade se sonde lui-même. Pratique à nouveau des injections, mais alors commence une pollakiurie très vive : envies impérieuses d'uriner et douleur au niveau de la vessie, à la fin de la miction. Les urines étant troubles, le malade prend de

l'urotropine : aucune amélioration. Il va voir M. Bonnet, qui le soigne pendant huit jours (lavements, bains de siège).

24 mars 1922. — A l'entrée dans le service :

Mictions : jour et nuit, toutes les demi-heures, avec douleurs à la fin de la miction et ténésme au niveau de l'anus.

Urines : elles ne sont plus troubles, depuis que le malade prend des lavements. Il y a huit jours, il y aurait eu une forte décharge purulente.

Vessie : pasc de globe vésical; pas de matité.

Contenu scrotal : épидидyme gauche très augmentée de volume au niveau de la tête.

Douleurs dans toute la région hypogastrique, avec points spécialement douloureux au niveau de sa cicatrice.

Toucher rectal : grosse masse fluctuante, bombant dans le rectum. Le doigt ne peut la délimiter en haut.

Urines uniformément troubles avec filaments.

Incision de l'abcès par voie périnéale. — Incision périnéale semi-circulaire, en avant de l'anus; le rectum décollé est abrité sous une valve; la prostate est bien exposée; elle est dure, non fluctuante, et c'est plus haut sur la face postérieure de la vessie que se trouve l'abcès. Du côté gauche, l'incision reste blanche au doigt; on sent une masse indurée, qui doit être la vésicule, très hypertrophiée. Incisée, il s'écoule du sang; pas de pus; à droite, un coup de sonde canelée pénètre dans une poche d'où s'écoule un pus épais, qui, au laboratoire, donne du gonocoque pur. On agrandit l'orifice, on sent au doigt une loge assez étendue, qui paraît être ou la vésicule droite, ou un abcès périvésiculaire. On place un gros drain et une mèche.

28 mars 1922. — Amélioration très nette; le malade, qui était arrivé avec de la température, présente un meilleur état général.

14 avril 1922. — La température remonte depuis deux jours, le soir : 39°.

15 avril 1922. — Température, 38°4. Intervention sous anesthésie générale. Le doigt sent, par le rectum, une masse indurée très haute sans fluctuation. On remet un drain aussi haut que possible.

18 avril 1922. — Depuis l'intervention, la température a été subfébrile, puis, ce matin, 37°. La plaie a beaucoup donné au toucher, on sent que la masse a rétrocedé.

23 mai 1922. — Bougies 15-16.

26 mai 1922. — Bougies 16-17-18. Le 6 juin, Bougies 23-24. Le malade sort, le 10 juin, du service.

20 juin 1922. — Revient à la consultation. Béniqués 44, 45, 46, 47.

OBSERVATION III

P... Alphonse, 38 ans.

Entre dans le service de M. Gayet le 29 novembre 1922 : au moment des efforts de la défécation, le malade voit apparaître au méat une goutte de pus, et ceci depuis six mois. Il éprouve, de plus des douleurs sourdes dans la périnée.

A. H. — Père et mère vivants, en bonne santé.

A. C. — Cinq frères en bonne santé.

A. P. — Célibataire. Bonne santé dans l'enfance.

En avril 1921, blennorrhagie traitée par des injections de permanganate de potasse à la petite seringue. Ces injections semblent avoir été mal faites par le malade, qui les pratiquait le méat étant comprimé sur l'embout de la seringue. Après deux mois, une goutte persiste. Aurait eu alors des douleurs dans le scrotum, et des douleurs lombaires. Pendant les efforts de la défécation, une goutte d'aspect purulent apparaît au méat; dépôts blanchâtres sur les matières fécales. La miction est impérieuse et douloureuse. Le malade se lève deux à trois fois dans la nuit.

En juillet 1921, il va consulter un médecin, qui le traite pour prostatite (un massage de la prostate par semaine pendant trois semaines); après chaque massage, expulsion par l'urèthre d'un liquide purulent. On prescrit des lavements et des suppositoires.

A cette même époque, le malade ressent des douleurs arti-

culaires au niveau du genou; parfois, au niveau du coude. Ces douleurs, dont la localisation est variable, persistent et, d'après les dires du malade, ses articulations paraissent « se déroutiller » par le mouvement. De la révulsion et des frictions faites par le malade, n'amènent aucune amélioration.

Jusqu'en mai 1922, le malade travaille, quoique ses genoux restent douloureux. Il remarque à nouveau des produits blanchâtres dans ses matières et l'apparition d'une goutte au méat à l'occasion des efforts de la défécation.

En août 1922, vient consulter dans le service pour spermatorrhée au moment de la défécation. Au toucher, on sent la vésicule à gauche;; l'examen microscopique révèle du gonocoque. On fait des massages, des instillations.

22 août 1922. — Béniqués 50, 51, 52, 53, 54, 55.

5 septembre 1922. — Toucher rectal. Le malade a sans doute vidé son abcès prostatique ou vésiculaire (pas dans les matières). Grand lavage vésical au permanganate.

19 septembre. — Toucher rectal : La vésicule gauche est perçue, légèrement distendue, quoique peu douloureuse. Le malade accuse toujours des douleurs articulaires.

Massage et grand lavage.

2 octobre. — Même traitement.

11 octobre. — Même traitement.

14 novembre 1922. — Grosse amélioration.

21 novembre 1922. — Massage, lavage, instillation.

29 novembre. — Entre dans le service. Le malade conserve, au moment des efforts de la défécation, une goutte purulente au méat. Croit avoir remarqué du pus dans les matières fécales. Miction normale : le jet n'est pas déformé, sa force est conservée. Urines claires; pourtant, le matin, il y a des filaments dans les urines.

Examen : cicatrice de cure radicale de hernie droite. Récidive de hernie gauche.

Toucher rectal : on sent la vésicule hypertrophiée. Il y a une fistule vésico-rectale.

30 novembre 1922. — Anesthésie locale à la novocaïne.
Intervention. — Incision et découverte du cordon. Section,

Lavage de la vésicule au collargol. *On fait une radiographie de la vésicule gauche.* Nous la publions après les observations.

1^{er} décembre. — Le malade élimine son collargol dans ses urines. Fait une petite poussée de température à 39°.

2 décembre 1922. — La température est devenue normale; élimine toujours du collargol. Au moment où nous imprimons notre travail, il est encore dans le service.

OBSERVATION IV

B... M..., Adrien, 24 ans.

Fait un premier séjour dans le service, où il entre, le 2 février 1921, pour occlusion congénitale incomplète du méat.

A. H. — Mère morte affection inconnue. Père vivant.

A. C. — Quatre frères ou sœurs bien portants.

A. P. — Pleurésie à 20 ans. Il y a dix mois, blennorrhagie; pas d'autres antécédents.

A l'entrée, le 2 février 1921. — Occlusion congénitale incomplète du méat, qui entraîne une gêne à la miction. Jet très mince. L'éjaculation n'est pas gênée.

Vessie et reins indolores : les reins ne sont pas perçus.

Contenu scrotal normal.

Rien aux poumons ni au cœur.

Examen. — L'exploration instrumentale révèle deux rétrécissements, l'un à deux centimètres du méat, l'autre au niveau de la région prostatique.

Uréthrotomie interne : section de la bride fibreuse au niveau du méat, sonde à demeure.

14 février 1921. — Dilatation. Bougies N^{os} 16, 17, 18.

18 février 1921. — Bougies N^{os} 18, 19, 20.

Sort le 18 février 1921.

Deuxième séjour :

Entre dans le service à nouveau, le 16 février 1922, parce qu'il présente une goutte matinale.

Depuis son départ de l'hôpital, le malade avait continué

à se faire dilater, tous les trois jours, pendant un mois environ, avec des bougies jusqu'au N° 24. A ce moment, orchite double. Depuis un an, n'a plus été dilaté.

A l'entrée, examen uréthroscopique. On voit dans l'urètre postérieur, au niveau de la fossette prostatique, plusieurs petites glandules; on essaye de cathétériser les canaux éjaculateurs, sans pouvoir y arriver; d'ailleurs, ils ont l'air sains.

Touche rectal : on sent les deux viscules, surtout la gauche, de consistance assez molle et un jeu injectée.

17 février 1922. — *Injection de protargol* à 1/20° dans le canal déférent gauche.

22 février 1922. — *Injection de collargol. Radiographie de la vésicule gauche.*

23 février 1922. — Température, 38°4. Douleurs dans le flanc gauche. Urines très noires dès la première miction, jusqu'au 24 février.

25 février 1922. — Température 37°4.

6 mars 1922. — Après massage de la prostate, urines beaucoup plus claires avec dépôt pulvérulent. Encore du gonocoque. Le malade sort.

OBSERVATION V

H..., 38 ans.

Vient consulter pour une goutte chronique, le 23 octobre 1921.

A. P. — Blennorrhagie en 1910. Prostatite. Soigné par les grands lavages et les massages. Guérison en deux mois; reste guéri plusieurs années.

En 1917, nouvelle blennorrhagie. Depuis, a toujours conservé une goutte matinale.

En juin 1921, a fait faire un examen : pas de gonocoque.

23 octobre 1921. — A l'examen, rien aux épидidymes, rien au méat. Un peu de folliculite sentie sur béniqué.

Toucher. — Prostate une peu dure, avec un petit noyau

à la base de la vésicule gauche. Les urines dans trois verres sont uniformément troubles, un peu plus dans le premier.

A l'examen de la goutte matinale, de très nombreuses cellules vésicales, des microbes variés, pas de gonocoque.

Les urines centrifugées donnent sur lame quelques cellules en raquette, quelques coccis sans caractères.

25 novembre 1922. — A eu, il y a six jours, un rapport ; apparition d'un écoulement en même temps qu'il sentait une cuisson au niveau de son ancienne folliculite.

Des lavages au protargol ont supprimé l'écoulement.

A l'examen : méat sec. A cinq centimètres en arrière, sur Béniqué N° 53, on sent une folliculite de la face inférieure : petits grains de chènevis.

Au toucher : grosse prostate de consistance inégale. Du côté gauche, à bout de doigt, en faisant le palper bimanuel, on sent une vésicule bosselée assez volumineuse.

Traitement : massage, bains chauds. Après massage, la goutte examinée est composée de sperme, avec des cellules bourrées de coccis ; quelques formes suspectes au point de vue gonocoque.

OBSERVATION VI

M... 36 ans.

Vient consulter le 21 janvier 1922, pour goutte chronique.

A. P. — Blennorrhagie, il y a douze ans, guérie assez simplement. Il y a trois ans, nouvel écoulement, devenu chronique ; a toujours persisté depuis.

A l'examen : Rien de spécial à l'urèthre : simplement un léger ressaut au niveau de l'urèthre prostatique.

Au toucher : gros noyau (forte noisette) dans le lobe gauche de la prostate, dur et régulièrement arrondi. Lavements chauds, massages, instillations.

4 février 1922. — Même état ; massage, instillation.

11 février 1922. — Noyau prostatique un peu plus mou, écoulement presque nul. Massage, instillation.

25 février 1922. — Massage, instillation. La goutte est encore abondante, le matin; nombreux globules de pus, quelques rares coccis, pas de gonocoque.

On prescrit des lavements chauds pendant un mois.

26 mars 1922. — Goutte matinale peu abondante; quelques filaments. Noyau prostatique sans changement; la lame présente la même formule.

22 avril 1922. — Presque pas de filaments. Aucun changement dans le noyau prostatique. Le malade se plaint de quelques douleurs rhumatismales vagues dans les membres inférieurs. Cessation de tout traitement.

OBSERVATION VII

L..., 26 ans.

Vient consulter le 21 janvier 1922 pour une goutte chronique.

A. P. — En 1914 a perdu l'œil par accident. En 1915, blennorrhagie soignée par M. Jalabert; guérie en deux mois.

En février 1917, nouvelle blennorrhagie. Après deux mois, traitée sans succès, va consulter M. Moutot, qui le soigne pendant six mois, puis M. Boulonneix. Il restait au malade une goutte déclarée non contagieuse : on déclara alors qu'il avait de la prostatite.

21 janvier 1922. — Vient consulter M. Gayet, obsédé qu'est le malade par la persistance d'une goutte. Moralement très déprimé, le malade parle de suicide.

A l'examen : pas de rétrécissement, pas de folliculite, rien à la prostate. A l'examen sur lame, pas de gonocoque. Filaments dans le premier verre; à l'examen du filament, rien de net au point de vue gonocoque.

A l'examen de la goutte matinale (Gram), quelques rares gonocoques extracellulaires.

28 janvier 1922. — Lavage. Dilatation aux béniqués N° 46, 47, 48. Instillation d'argyrol à 1/40° après massage de la prostate.

février 1922. — Légère induration vers la vésicule gauche. Massage de la prostate; instillation au protargoal.

11 février 1922. — Un léger écoulement muqueux subsiste; quelques rares gonocoques. Massages, instillations.

Le liquide, après massage, ne contient que fort peu de débris. On sent toujours une induration du côté de la vésicule gauche, qui est douloureuse.

18 février 1922. — N'a pas uriné depuis sept heures, presque rien comme écoulement. Pas de gonocoques. La vésicule paraît moins grosse, mais toujours douloureuse. Massage. Instillation.

27 février 1922. — Examen de la goutte, négative. Massage, instillation. La vésicule a diminué. Injection des trois sulfates.

11 mars 1922. — Goutte négative presque inexistante. Fera l'épreuve de la bière dans quinze jours.

25 mars 1922. — Goutte supprimée, malgré le régime d'épreuve.

OBSERVATION VIII

D... Charles, 32 ans.

Le 27 janvier 1922, entre dans le service de M. Gayet pour orchite.

A. P. — Bonne santé. En 1917, amputation de la cuisse gauche, à la suite d'une blessure de guerre.

En décembre 1921, blennorrhagie, qui dure un mois. A eu, à ce moment, une orchite droite. L'écoulement disparaît, mais conserve une goutte matinale avec quelques filaments. L'orchite dure jusqu'il y a huit jours, époque à laquelle elle est guérie; alors commence une orchite gauche.

28 janvier 1922. — Entre dans le service.

Miction normale. Urines claires; nombreux filaments de grosseur moyenne. Méat normal.

Examen des bourses : testicule droit petit et non douloureux; testicule gauche très gros avec épидидymite. Palpation douloureuse; cordon gauche mal perçu.

Rien à la vessie, aux reins, aux uretères.

Toucher rectal : grosse vésiculite gauche; tout le tractus séminal est pris. Grosse prostate surtout sur le lobe gauche, qui est légèrement douloureux.

Bon état général. Rien aux poumons, rien au cœur.

8 février 1922. — Toucher rectal. Grosse vésicule gauche du volume d'une sangsue.

20 février 1922. — Le malade refuse de se faire dilater; il sort.

OBSERVATION IX

L... Antoine, 23 ans.

Entre le 17 janvier 1922, dans le service de M. Gayet, pour hématuries.

A. P. — Jamais malade dans l'enfance. Scarlatine, il y a deux ans; aucune séquelle du côté du rein.

En mars 1921. — Blennorrhagie. Le malade continue à monter à cheval. Douleurs au niveau du périnée, qui disparaissent au bout de peu de temps.

Affection actuelle. — Le malade, démobilisé, travaille jusqu'il y a quinze jours : il remarque alors que la fin de sa miction est constituée par du sang rutilant. Aucune douleur; pollakiurie à prédominance nocturne; il se lève sept à huit fois. Le jour, urine toutes les deux heures. Dès la première hématurie, il entre à l'hôpital de Trévoux : pendant ce séjour, les hématuries se reproduisent avec les mêmes caractères pendant quatre jours, pour disparaître. Pendant trois jours, seule, la pollakiurie existe, puis les hématuries réapparaissent, puis cessent à nouveau.

A l'entrée, le 17 janvier 1922. — Le malade n'a plus d'hématurie depuis quatre jours.

Mictions : le jour toutes les deux heures; cette nuit, ne s'est levé qu'une fois. Après la miction, sensation de douleur dans l'hypogastre.

Urines : 1.500 cmc.; aspect uniformément troubles; pas de dépôt; pas de traces microscopiques de sang.

Recueillies à la sonde : urines troubles et petits caillots de sang rutilants.

Reins : ne sont pas perçus. Vessie : pas de globe vésical.

Toucher rectal : prostate de volume et de consistance normal; vésicules un peu injectées au suif, surtout la vésicule gauche; à ce point, légère douleur.

Cystoscopie : uretère droit normal; uretère gauche légèrement rouge avec caillots juxtaposés. Muqueuse normale.

20 janvier 1922. — Cathétérisme des deux uretères : à droite, l'urine coule immédiatement jaune et claire; à gauche, paraît plus pâle. Inoculation des urines, du rein droit et gauche.

Examen des urines totales : pas de microbes; quelques rares cellules de desquamation.

3 février 1922. — Toucher rectal : même constatation. Le malade sort avec un traitement.



Vesiculographic. (P... Alphonse. Observation III.)

CHAPITRE III

Valeur curative du Traitement.

Il nous faut tout d'abord préciser ce qu'il faut entendre par guérison d'une vésiculite chronique. Nous dirons qu'il y a guérison :

Quand toutes les réactions morbides à point de départ vésiculaire auront disparu ;

Quand, au toucher rectal, on constatera l'absence de douleur et de toute induration au niveau de la vésicule ;

Enfin, quand, par le massage, on ne ramènera plus de liquide vésiculaire infecté et suppuré.

Pour pouvoir admettre que l'inflammation des vésicules a bien cédé, la guérison doit de maintenir pendant une durée de six mois.

Voyons maintenant quelle est la valeur curative du traitement conservateur et du traitement chirurgical :

TRAITEMENT CONSERVATEUR. — En présence d'un malade atteint de vésiculite chronique, il faudra toujours commencer la cure par le traitement conserva-

teur ; il suffit, dans bien des cas à amener la disparition des symptômes morbides ;

Le massage rectal, pratiqué d'une manière prudente, constitue un moyen de traitement très efficace ; sous son influence et en utilisant parallèlement des instillations et d'autres procédés accessoires, on voit disparaître :

Des gouttes chroniques qui avaient résisté à tous les traitements uréthraux ;

L'irritabilité vésicale et les cystites légères, avec urines troubles, à point de départ vésiculaire, cèdent sous l'influence de ce traitement ;

Les symptômes douloureux souvent s'amendent ;

Contre les symptômes nerveux et les neurasthénies, le traitement médical ne peut être qu'un moyen suggestif ; néanmoins, il ne faudra pas le négliger ;

Dans les manifestations rhumatismales articulaires et autres, ces moyens nous paraissent inefficaces ; il est indubitable que, dans ces cas, qui supposent une vésicule profondément infectée, l'expression mécanique de son contenu ne puisse suffir ; il faut aller porter au niveau de ces foyers infectés des antiseptiques particuliers ; la vasotomie est indiquée.

La cause principale qui nous paraît devoir mettre en échec le traitement conservateur, et nous entendons par là le massage principalement, est l'obstruction des canaux éjaculateurs. Devant l'impossibilité dans laquelle on est de vider cette vésicule, devant son exclusion ainsi réalisée, le massage nous laisse impuissant ; il faut recourir à des moyens d'action plus directs.

Les résultats que le traitement médical a pu nous donner sur quatre malades dont nous publions les observations, ne sont pas très significatifs ; nous n'avons, en effet pas toujours vu les symptômes morbides disparaître sous son influence. Notre malade de l'observation VI a vu sa goutte chronique diminuer notablement ; celui de l'observation VII a eu son suintement urétral chronique tari définitivement.

De l'échec relatif de ce traitement conservateur nous en concluons qu'il n'est qu'un moyen premier de traitement, qui ne doit pas être négligé, mais qu'il faut souvent tenter plus.

TRAITEMENT CHIRURGICAL. — Marion disait que le traitement chirurgical devait dériver de l'échec du traitement conservateur ; cette formule est bonne comme directive générale, mais elle est trop absolue.

Nous dirions plus volontiers qu'après un essai loyal du traitement médical, si les symptômes ne s'amendent pas, on doit songer tout d'abord à la vasotomie ; cette intervention ne doit pas être considérée comme un traitement à employer en dernier ressort.

La vasotomie. — La vasotomie n'est pas une panacée pour tous les types d'infection vésiculaire ; si elle est très effective dans tous les cas d'infection du type gonococcique, où elle donne des résultats très satisfaisants, elle est de valeur douteuse, au contraire, dans les cas anciens où d'autres variétés se sont superposées à l'infection gonococcique et où de grosses modifications pathologiques sont survenues dans la vésiculite.

Certains auteurs objectent que l'incision du déférent peut amener l'obstruction ou le rétrécissement de celui-ci. Notre inexpérience ne nous permet pas de répondre à cette question ; nous n'avons vu, en effet, personnellement, que deux cas de vasotomie ; aussi nous en rapportons-nous aux Américains qui ont pratiqué cette opération un nombre de fois considérable. Pour Belfield, qui a fait 149 vasotomies, le rétrécissement ne serait pas à craindre. Herbst, qui a eu 104 vasotomies est un peu moins affirmatif. Ces deux auteurs n'auraient vu que 5 cas de rétrécissements des éjaculateurs ; c'est une faible proportion : il vaut d'ailleurs peut-être mieux être infécond qu'infectant.

D'après les statistiques américaines, la *méthode guérirait 67 o/o des vésiculites à gonocoques.*

Sur nos deux malades des observations III et IV, chez lesquels on a fait des lavages des vésicules au collargol ; l'un de ces cas est encore trop récent, le malade est l'heure actuelle encore à l'hôpital, pour pouvoir apprécier la méthode ; l'autre malade (observation IV) a vu presque tous ses symptômes s'atténuer en partie, bien qu'à sa sortie de l'hôpital, c'est-à-dire quinze jours après son dernier lavage, il présentait encore des gonocoques.

Luys, chez deux malades dont le sperme était infecté par le gonocoque avait, quinze jours après l'opération, une désinfection complète de la vésicule ; dans cinq cas où le lavage fut pratiqué contre des éléments douloureux, on eut la sédation de ces phénomènes ; enfin, dans un cas de vasotomie pour puru-

lence des urines, on enregistra un résultat satisfaisant.

Nous croyons donc devoir conclure que *la vasotomie reste un moyen d'action très efficace dans les infections vésiculaires à type gonococcique.*

Vésiculotomie et vésiculectomie. — On a accueilli assez mal jusqu'ici les tendances interventionnistes des Américains qui ont étudié spécialement les spermatoeystites. Si ces auteurs sont allés parfois un peu loin, nous croyons néanmoins que nous pouvons tirer de leur grande expérience des interventions sanglantes pour vésiculite, pas mal d'enseignements.

La vésiculotomie et l'ectomie, sans rester des opérations exceptionnelles, ne doivent être pratiquées que lorsque et le traitement vésicale et la vasotomie correctement exécutée n'ont pas amené la disparition des symptômes morbides.

Nous pensons aussi, avec Marion, que l'on doit se montrer très prudent dans les interventions à proposer dans les cas d'impuissance et de neurasthénie.

Ces réserves faites, voyons les résultats opératoires. Si nous en croyons les Américains (Fuller, 245 opérations), (Cunningham, 194), (Squier, 58), la vésiculotomie donnerait de très bons résultats.

Passons rapidement en revue les divers groupes de symptômes et voyons quels ont été les résultats : Nous citons les statistiques américaines :

Groupe urinaire. — Fuller, sur 47 vésiculotomies pour symptômes urinaires (écoulement urétral, irri-

tabilité vésicale, cystite légère) aurait eu 38 guérisons, 5 améliorations, 2 échecs, 2 résultats non spécifiés.

Cuninngham, sur 35 interventions pour vésiculite et prostatite, aurait eu 17 vésiculotomisés très améliorés et les 18 autres auraient eu besoin d'un traitement post-opératoire pour parfaire la cure.

Les 2 opérations de Geraghty donnent deux guérisons complètes.

Notre malade de l'observation I a vu, après vésiculotomie, ses urines redevenir claires, celui de l'observation II a été guéri de sa cystite et de sa pollakiurie.

La vésiculotomie et l'ectomie semblent bien guérir bon nombre d'irritabilités vésicales et des cystites observées au cours de la vésiculite chronique.

Groupe génital. — Les Américains, avec Fuller, ont essayé de combattre, par la vésiculotomie les impotences constatées dans les spamatocystites chroniques. Fuller, sur 25 cas publiés aurait eu 15 guérisons, 9 améliorations, 1 échec. Cuninngham ne partage pas cette opinion.

Groupe des nerveux et des neurasthéniques: — Fuller a combattu par la vésiculotomie les sujets atteints de dépression et de mélancolie.

Sur 25 vésiculectomies pratiquées, il aurait eu 11 guérisons, 7 améliorations, 4 échecs.

C'est assurément le groupe le plus ingrat ; l'intervention ne doit agir que comme moyen suggestif puissant.

Groupe des rhumatisants. — Fuller, ici encore, a

lutté par la vésiculotomie contre les réactions et les affections articulaires subaiguës consécutives à des vésiculites chroniques post-blennorrhagiques ; enthousiasmé, cet auteur a vésiculotomisé bon nombre de maladies présentant des réactions articulaires sans antécédent blennorrhagique.

Fuller, sur 126 vésiculotomies intervint 45 fois pour des manifestations articulaires accompagnant la vésiculite. Sur 34 de ces vésiculotomies, il a eu 25 guérisons, 4 cas améliorés et 7 cas améliorés, mais qui récidivèrent rapidement. Les statistiques de cet auteur donnent après la vésiculotomie, 80 o/o de cas libres de tout symptômes articulaire. Sur les 20 o/o restant, la vésiculotomie, pratiquée pour rhumatisme chronique, donne des améliorations, mais pas de guérisons.

Cuningham, sur 128 vésiculectomies partielles pour manifestations rhumatismales, enregistre, dans 18 cas, pour manifestations articulaires sévères avec ulcération et lésions destructives intra-articulaires, des améliorations pour tous et quelques guérisons. Les 110 vésiculectomies restantes n'avaient pas de lésions articulaires destructives ; on a 110 guérisons.

Squier s'est élevé, avec juste raison, contre Fuller, pour qui la vésiculotomie peut guérir toutes les formes de rhumatismes.

Nous en concluons que seuls doivent être vésiculotomisés les malades qui présentent des symptômes qui ont résisté à tous les traitements antérieurs (massage, puis vasotomie).

La vésiculotomie et l'ectomie partielle semblent bien donner des résultats dans les troubles urinaires (écoulement chronique persistant, hémospermie, cystite) et aussi dans les manifestations rhumatismales post-blennorrhagiques. Sur les autres manifestations rhumatismales, elles donnent peut-être des résultats, mais généralement la récurrence se produit.

Contre les troubles génitaux (impotence) et mentaux, ces interventions paraissent des moyens ingrats. Ces impotences sont d'ordre souvent psychique et il nous semble que chez un sujet jeune qui, au cours d'une vésiculite, a vu baisser, puis disparaître sa puissance sexuelle, c'est beaucoup s'engager que de lui proposer une intervention.

CONCLUSIONS

I. — La vésiculite chronique non tuberculeuse est plus fréquente que cela n'a été admis jusqu'à présent.

Il convient de la rechercher spécialement chez tous les anciens blennorrhagiques présentant encore des symptômes.

II. — Les symptômes sont d'ordre très divers, tels que l'écoulement chronique, les troubles sexuels, les douleurs locales ou irradiées, les rhumatismes articulaires, musculaires ou osseux.

III. — Lorsque ces symptômes résistent aux méthodes ordinaires de traitement, une thérapeutique spéciale doit être dirigée contre la vésiculite ; elle consistera, suivant les cas, en lavage des vésicules, vasotomie, vésiculotomie ou vésiculectomie.

IV. — La vasotomie permet sûrement de faire passer jusque dans la vésicule les liquides antiseptiques ; des radiographies l'ont prouvé.

La vésiculotomie s'adresse aux grosses vésicules suppurées.

La vésiculectomie aux formes hypertrophiques et sans adhérences trop accentuées.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

D. GAYET.

Vu :

LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon le 28 Novembre 1922.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
J. CAVALIER.



BIBLIOGRAPHIE

- ALLEN (W). — Seminal vésiculitis (*Boston Medical surgery Journal*, vol.CXXXIV, 18 juin 1896).
- DE BERNE-LAGARDE. — Les vésiculites blennorrhagiques (*L'Hôpital*, N° 67, mars 1922).
- BURCKER (Georges). — De la vaso-vésiculectomie par voie inguinale (*Thèse*, Paris, 1910).
- BELFIELD (W.). — Société des chirurgiens urologues américains, 23 juin 1905 (in *Annales des Maladies des organo-urinaires*, 1905, p. 1.556).
- La ponction du déférent dans la gonorrhée aiguë (*The Journal of the Am. Med. Association*, vol. LXXIV, N° 3, 17 janvier 1920).
- CORMER (Charles). — Traitement du rhumatisme par les injections intraveineuses de soufre colloïdal (*Thèse Montpellier*, 1915).
- CHUTTE. — *Medical Record*, 7 novembre 1903.
- CLINTON R. SMITH. — De la vésiculite chronique blennorrhagique : ses relations avec l'urétrite et l'épididymite récidivantes (*The Urologic and Cutaneous Review*, N° 3, mars 1920, p. 123, 132).
- COLOMBINI (P.). — *Giornale ital. delle mal. venerie et della pelle*, 1896.
- COMBES (P.). — Diagnostic et traitement du rhumatisme blennorrhagique (*LaClinique*, 6 août 1909).
- DESNOS et POUSSON. — Encyclopédie d'Urologie.
- DURGEUX, TANT et BERNARD. — Chimiothérapie arsénicale dans les complications de la blennorrhagie (*Bruxelles Médical*, N° 1, 1920).

- FAURE BEAULIEU. — La Septicémie gonococcique (*Thèse Paris*, 1906).
- FRANÇOIS (Jules). — Les vésiculites chroniques non tuberculeuses (*Annales de la Société belge d'Urologie*. Séance du 25 juin 1921, Année 1920-1921, N° 3).
- FIOLLE (J. et P.). — La chirurgie des vésicules séminales (2 février 1912, chez Masson, Paris).
- LE FUR. — La Spermatocystite chronique (*Annales des Malad. des organes génito-urinaires*, 1905).
- GOSSELIN. — Mémoire sur l'oblitération des voies spermaticques (*Archives de Médecine*, 1857).
- GUYON (F.). — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, Paris, 1885.
- GUELLIOT (Octave). — Des vésicules séminales (*Thèse Paris*, 1882).
- HESS (E.-F.). — Modifications de la vasotomie (*Journal of the American Medical Association*, 16 mai 1920).
- HERBST et TOMPSONS. — Vastomy (*Illinois Med. Journ.*, t. XXXVIII, 1920).
- JOBARD (Pierre). — Des voies d'accès sur les voies spermaticques profondes (*Thèse*, Lyon, 1920).
- JANET. — Traitement de la blennorrhagie aux armées et à l'intérieur (18^e Session de l'Association française d'Urologie, Paris, octobre 1918).
- LESPINASSE (V.-D.). — Traitement local pour vésiculite; description de quelques nouvelles méthodes (*Journal of Urology*, juin 1920).
- LEGUEU. — Traité chirurgical d'Urologie, Paris 1910.
- LUYS (G.). — Traité de la blennorrhagie et de ses complications (Paris, 1914).
- Pour désinfecter les vésicules séminales, il faut les laver (*La Clinique*, N° 1, janvier 1922).
- LEBRETON. — La gonococcie est-elle curable? (*Revue de Médecine*, 39^e année, mars 1922, p. 166).
- MALÉCOT (Achille). — De la spermatorrhée (*Thèse*, Paris, 1884).
- MARION. — Traité d'Urologie.
- De la signification des vésiculites chroniques chez les prostatiques (in *Journal d'Urologie Méd. et Ch.*, tome IX, N° 1, janvier 1901).

- Noguès. — Vésiculite pseudo-membraneuse à colibacille (*Annales des Maladies des organes génito-urin.*, 1897).
- OBERLAENDER et A. KOLLMANN. — La blennorrhagie chronique et ses complications, traduit par D.-C. Lepoutre.
- POUSSON. — Du dyspermatisme (*Annales des malad. des org. génito-urinaires*, 1899, vol. IV).
- PICHON (R.). — De l'état des vésicules séminales chez les prostatiques (*Thèse de Lyon*, 1900).
- PASTEAU. — Recherches anatomiques sur les vésicules séminales (22^e Congrès Ass. fr. Ur. Paris, octobre 1922, (in *Gazette des Hôpitaux*, 7 et 9 novembre 1922).
- RELIQUET. — Œuvres complètes, par A. Guepin, Paris, 1895.
- REYNES (H.). — Des vésiculites (*Annales des Malad. des org. génito-urinaires*, 1910).
- RENAULT Alex. — Maladies blennorrhagiques des voies génito-urinaires.
- REYNOLDS (R.-L.). — Le massage bi-manuel dans la vésiculite séminale (in *Journal d'Urologie Méd. et Chir.*, septembre 1922).
- VELKER. — Chirurgie der Samenblasen (Stuttgart, 1912).
- WINFIELDS AYRES. — De la vésiculite (*New-Yk Medical and Surgery Journal*, 14 mai 1898, p.678).
- WOLBARST. — Communication à la Société urologique de New-York, 8 décembre 1920).
-

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	7
Historique.....	10
Première partie :	
Chapitre premier. — Etiologie.....	12
Chapitre II. — Anatomie pathologique.....	17
Chapitre III. — Symptomatologie.....	22
Chapitre IV. — Diagnostic.....	37
Deuxième partie :	
Chapitre premier. — Traitement.....	48
Chapitre II. — Observations inédites.....	64
Chapitre III. — Valeur curative du traitement ..	78
Conclusions	86
Bibliographie.....	88



21611



