



UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 111

DE

L'ÉPIDIDYMECTOMIE

DANS LA TUBERCULOSE DE L'ÉPIDIDYME



THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Mention " MÉDECINE "

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 19 janvier 1923

PAR

Miloch ALÉXITCH

Né à STARI-FOUTOG (Serbie) le 17 janvier 1895.

Examineurs de la Thèse

MM. CHAVANNAZ, professeur.....	<i>Président.</i>
PRINCETEAU, professeur.....	} <i>Juges.</i>
ROCHER, agrégé.....	
DUVERGEY, agrégé.....	

BORDEAUX

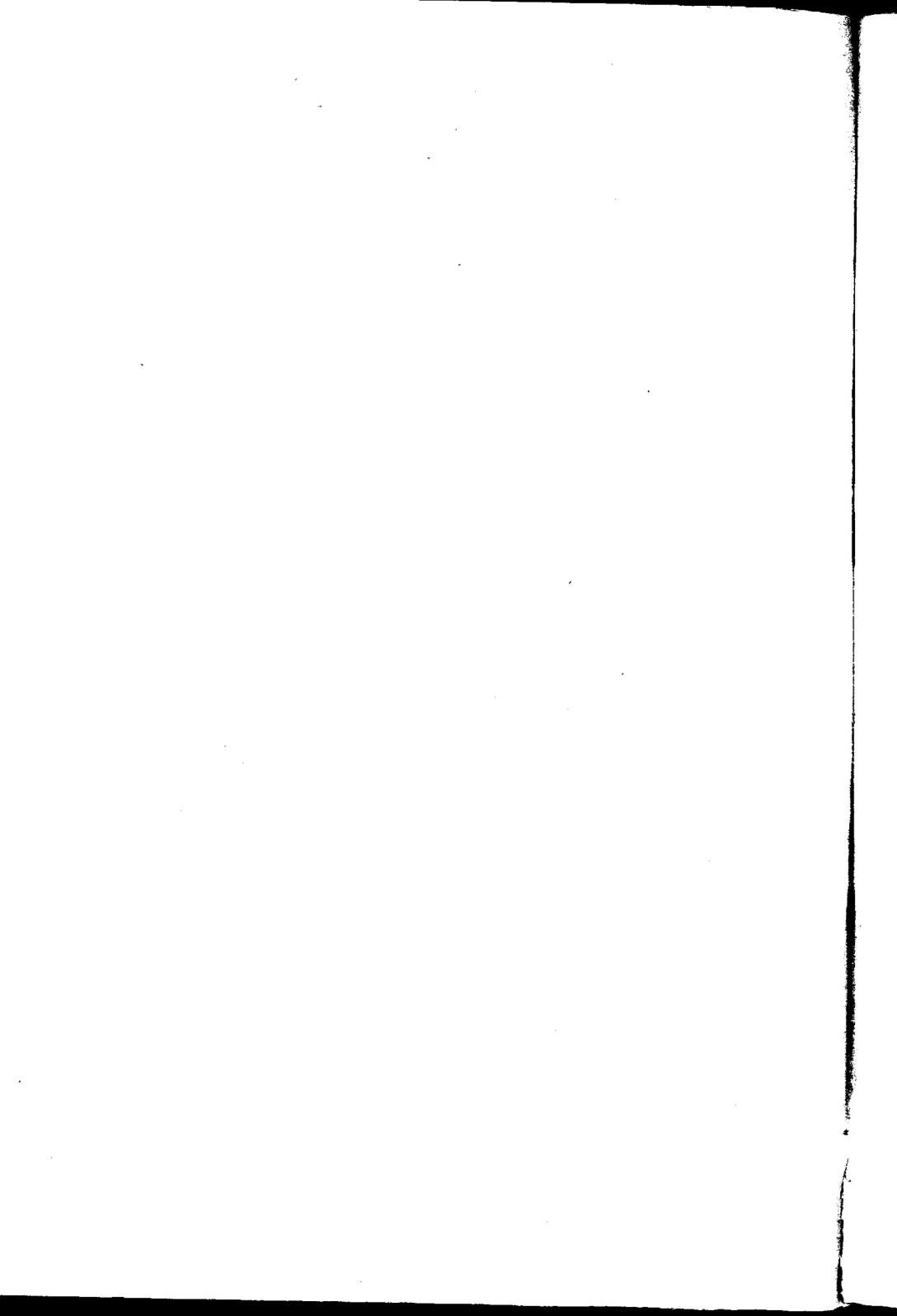
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

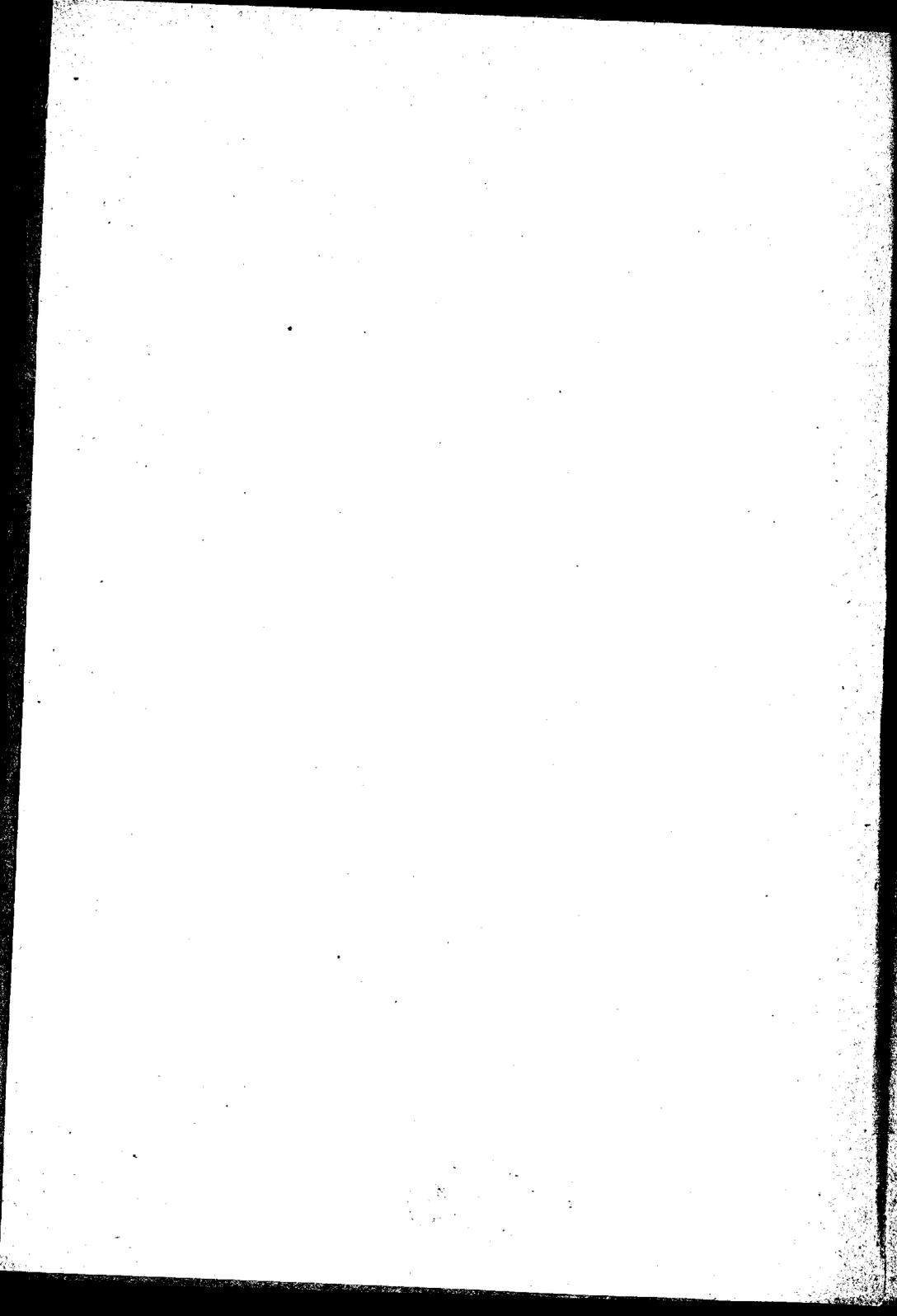
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1923









UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 111

DE

L'ÉPIDIDYMECTOMIE

DANS LA TUBERCULOSE DE L'ÉPIDIDYME



THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Mention " MÉDECINE "

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 19 janvier 1923

PAR

Miloch ALÉXITCH

Né à STARI-FOUTOG (Serbie) le 17 janvier 1895.



Examinateurs de la Thèse

}	MM. CHAVANNAZ, professeur.....	<i>Président.</i>	
	PRINCETEAU, professeur....	}	<i>Juges.</i>
	ROCHER, agrégé.....		
	DUVERGEY, agrégé.....		

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1923



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	ARNOZAN.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophthalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..	DENUCÉ.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUGHET.	Clinique gynécologique.....	BÉGOUIN.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants..	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	PICQUE.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
Physiologie.....	PAGNON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	W. DUBREUILH.
Hygiène.....	AUGHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires...	POUSSON.
Médecine légale et déontologie.....	VERGER.	Clinique des maladies nerveuses et mentales..	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale	BERGONTÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MAURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — GUYOT (Pathologie externe). — LABAT (Pharmacie).
 CARLES (Thérapeutique et pharmacologie). — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	N. N.	Médecine générale.....	GREYX.
Histologie.....	LACOSTE (charge).	id.....	MICHELEAU.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Médecine légale.....	LANDE.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS (charge).	Chirurgie générale.....	ROCHER.
id.....	N.	id.....	DUVERGEY.
Physique biologique et médicale.....	RECHOU.	id.....	PAPIN.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophthalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Pharmacie.....	N.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALLÉ.	Puériculture.....	ANDÉRODIAS.
Médecine opératoire.....	VENOT.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Chimie.....	RANGIER.
Ophthalmologie.....	CABANNES.	Pathologie interne.....	GREYX.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
 Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

Faible témoignage de ma reconnaissance
pour les énormes sacrifices qu'ils se sont
imposés.

A MA GRAND'MÈRE RAKILA ALÉXITCH

A MON ONCLE DOUCHAN GRÉGOROVITCH

INSPECTEUR DES CHEMINS DE FER A BELGRADE

Faible témoignage de ma profonde recon-
naissance pour le dévouement à l'égard de
toute ma famille.

A TOUS LES AUTRES MEMBRES DE MA FAMILLE

A MES CAMARADES DE GUERRE MORTS POUR LA PATRIE

Respectueux hommage à leur mémoire.

A LA SERBIE, MA MÈRE PATRIE
ET A LA FRANCE, MA SECONDE PATRIE

Aléxitch



A MON AMI BIEN ESTIMÉ
MONSIEUR LE DOCTEUR PRINCETEAU
INTERNE DES HÔPITAUX

AU PÈRE ET AU FILS VARACHAUD

En témoignage de ma profonde reconnaissance.

A TOUS MES CAMARADES FRANÇAIS

A MES FRÈRES D'ARMES
YOVAN DIMITRIYÉVITCH ET ATANASSIYÉ KRSTITCH
ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

A MES CAMARADES
NAOUMOVITCH, J. MILOCHÉVITCH ET BELI

En souvenir de notre camaraderie.

A LA FAMILLE E. CLERC

Qui a remplacé la mienne dans mon exil
et mon séjour en France.

AUX FAMILLES VALERAUX, DAUZIÉ ET BRUGEROLLE

Reconnaissance pour le bien qu'elles m'ont
fait.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX
DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUVERGEY

*Professeur agrégé à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

MON CHER MAÎTRE,

Acceptez le témoignage de ma profonde reconnaissance pour l'enseignement empreint d'une si grande sympathie dont j'ai profité à vos côtés.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. CHAVANNAZ

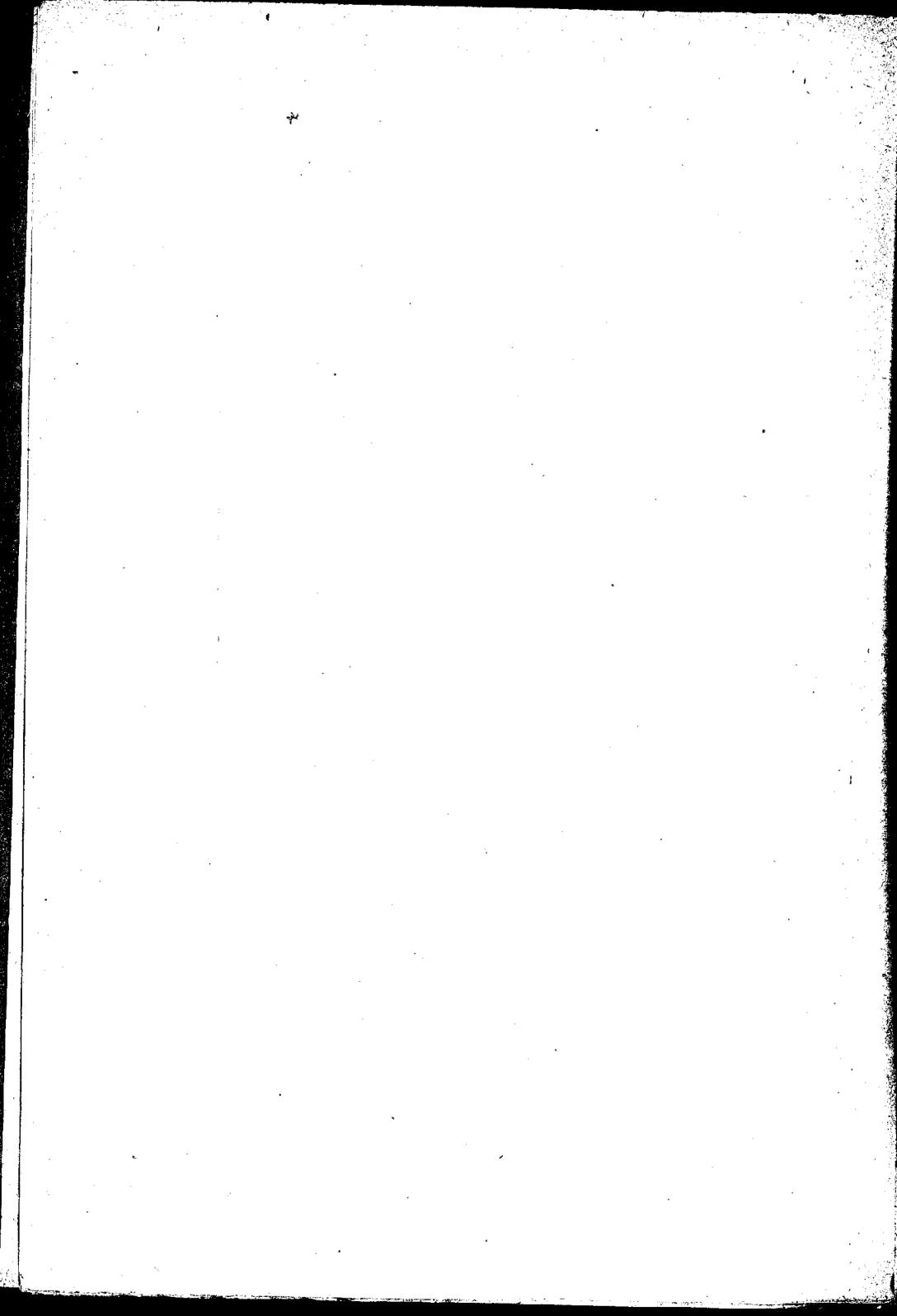
*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui nous a prodigué au cours de ses leçons magistrales son enseignement clinique. Il nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse; qu'il trouve ici l'expression de notre gratitude et de notre respectueux hommage.

AVANT-PROPOS

Avant de quitter la Faculté de Bordeaux, que nos mattres bien estimés nous permettent de leur adresser notre reconnaissance profonde pour les leçons magistrales et leurs bienveillants conseils.

C'est surtout chez M. le professeur Chavannaz que nous avons étudié la chirurgie. Qu'il nous permette de le remercier de l'aimable accueil que nous avons reçu dans son service et de l'honneur qu'il nous a fait en présidant notre thèse. Qu'il nous soit permis d'adresser l'hommage de notre reconnaissance à M. le professeur agrégé Duvergey, dont la bienveillance a bien voulu nous guider sur ce sujet et nous fournir les moyens de l'approfondir.



DE

L'ÉPIDIDYMECTOMIE

DANS LA TUBERCULOSE DE L'ÉPIDIDYME

INTRODUCTION

Dans ce travail, nous n'avons l'intention d'envisager que le traitement chirurgical conservateur de la tuberculose génitale. Mais il nous paraît nécessaire de rappeler brièvement auparavant quelques notions sur l'anatomie pathologique et l'évolution de la tuberculose génitale. Tout d'abord, on sait que les lésions débutent indifféremment sur la tête ou sur la queue de l'épididyme ou même ailleurs. Classiquement, on divise en deux catégories les malades atteints de cette affection :

a) Dans la première classe, nous admettrons les malades qui présentent des noyaux isolés ou réunis, durs, qui forment des bosselures et qui siègent d'habitude à la tête ou à la queue de l'épididyme. Dans cette classe, nous avons donc les malades qui présentent les tubercules encore crus et chez lesquels la lésion est encore bien limitée sans adhérence avec la peau du scrotum;

b) Dans la seconde classe, nous rangerons les malades qui se présentent à nous avec des fistules qui siègent, en général, sur la partie postéro-inférieure des bourses, et par lesquelles s'écoule un pus grumeleux, mal lié. Ou bien, si nos malades ne sont pas encore à ce stade, ils présentent des bosselures fluctuantes, mal limitées, qui contiennent de la matière caséifiée avec adhérence à la peau du scrotum ; ils sont donc à la période de suppuration. Voici comment se présente à nous une épидидymite tuberculeuse :

L'épididyme est augmenté de volume, recouvre le testicule, la vaginale est épaisse, sillonnée de vaisseaux, elle est cloisonnée et souvent, dans ses alvéoles, nous trouvons un peu ou beaucoup de liquide épanché. Très souvent le testicule est atteint en même temps, mais jamais sans qu'il y ait des lésions déjà avancées de l'épididyme.

Le canal déférent est d'habitude induré, moniliforme, irrégulier.

Les vésicules séminales sont augmentées de volume également et sont bosselées.

La prostate est souvent atteinte et peut présenter des noyaux indurés.

Toutes ces lésions sont susceptibles de s'étendre, d'arriver à la période des fistules intarissables et même elles peuvent se généraliser, peuvent envahir surtout l'appareil urinaire, les poumons, le péritoine et les méninges.

CHAPITRE PREMIER

Indications et contre-indications dans l'épididymectomie.

En présence d'une tuberculose épидидymo-testiculaire, l'intervention chirurgicale n'est pas toujours nécessaire; au contraire, un bon nombre de ces lésions qui ne présentent, dès le début, qu'un petit noyau à la période de crudité et qui n'évolue pas, peuvent être traitées médicalement. En particulier, le traitement salin et les eaux chlorurées sodiques sont dans ce cas tout indiqués. Le traitement chirurgical reste un traitement d'exception. Grâce au traitement général, on voit les lésions rester stationnaires et avec le temps rétrocéder; sans doute, le noyau épидидymaire subit une transformation fibreuse, mais il ne disparaît pas. M. Legueu nous dit qu'il n'intervient pas dans la forme aiguë; il vaut mieux attendre en instituant le traitement antibacillaire. Respectons donc la forme aiguë.

Respectons également la forme torpide, qui n'a tendance ni à l'extension, ni au ramollissement, ni à la fistule.

Enfin, l'intervention sera toujours contre-indiquée dans le cas où le testicule et l'épididyme sont profondément touchés par la tuberculose coexistant avec la tuberculose pulmonaire, péritonéale ou généralisée.

Mais toutes les fois qu'il y a fistule, suppuration, l'intervention est tout indiquée.

En dehors des tuberculoses fistuleuses, toutes les fois que, malgré le traitement général, les lésions s'étendent, progressent, lorsque la tuméfaction épидидymaire s'accroît, lorsque la



tuméfaction devient gênante et douloureuse, intervenir sans hésitation.

Les lésions de la prostate constituent-elles une contre-indication?

Non, au contraire ; bien qu'elles ne soient pas atteintes directement par l'opération, elles sont plutôt améliorées par cette dernière ; elles n'ont d'ailleurs pas de tendance à s'accroître et à devenir fistuleuses et il est exceptionnel d'avoir à faire le grattage de la prostate et l'excision des foyers tuberculeux qui siègent dans celle-ci.

Quant aux lésions du canal déférent, une indication particulière s'ajoute au traitement général. Il faut les supprimer autant que possible, et M. Legueu enlève le plus possible du canal déférent, dépassant même les limites du canal inguinal, de manière à en enlever la plus grande partie possible.

Quant à l'opération elle-même, elle consiste dans la suppression de l'épididyme, dans le grattage et dans la destruction des foyers tuberculeux.

CHAPITRE II

Traitements autres que l'épididymectomie.

Parlons d'abord des traitements locaux, autres que l'épididymectomie, qui ont été employés dans la tuberculose épididymotesticulaire. On peut les diviser en :

- a) Procédés non sanglants ;
- b) Procédés sanglants.

A. Procédés non sanglants.

Ils comprennent :

- 1° Les révulsifs et les résolutifs ;
- 2° Les caustiques ;
- 3° Cautérisation ignée ;
- 4° Les injections intra et périnodulaires.

Comme révulsifs et résolutifs, on employait autrefois, soit la teinture d'iode, soit l'onguent mercuriel, soit l'emplâtre de Vigo. Ils étaient surtout indiqués dans la première période de l'évolution de la tuberculose génitale, la période de crudité des tubercules, mais ils sont abandonnés aujourd'hui.

A la période de ramollissement, on remplaçait les révulsifs et les résolutifs par des cataplasmes, et on attendait la suppuration.

Les caustiques ont eu aussi leurs partisans : ainsi Thiéry, en 1843, préconise la potasse caustique ; Bouisson, Boyer, Velpeau l'employaient également.

La cautérisation ignée vint remplacer les caustiques. Proposée par Velpeau en 1851, elle devint ensuite le traitement de choix pour Verneuil, qui évacuait les foyers d'abord et les cautérisait ensuite. Cette méthode est très longue. Dans les dernières années, ce procédé a été modifié par Reynier et Ish-Vall. Ces deux chirurgiens font lignipuncture profonde, qui a pour but de détruire les tissus tuberculeux jusque dans l'intérieur de l'épididyme.

Les injections intranodulaires des liquides antiseptiques avaient pour but de détruire sur place les agents infectieux et, à cet effet, Verneuil et Verchère préconisent les injections intranodulaires d'éther iodoformé à 10 p. 100. Reboul préconise le naphthol camphré. Enfin, Lannelongue a appliqué à la tuberculose épiddymo-testiculaire la méthode sclérogène, qui a pour but d'immobiliser les bacilles et de les rendre inertes. Dans ce but, le chlorure de zinc serait le plus efficace, mais d'après Dimitresco, ces injections seraient la plupart infidèles, elles demandent un temps assez long pour amener la guérison, puis, elles sont douloureuses, difficilement supportées par le malade, et enfin ce traitement constituerait une opération incomplète. Cependant notre éminent maître, M. le professeur Chavannaz, applique cette méthode sclérogène avec de très bons résultats. Voici comment il procède :

Il fait douze séances d'injections interstitielles au maximum avec une solution de chlorure de zinc à 1 p. 20, une injection tous les huit jours.

Si le malade présente une fistule, il fait plusieurs piqûres tout autour du trajet fistuleux et injecte quelques gouttes dans celui-ci.

Si le malade ne présente que des foyers indurés, sans fistules, il injecte tout autour du foyer 1 cc. de ladite solution, en retirant trois ou quatre fois l'aiguille, puis en repiquant dans un autre endroit, de sorte que 1 cc. de la solution est ainsi divisé en plusieurs petites doses pour chaque petite injection partielle. Avant de faire les injections, il passe une légère couche de teinture d'iode. A la suite de ces piqûres, le malade souffre dans les testicules et dans la région lombaire, et s'il souffre trop, il

lui fait une injection sous-cutanée de 1/2 cc. de solution de chlorhydrate de morphine à 1 p. 100.

Si après la piqûre le malade présente un peu d'inflammation de la région, il y applique des compresses chaudes. Le malade doit rester au lit pendant trois jours après chaque piqûre, et lorsqu'il se lève, il doit porter un suspensoir. Ce traitement demande deux ou trois mois de séjour à l'hôpital, et la guérison peut être amenée presque à coup sûr au bout de ce temps.

De la pratique de notre respecté mattre, M. le professeur Chavannaz, il résulte que tous les malades qu'il a traités par la méthode sclérogène ont guéri parfaitement. Seulement deux castrations dans sa pratique et au moins une de trop.

B. Procédés sanglants.

Ils comprennent :

1° La ligature et la section du cordon spermatique (proposées par Mauclair, mais qui ne sont pas très employées) ;

2° La castration ;

3° L'épididymectomie.

On a proposé la castration totale lorsque la tuberculose a profondément envahi le testicule, quand il existe des fistules et quand l'état général décline.

Il nous semble qu'elle n'est pas indiquée dans le cas dont nous nous occupons ici. Surtout étant données nos connaissances actuelles sur la fonction de sécrétion interne du testicule, nous savons qu'à la suite de la castration, il peut se produire plus tard, dans l'état mental du sujet opéré, des désordres irréparables qui peuvent le pousser même au suicide. Nous ne citerons pas les autres accidents causés par la castration.

CHAPITRE III

Épididymectomie.

Récemment, on a voulu appliquer l'excision simplement à l'épididyme et conserver la sécrétion interne du testicule; ces interventions, qui ont fourni quelques résultats suffisants dans l'épididymite tuberculeuse, consistent, soit dans le curettage des foyers épидидymaires, soit, ce qui est mieux, dans la résection de l'organe : l'épididymectomie.

L'épididymectomie, opération réglée et méthodique, a pris la première place, en France du moins, parmi les opérations partielles. Elle fut pratiquée par Malgaigne en 1851; puis par Bardenhauer en 1880, qui supprime l'épididyme avec conservation du testicule et des éléments du cordon. Ensuite elle fut vulgarisée par Villeneuve, Humbert, Schwartz, Lejars, Pujol et Legueu.

Avant de traiter la technique opératoire proprement dite, abordons la question de l'anesthésie régionale.

Autrefois, on employait l'anesthésie générale et l'anesthésie régionale aussi, suivant l'étendue de la lésion et l'état du malade. Actuellement, seule l'anesthésie régionale nous semble suffisante dans ces opérations partielles qui intéressent l'épididyme et le testicule.

Mon maître, M. le professeur agrégé Duvergey, procède de la façon suivante pour anesthésier la région génito-urinaire.

En premier lieu, il désinfecte le champ opératoire à l'essence pure de gomérol; il anesthésie ensuite le cordon, puis fait un anneau anesthésique sur la racine des bourses du côté opéré.

Pour l'anesthésie du cordon, il fait un « bouton » au niveau de l'anneau inguinal externe, à l'épine du pubis, en fixant de la main gauche le cordon sur le pubis, puis il pique l'aiguille à travers le cordon jusqu'au pubis, puis ramenant l'aiguille, il injecte 5 cc. de solution de syncaïne à 0,50 p. 100. Celle-ci infiltre le cordon, et pour s'assurer qu'il est imprégné de la solution anesthésique, il le pince à travers la peau entre le pouce et l'index et s'il n'est pas suffisamment anesthésié, il le soulève et l'injecte avec 5 cc. de la même solution. C'est le premier temps de l'anesthésie.

Dans le deuxième temps, il cherche avec l'index gauche l'anneau inguinal externe, y introduit l'aiguille de 6 à 7 centimètres et y injecte 10 cc. de solution de syncaïne à 0,50 p. 100. Ensuite il anesthésie les bourses en infiltrant d'abord la peau à leur racine par l'un des deux boutons pubiens qui ont servi pour l'anesthésie du cordon, puis il passe par le pli génito-crural, l'angle périnéo-scrotal, le pli génito-urinaire, le pli génito-crural du côté opposé, et ainsi il arrive au deuxième bouton pubien. Il injecte environ 50 cc. de solution anesthésique. L'injection sous-cutanée anesthésie seulement le scrotum ; le testicule est anesthésié par l'infiltration du cordon. Enfin la verge est anesthésiée en infiltrant sa racine et les corps caverneux par les mêmes boutons pubiens.

Nous pouvons diviser l'épididymectomie en deux méthodes opératoires :

- 1° Épididymectomie partielle ;
- 2° Épididymectomie totale.

A. Épididymectomie partielle.

Nous pratiquons l'épididymectomie partielle avec ou sans résection du canal déférent dans le cas d'un noyau tuberculeux de volume variable, qui siège soit à la tête, soit à la queue de l'épididyme, et voici comment nous procédons :

Précautions antiseptiques ordinaires, anesthésie régionale à la syncaïne (sol. à 0,50 p. 100), incision à la partie postéro-

inférieure du scrotum au niveau du foyer épидидymaire, si le canal déférent a été reconnu sain. Dans le cas contraire, l'incision est dirigée à la partie antéro-supérieure du scrotum et légèrement en dehors. La vaginale est ouverte et ses deux lèvres écartées par les pinces. Le testicule est ainsi mis à nu; on isole ensuite le noyau épидидymaire au bistouri en l'isolant avec soin des parties voisines. Si l'induration tuberculeuse de l'épididyme se prolonge sur l'origine du canal déférent, on commence par séparer et réséquer le bout supérieur du canal déférent, qu'on isolera de haut en bas, et on termine par la résection partielle de l'épididyme et de l'albuginée si elle y adhère. Dans le cas contraire, on les sépare en entaillant tout autour dans la substance testiculaire saine. Au cours de l'opération, il faut surtout porter une grande attention à ne pas léser les vaisseaux. L'hémorragie est généralement insignifiante pendant l'opération. Le testicule est remis en place et on ferme la cavité vaginale par un surjet au catgut. Suture des parties molles du scrotum au crin de Florence. Pansement aseptique.

B. Épидidymectomie totale.

Avec ou sans résection du canal déférent. Anesthésie régionale, incision à la partie antérieure du cordon spermatique jusqu'à la face antéro-supérieure du scrotum, sur une étendue de 7 centimètres. On découvre les éléments du cordon et du testicule. Isoler ensuite le canal déférent des vaisseaux qui l'entourent jusqu'au niveau de la queue de l'épididyme. S'il est malade, gros, induré, moniliforme, il faut le réséquer au delà de sa partie malade et au besoin même très haut au niveau de l'orifice de l'anneau inguinal interne en refoulant le péritoine.

Si le canal déférent est intact, n'y touchons pas. Ainsi dégagé, on le rabattra en bas jusqu'à la queue de l'épididyme qu'on décollera soigneusement du corps testiculaire en ayant soin de ne pas léser surtout les artères. L'hémorragie au cours de l'opération est presque nulle.

Si nous avons quelques doutes sur l'intégrité du testicule,

pratiquons une orchidotomie exploratrice pour nous assurer de l'état de la glande séminifère. Ensuite, suture de l'albuginée au catgut. Si la tunique vaginale présente certains points suspects, on l'enlève ou on résèque les parties atteintes et on procède ensuite à la suture en surjet de toutes les parties qui restent. Suture de la gaine du cordon et des parties superficielles du scrotum. Pansement aseptique.

Dans le cas où la lésion est bien limitée à l'épididyme, cette opération peut donner de très heureux résultats, même la guérison radicale, mais ces cas sont malheureusement peu nombreux pour encourager à pratiquer l'épididymectomie simple.

Villeneuve avait remarqué que l'épididymectomie laissait souvent après elle des fistules difficilement tarissables. Il pensa que ce fait était dû à ce que le canal déférent n'avait pas été coupé assez haut, bien qu'il eût paru indemne au niveau de la section. En effet, des observateurs ont trouvé que dans un endroit où il paraissait indemne, le raclage de sa partie interne ramenait des bacilles de Koch. Villeneuve supprime donc dans toutes ses interventions sur le testicule et l'épididyme la plus grande partie possible du canal déférent jusque dans le canal inguinal; il le dissèque, puis il agit par tractions lentes sur ledit canal jusqu'à ce que la rupture se produise et il est arrivé ainsi à enlever 40 centimètres de canal déférent avec une partie de la vésicule séminale (le fait est signalé dans la thèse de Platon).

Y a-t-il un inconvénient à supprimer le canal déférent aussi haut que possible ?

Nous ne le croyons pas. Qu'importe, en effet, de conserver une partie du canal déférent s'il existe entre le testicule et lui une solution de continuité? Nous croyons, au contraire, qu'il ne saurait y avoir que des avantages à retirer de l'emploi d'un pareil procédé.

L'œil même le plus expérimenté se trompe souvent à l'examen du canal déférent qui, cliniquement, paraît sain, alors qu'il contient des bacilles qui continueront à être pour l'organisme une source d'infection et qui amèneront la formation de ces

fistules si pénibles pour le malade. Donc, puisque l'organe devenu inutile ne saurait plus être que nuisible, il n'y a pas de contre-indication à l'emploi du procédé que M. Villeneuve a appelé : épидидymo-funiculectomie.

Poncet agissait de la façon suivante :

La vaginale ouverte, il en sort le testicule et commence par l'orchidotomie exploratrice. Sur le bord connexe antéro-inférieur qui ne présente pas de vaisseaux, il pratique une incision profonde. L'écoulement sanguin en nappe est vite arrêté. Après avoir constaté l'état de la glande, il agit s'il y a lésions suivant leur gravité, ou il pratique la castration si elle s'impose. Dans le cas où le testicule serait sain, il le renferme par une suture au catgut de l'albuginée.

M. Legueu a fait à un malade une double épидидymectomie (Observation publiée dans la thèse de Paris 1897-1898, Aaudebal : *De l'épididymectomie dans la tuberculose testiculaire*) : « Le malade était porteur de deux épидидymites tuberculeuses, non fistuleuses, datant de quelques mois ; les canaux déférents étaient pris des deux côtés ; quelques indurations dans la prostate et dans les vésicules séminales. L'état général était assez bon, satisfaisant. Le malade réclamait une opération ; on lui fait l'épididymectomie doublée avec résection, à droite comme à gauche, d'une bonne partie du canal déférent. Il guérit rapidement par première intention et il sortit de l'hôpital. Un jour, il revient voir M. Legueu, non par besoin, mais par reconnaissance, car il était satisfait de l'opération et de ses suites. La forme des parties est exactement conservée. Il était même impossible de juger du passé de ces organes et de dire ce qui leur manquait. Le malade a conservé des rapports conjugaux réguliers, fréquents ; il a retrouvé une énergie qu'il n'avait pas depuis longtemps. »

Le mode opératoire employé par M. Legueu chez ce malade était le suivant :

Le scrotum étant relevé sur l'abdomen, il fait sur le raphé postérieur une incision médiane et verticale qui conduit dans le tissu cellulaire sous-cutané. Par cette plaie, il aborde un

testicule en coupant toutes les enveloppes qui séparent le testicule de l'incision cutanée. Le testicule est énucléé. L'épididyme reconnu est enlevé au bistouri de la tête vers la queue par la section simple de ses connexions vasculaires et testiculaires. Le canal déférent est isolé dans toute la longueur de la portion indurée et enlevé. Au cours de cette opération, la vaginale est ouverte et le feuillet pariétal est enlevé complètement aux ciseaux. Le testicule ainsi isolé, et ne tenant plus que par les vaisseaux du cordon, est réintégré dans sa loge. On agit de même pour l'autre côté. Suture de la plaie du scrotum. Les trois points principaux de ce procédé sont :

- 1° Incision unique, médiane et postérieure ;
- 2° Ablation de l'épididyme tout entier avec résection du canal déférent ;
- 3° Ablation systématique du feuillet pariétal de la vaginale.

CHAPITRE IV

Tuberculose épидидymo-testiculaire chez les enfants.

Examinons comment cela se passe chez les enfants. A ce propos, je ne puis que bénéficier du travail de notre respecté et bien distingué maître, M. le professeur agrégé Rocher.

Dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, janvier 1904, M. Rocher nous dit que la tuberculose testiculaire chez les enfants est rare. Elle a été cependant observée chez l'enfant à tout âge et même à la naissance. Mais c'est surtout dans les premières années de la vie, de 2 à 7 ans, qu'elle se manifeste. Par sa forme, cette tuberculose est plutôt chronique, compatible avec un état général bon, se découvre accidentellement. La tuberculose génitale chez l'enfant, contrairement à ce qui se passe chez l'adulte, choisit assez souvent comme point d'inoculation primitif la glande testiculaire. Hutinel et Deschamps disent « que le testicule est plus souvent atteint que l'épididyme, et que les cas où l'épididyme seul est atteint sont un peu exceptionnels ». Les lésions testiculaires dans le cas où l'épididyme est pris aussi prédominent presque toujours sur celles de l'épididyme. En somme, « la tuberculose génitale chez l'enfant est surtout et très souvent une orchite, la tuberculose de l'adulte est le plus souvent une épидидymite ».

Généralement la tuberculose se localise sur un seul testicule, mais il n'est pas exceptionnel qu'elle atteigne les deux à la fois. Le testicule chez l'enfant peut être envahi tout comme chez l'adulte par les voies connues. Rocher, Lannelongue, Jullien,

Felizet, ont apporté des faits observés, où la tuberculose a débuté par la queue de l'épididyme et s'est propagée ensuite au corps d'Higmore. Elle ne débute pas comme chez l'adulte par le type presque toujours épididymaire, tête ou queue, mais très souvent par le corps d'Higmore et la périphérie testiculaire.

La tuberculose génitale infantile ne reste pas toujours cantonnée au testicule et à l'épididyme, mais elle peut se propager à distance par des voies différentes. Le bacille peut être transporté loin et se localiser secondairement dans le tissu spongieux des os, dans le poumon, dans la séreuse péritonéale. Très souvent elle reste stationnaire, sans que l'enfant souffre, sans que des modifications se produisent dans la tumeur tuberculeuse.

Mais un jour, les lésions peuvent subir la transformation fibreuse ou évoluer vers la suppuration. Généralement, lorsque la caséification se fait, l'abcès se forme rapidement à l'intérieur du testicule ou de l'épididyme. Cet abcès peut s'ouvrir à l'extérieur ou s'entourer d'une coque fibreuse et se résorber spontanément. Mais le plus souvent, l'abcès envahit le scrotum auquel il adhère et l'ulcère de telle sorte qu'il se fait une ou plusieurs petites fistules. Ces fistules peuvent se fermer définitivement, puis récidiver spontanément plusieurs mois après.

Mais si elles persistent, l'état général du malade s'altère et celui-ci risque de devenir un tuberculeux pulmonaire ou d'être victime de la tuberculose miliaire aiguë.

Les seules complications que l'on puisse observer sont : fongus bénin et la tuberculose généralisée.

Qu'allons-nous faire lorsque nous nous trouvons en présence de la tuberculose épididymo-testiculaire infantile ?

Nous pouvons diviser le traitement en deux procédés : un médical et un chirurgical, c'est-à-dire général et local.

Tous les chirurgiens sont d'accord sur le traitement médical : fortifier l'enfant pour le mettre en état de résister victorieusement au bacille. Lui donner une bonne alimentation, des toniques, des phosphates, de l'arsenic et des bains salés. Il faut surtout au petit malade un logement sain et bien aéré. Il ne lui faut pas de marche prolongée. L'altitude ou le voisinage de la

mer sont à conseiller, s'il n'y a pas coexistence de la tuberculose pulmonaire. En même temps, immobiliser les bourses. Il arrive qu'avec l'institution du seul traitement médical l'affection s'arrête dans son évolution et guérit.

Mais souvent il n'en est pas ainsi et on est obligé de recourir à la chirurgie; et que faire dans ce cas-là? M. Rocher nous dit ceci :

« La castration ne sera jamais pratiquée en cas de tuberculose épидидymaire infantile. Nous sommes partisan de la chirurgie conservatrice chez l'enfant, car nous savons que le pronostic des lésions par elles-mêmes n'est pas grave, et que les lésions rétrocedent facilement sous l'influence d'un traitement bien conduit. En admettant même que l'épididyme soit détruit partiellement et le canal déférent oblitéré, on ne doit pas sacrifier la glande. Dès que l'abcès a été diagnostiqué, ou lorsqu'une fistule existait déjà conduisant à un noyau dur épидидymaire, on a pratiqué la thermocautérisation plus ou moins profonde du foyer bacillaire, et lorsque le cas se présentait, on extirpait à la curette les masses caséeuses qui remplissaient la cavité de l'abcès. Il ne faut jamais intervenir si la tuberculose testiculaire est un épiphénomène au cours d'autres manifestations tuberculeuses, car toute intervention radicale est condamnée d'avance. Il faut se contenter de faire une opération de soulagement, le curetage suivi de cautérisation au thermo. »

Quelles sont les suites de l'affection? Les suites éloignées de l'affection ont été étudiées par Jullien; parfois il reste un testicule et un épидidyme à peu près normal, aussi volumineux que du côté sain.

Les lésions cutanées sont généralement réduites au minimum : une simple cicatrice, à peine visible, entre les plis du scrotum. Le pronostic est peu sérieux, tant que la lésion est encore locale.

CHAPITRE VI

Le but. — Suites immédiates et éloignées de l'épididymectomie.

L'épididymectomie, tout en restant curative, offre le grand avantage de conserver une glande saine. Avec la suppression de l'épididyme, il n'y a rien à craindre; le malade conserve sa sécrétion interne et l'opération peut se faire des deux côtés, s'il est besoin. Le malade conserve la forme extérieure, un fonctionnement suffisant et, avec cela, toute la satisfaction morale qui en résulte. L'épididymectomie serait donc l'opération de choix parmi les autres interventions partielles. Elle a pour but de conserver le testicule pour l'accomplissement de sa fonction de sécrétion interne et pour la conservation de la puissance génitale. Dimitresco cite même un cas où la puissance génitale a été augmentée. Dans sa thèse, sous le titre : *Conservation du désir et de la puissance génitale*, il nous dit ceci : « Du fait que la communication entre les testicules et le canal déférent est interrompue, la *facultas generandi* disparaît sans doute, mais le désir, de même que la *facultas coeundi*, persistent aussi longtemps que le testicule continue de sécréter. Ces malades peuvent coïter une ou deux fois par semaine au besoin. Les premiers temps après l'opération, l'instinct génital paraît même augmenté, mais il devient moins impérieux quelque temps après.

» Dans l'observation IX de la même thèse, après la résection du premier épидидyme, le malade coïte deux fois par semaine. Deux ans après, la résection du deuxième épидидyme est prati-

quée, et les désirs génésiques, qui avant l'opération avaient diminué, augmentent de nouveau après cette seconde opération. Donc, même après l'épididymectomie double, la puissance génitale est conservée. »

Le malade est satisfait de la présence de son testicule et de la conservation de son sens génésique et nous ne croyons pas qu'il y ait eu des observations des troubles psychiques post-opératoires.

A. Quelles sont les suites immédiates de l'épididymectomie ?

La plupart des chirurgiens pensent que les suites opératoires sont bonnes et simples, bien entendu si on a appliqué strictement toutes les règles de l'antisepsie.

La cicatrisation par première intention est la règle. Actuellement, il est tout à fait exceptionnel d'observer la suppuration post-opératoire, l'orchite inflammatoire tardive ou précoce et des fistules persistantes. En effet, ces cas ont été signalés par Bardenhauer, mais ne nous étonnons point, car il ne faut pas oublier que l'épididymectomie date depuis 1880, c'est-à-dire d'une époque où l'antisepsie n'existait pas.

La cicatrisation est rapide d'habitude ; au bout de huit à dix jours, on peut déjà enlever le fil. La cicatrice est un peu sensible au toucher. Au bout de quinze jours, le malade peut quitter l'hôpital. L'aspect extérieur des bourses est parfait et pour trouver la cicatrice, il faut la chercher dans les plis du scrotum.

B. Quelles sont les suites éloignées de l'épididymectomie ?

On peut trouver chez les malades opérés au bout d'un certain temps une récurrence locale, mais après une deuxième intervention tout rentre dans l'ordre et le malade peut être considéré comme guéri définitivement. Cependant, on peut rencontrer dans les

suites opératoires éloignées des accidents plus graves : nécrose testiculaire.

Quénu insiste sur les bons résultats qu'il a obtenus après l'intervention économique et, d'après lui, il n'y aurait pas beaucoup de récidives ou, s'il y a des récidives, ce sont des récidives, la plupart du temps partielles, facilement curables et qui surviennent chez ceux qui avaient des épидidymites tuberculeuses subaiguës.

D'ailleurs, quelle est la localisation tuberculeuse non susceptible d'une résorption ou d'une nouvelle suppuration, après que la cicatrisation semblait depuis des mois obtenue ?

C. Y a-t-il atrophie testiculaire post-opératoire ?

Il semble que l'atrophie testiculaire post-opératoire est une exception. On peut trouver, mais très rarement, une atrophie très légère (Obs. II). Elle ne devrait pas se produire à condition qu'on respecte les artères du cordon. On a vu, à la suite de l'absence congénitale du canal déférent, le testicule rester absolument normal. Cooper, Curling, Gosselin et plus récemment Legueu, en expérimentant sur des chiens, ont vu que l'atrophie survenait après la section des artères du cordon. Les autres expériences nous montrent que le testicule conserve son volume normal, le canal déférent ayant été sectionné, mais les artères étant respectées.

Que deviennent d'habitude les lésions de la prostate et des vésicules séminales chez les malades opérés ?

Chez les malades que mon maître, M. Duvergey, a opérés, nous avons pu constater que ces lésions ont diminué et qu'elles se sont améliorées.

CHAPITRE VII

Observations.

OBSERVATION I

Épididymite tuberculeuse. Épididymectomie subtotale avec dissection du canal déférent.

M... (Paul), âgé de 37 ans, a eu une pleurésie, en 1912, avec petit épanchement. A part cette affection, qui a guéri spontanément, pas d'autre maladie.

En mai 1914, il s'aperçoit que son testicule droit a augmenté de volume et, à ce moment, M. le Dr Duvergey, consulté, constate deux noyaux du volume d'une cerise dans la tête de l'épididyme. Ces noyaux sont durs et fluctuants. Légère hydrocèle dans la vaginale. Rien du côté du canal déférent. Rien au toucher rectal à la prostate ni aux vésicules séminales. Les urines sont claires, les mictions sont normales.

L'épididymectomie est proposée et exécutée le 18 mai 1914, sous anesthésie régionale par infiltration du cordon à la novocaïne à 0,50 p. 100.

Retournement de la vaginale, dans laquelle se trouve du liquide clair. Le testicule est sain. Les deux noyaux épididymaires sont constatés. L'épididymectomie est pratiquée à peu près subtotale, seule la queue est respectée, car elle est saine.

La dissection du canal déférent adhérent est un peu pénible.

Suites opératoires normales. L'examen histologique de l'épididyme enlevé a confirmé la lésion tuberculeuse. Guérison en vingt jours.

Le malade est parfaitement guéri en avril 1921.

Il a été mobilisé pendant la guerre, en 1917, dans le service auxiliaire en raison de ses antécédents.

OBSERVATION II

Épididymite tuberculeuse droite. Épididymectomie totale avec résection haute du canal déférent.

S... (Marcel), âgé de 25 ans, entre à la salle 10 *bis*, dans le service de M. le professeur agrégé Duvergey, le 23 février 1919, pour une tuberculose épидидymaire droite survenue sept mois auparavant. Sans antécédents.

A l'examen, épидидyme entièrement infiltré de nodosités. Un peu de liquide dans la vaginale. Le canal déférent est induré. Rien à la prostate ni aux vésicules séminales, ni à la vessie.

Le 4 mars 1919, épидидymectomie totale sous anesthésie régionale. Le testicule est sain. Le canal déférent est réséqué le plus haut possible au travers du canal inguinal préalablement incisé.

Suites opératoires normales. L'examen histologique a confirmé la lésion tuberculeuse. Le malade, guéri définitivement le 10 août 1919, sort. Il a été revu, en juin 1922, en parfait état. Le testicule droit est légèrement atrophié.

OBSERVATION III

Épididymite tuberculeuse. Épididymectomie totale avec résection du canal déférent sous anesthésie locale.

B... (Jean), âgé de 33 ans, entre dans le service de M. le professeur agrégé Duvergey, salle 10 *bis*, pour une tuberculose épидидymaire gauche, évoluant depuis quatre mois.

A été traité, en 1915, pour un mal de Pott, qui est actuellement guéri. Avait eu, en 1912, une pleurésie sérofibrineuse droite. Le 28 octobre 1921, on constate un léger épanchement dans la tunique vaginale gauche. L'épididyme gauche tout entier est envahi et bourré,

sur toute son étendue, de nodosités, particulièrement au niveau de sa queue. Le testicule paraît sain. Le canal déférent est volumineux, il est senti jusque dans la fosse iliaque interne. Rien à la prostate ni aux vésicules séminales. Rien non plus du côté des reins, ni de la vessie, ni du côté du testicule opposé.

Le 4 novembre 1921, sous anesthésie locale par une injection de 30 cc. d'une solution de syncaïne dans les éléments du cordon, l'épididymectomie totale est pratiquée par une incision inguinale avec la plus grande facilité. Le testicule est sain. Retournement de la vaginale. Résection du canal déférent jusque dans la fosse iliaque interne. Le malade n'a rien senti, cependant on lui donne quelques bouffées de kélène au moment où M. Duvergey attire le canal déférent par le canal inguinal. Suites opératoires normales. Aujourd'hui, le malade est complètement guéri et cicatrisé. L'examen histologique, pratiqué par M. le professeur Sabrazès, a montré qu'il s'agissait bien de tuberculose épидидymaire, étendue au canal déférent.

OBSERVATION IV

Tuberculose de la tête épидидymaire. Épидидymectomie partielle sous anesthésie locale.

M... (Pierre), âgé de 32 ans, entre, le 2 décembre 1921, pour une tuberculose de l'épididyme droit. Aucun antécédent intéressant. Apparition de la tumeur en octobre 1921. Le testicule droit est sain. Dans la tête de l'épididyme droit, on sent un noyau du volume d'une cerise et c'est tout. Le reste de l'épididyme est indemne. Le canal déférent est normal. Légère hydrocèle. Rien à la prostate ni aux vésicules séminales, pas plus que du côté de l'appareil urinaire et du testicule gauche.

Le 5 décembre, sous anesthésie locale par infiltration des éléments du cordon et par une incision inguinale, le noyau épидидymaire est enlevé sans aucune douleur de la tête épидидymaire. Le reste de l'épididyme est indemne, le testicule est sain. Retournement de la vaginale, drainage filiforme pendant quarante-huit heures. Guérison *per primam*. Aujourd'hui, le malade est complètement guéri et cicatrisé. L'examen histologique a confirmé le diagnostic clinique.

OBSERVATION V

Docteur BLANCHET.

Épididymite tuberculeuse. Épididymectomie avec résection basse du déférent.

Malade venu à la consultation des voies urinaires le 4 août 1921. Sujet espagnol, âgé de 33 ans, se présente avec une tuméfaction de la bourse droite, tuméfaction survenue depuis quatre ou cinq mois, paraît-il, et qui s'est développée progressivement sans douleurs vives et sans fièvre. Pas de blennorragie dans les antécédents, tendance à l'amaigrissement; cependant, état général encore bon.

A l'examen, on constate une collection fluctuante, adhérente à la peau par sa partie moyenne, dépendant manifestement de la queue de l'épididyme. Le reste de l'épididyme est gros, bosselé, le cordon de la région de l'aîne n'a pas augmenté de volume, le testicule est indemne et la prostate ne présente qu'un peu d'induration à la corne gauche, du côté de la vésicule séminale. Aucun autre symptôme morbide.

Le diagnostic d'épididymite, supposée d'origine bacillaire, est porté et comme la collection menace de s'ouvrir, une intervention est décidée. M. le professeur Duvergey, alors chef de service, a l'amabilité de nous confier le malade. On procède à une épididymectomie sous anesthésie locale qui devra être complétée par quelques bouffées de chlorure d'éthyle. On pratique ensuite l'ablation « en masse » de la collection adhérente à la queue de l'épididyme. Le cordon est sectionné à peu distance du testicule. Suites post-opératoires normales.

Revu quatre mois après, le malade présentait un état général amélioré; il était resté parfaitement guéri localement. Malheureusement, on ne put procéder à l'examen de la prostate.

OBSERVATION VI

Professeur agrégé PAPIN.

Épididymite bacillaire suppurée. Épididymectomie avec résection haute du canal déférent.

M... (Alexis), âgé de 26 ans, entre à l'hôpital en 1919. Comme antécédent personnel, oreillons sans orchite et paludisme. Il fait remonter le début de son affection au 4 février dernier. En une semaine environ, la bourse gauche, normale jusqu'alors, avait assez brusquement augmenté de volume pour atteindre les dimensions actuelles. Depuis, état stationnaire. A l'examen, très peu ou pas d'hydrocèle. La palpation donne les résultats suivants : le testicule est gros et mou, presque fluctuant, la tête de l'épididyme est indurée et douloureuse à la pression ; la queue de l'épididyme est noueuse, granuleuse, extrêmement dure, blindée et absolument indolente à la pression forte ; elle donne l'impression d'un testicule syphilitique et on l'a prise comme telle. Traitement antisiphilitique, pas de résultat. L'intervention est décidée.

On incise la vaginale, d'où il sort un peu de liquide citrin, et on tombe sur le testicule mou et très augmenté de volume. La tête de l'épididyme s'en détache facilement, mais le décollement est beaucoup plus facile du côté externe que par la face interne classique. On le fait donc par dehors, en basculant l'épididyme sur son bord interne. La tête se rompt et laisse échapper un pus fluide, d'apparence bacillaire, en assez grande quantité. Toute la face inférieure de l'épididyme étant libérée, la tête est attirée en dehors et en haut et on libère facilement la face interne du paquet vasculaire qui se rend au testicule. Amenant toujours l'épididyme en dehors, on enlève facilement le déférent du reste du cordon. Le déférent, normal cliniquement, est moniliforme. On prolonge l'incision jusqu'à l'orifice inguinal profond et on résèque le déférent en arrière de celui-ci. Dans les enveloppes des bourses, il y a un abcès contre la queue de l'épididyme, bourses réséquées. La tête est purulente, la queue indurée et

transformée en tissu fibreux. Suture, deux petits drains qu'on enlève quarante-huit heures après.

La guérison s'est produite après une légère suppuration et l'écartement de la suture scrotale. Le malade part chez lui et a été perdu de vue depuis.

OBSERVATION VII

Professeur agrégé PAPIN.

Épididymite bacillaire suppurée. Épididymectomie le 19 mars 1922.

G... (Georges), âgé de 22 ans, entré à l'hôpital en 1919. Comme antécédent : hydrocèle en 1918 qu'on a opérée. Six mois après, la bourse gauche a commencé d'augmenter de volume et a atteint progressivement sans douleur le volume d'un gros poing d'adulte. La palpation arrive à peu près à délimiter l'épididyme et le testicule ; la tête de l'épididyme est nettement fluctuante, très adhérente à la peau qui est très amincie et un peu rouge. Pas de douleur. Rien au cordon. On pose le diagnostic de bacillose avec des foyers kystiques. L'intervention est décidée. Dissection pénible après avoir reconnu les éléments du cordon, de la tumeur de l'épididyme. La partie kystique à laquelle reste adhérente la peau qu'on résèque est remplie d'un liquide sanguinolent, brun foncé ; sa surface intérieure est lisse, séreuse ; par un point fait issue, à l'intérieur, un fungus grisâtre qui vient ou de l'épididyme ou du testicule, car on sépare très difficilement les deux organes.

La poche kystique est réséquée. On essaie, pour éviter la castration, de séparer l'épididyme du testicule. Cette séparation aux ciseaux ne se fait pas sans difficulté. L'épididyme est finalement enlevé aux ciseaux, renfermant des parties kystiques et des parties transformées en un tissu grisâtre et suppuré. L'albuginée testiculaire est suturée. Les éléments du cordon ont été ménagés. Le testicule est remis dans sa bourse avec un point inférieur pour le fixer, le ligament scrotal ayant été sectionné. Suture au catgut des enveloppes avec un drain, suture cutanée (Cette opération a été pratiquée le 19 mars 1919).

Le 20 mars, température, 38 degrés, 38°4.

Le 21 mars, pansement, ablation du drain. Par pression, il s'écoule un peu de sang et des caillots. Le drain est remis. La température redevient ensuite normale.

Le 26 mars, on enlève le drain; par pression, on évacue un peu de pus et de tissu mortifié. On applique des compresses chaudes. La température est toujours normale.

Comme suites opératoires : guérison régulière. La suppuration persiste quelques semaines au niveau de la ligne de suture, mais la bourse diminue et redevient normale. Testicule normal.

Le 20 avril, le malade est à peu près guéri, sauf deux points qui ne se sont pas complètement cicatrisés.

OBSERVATION VIII

Professeur agrégé PAPIN.

Épididymite bacillaire suppurée. Épididymectomie avec résection du canal déférent dans le bassin (le 17 mai 1919).

V... (Louis), caporal au 95^e d'infanterie, âgé de 22 ans 1/2, entre à l'hôpital en 1919. Comme antécédents : pleurésie en 1918, qui survint après une période de toux. Autrement le malade était toujours bien portant. En janvier 1919, un mois après la pleurésie, apparition dans la bourse gauche d'une petite grosseur dure, douloureuse à la pression, qui a augmenté de volume quinze jours après. La peau du scrotum est rouge au niveau de la grosseur. Huit jours après, la grosseur siégeant au niveau de l'épididyme s'est ouverte et par l'ouverture il s'écoule un pus séreux, froid. Cette ouverture ou fistole siège sur la face externe de la bourse gauche, un peu en bas et en arrière. Très léger écoulement urétral, absolument clair, un peu filant (depuis dix jours). Aucun antécédent blennorragique. Pas de phénomènes pulmonaires. Au toucher rectal, la prostate et les vésicules séminales ne présentent aucune grosse altération. L'opération fut décidée : incision scroto-inguinale allant un peu au-dessus de l'orifice inguinal superficiel. Libération du cordon, incision de la fibreuse, séparation du canal déférent de vaisseaux, incision de la

vaginale, séparation de l'épididyme du testicule. La tête épидидymaire est absolument normale. La seule lésion existe au niveau de la queue de l'épididyme et de l'anse du canal déférent. On y trouve du tissu fibreux et quelques points jaunâtres comme têtes d'épingles. Mais les lésions des parties molles sont importantes. Au contact de la queue de l'épididyme, on trouve dans les enveloppes scrotales un gros abcès. Les lésions s'étendent dans les enveloppes vers le haut et en avant ; on trouve du pus en abondance au centre d'une grosse masse fibreuse.

On résèque toutes ces enveloppes, y compris la fistule. Après le changement de gants et d'instruments, incision du canal inguinal. Dissection du canal déférent, section des vaisseaux épigastriques. Un écarteur refoule le péritoine. Section dans le bassin, juste un peu au-dessus de la vésicule séminale du canal déférent, qui présentait dans son trajet pelvien quelques nodosités. Réfection du canal : cure radicale, cordon en arrière, reposition du testicule, suture scrotale, un petit drain. Le 20 juin 1919, le malade part guéri en bon état. Le malade n'a pas été vu depuis.



CONCLUSION

1. La tuberculose se localisant au début plus spécialement sur l'épididyme, l'épididymectomie, opération partielle, est logique.

2. Cependant, on doit s'abstenir à la période de crudité. Mettre les malades au traitement général de la tuberculose, car on sait que la tuberculose peut guérir spontanément. Mais si l'on intervient chirurgicalement à cette période, on doit avoir recours à une opération partielle : l'épididymectomie.

3. A la période de ramollissement, et surtout à la période des abcès et de fistules, on peut intervenir sans hésitation.

4. Lorsqu'on a affaire à une épидidymite tuberculeuse double, il semble que le procédé de M. Legueu soit le procédé de choix.

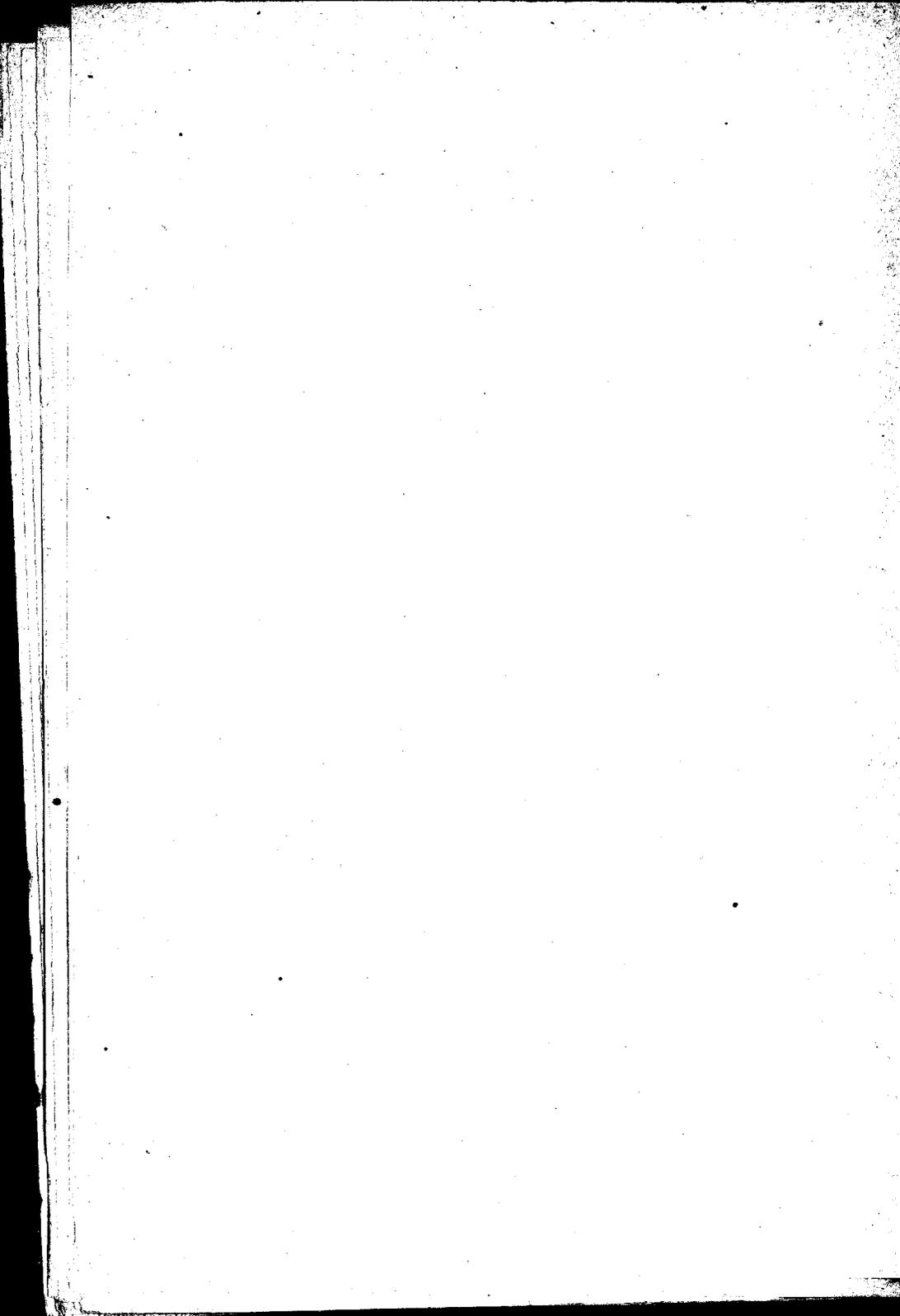
5. Pour obtenir de bons résultats, il faut que la tuberculose soit localisée à l'épididyme, ce dont on s'assure par l'examen minutieux du testicule (orchidotomie exploratrice).

6. En cas de doute, il faut enlever l'épididyme, et si le testicule est touché, essayer au thermocautère d'enlever le point suspect.

Vu : *Le Doyen,*
D^r C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
D^r G. CHAVANNAZ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 10 janvier 1923.
Pour le Recteur de l'Académie :
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
EMMANUEL FALLOT.



BIBLIOGRAPHIE

- LEGUEC. — Traité chirurgical d'urologie.
— Des opérations conservatrices dans la tuberculose testiculaire. *Revue internationale de médecine et de chirurgie*, 10 octobre 1899.
- AANDEBAL. — De l'épididymectomie dans la tuberculose testiculaire. Thèse de Paris, 1897-1898.
- DUVAL (Pierre), COSSET-LECÈNE et LENOMONT. — Précis de pathologie chirurgicale, t. III.
- ROPERS. — De la valeur comparée des traitements de la tuberculose testiculaire. Thèse de Bordeaux, 1900-1901.
- LONGUET. — Traitement chirurgical de la tuberculose génitale chez l'homme. *Revue de chirurgie*, t. XXI, 1900.
- LOZE. — Traitement conservateur de la tuberculose testiculaire. *Journal du praticien*, 1907, p. 105.
- BERTHELOT. — Résultats éloignés du traitement de la tuberculose testiculaire par les opérations économiques. Thèse de Paris, 1900-1901.
- QUÉNU. — *Gazette médicale de Paris*, 16 mai 1896.
- TILLAUX. — Traitement chirurgical de la tuberculose testiculaire.
- ROCHER. — Tuberculose testiculaire infantile. *Journal de médecine de Bordeaux*, janvier 1907.
- DUVERGEY. — De l'épididymectomie dans la tuberculose de l'épididyme, comparée aux autres méthodes de traitement. *Journal de médecine de Bordeaux*, 25 mars 1922.
- PAUCHET (Victor), SOURDAT (Paul) et LABAT (Gaston). — L'anesthésie régionale.
- POISSONNIER. — *Gazette des hôpitaux*.

- HUTINEL et DESCHAMPS. — La tuberculose testiculaire chez les enfants.
Archives générales de médecine, 1891.
- COOPER. — Traité des maladies du testicule.
- VILLENEUVE. — Tuberculose du testicule. Épидidymectomie.
- TILLAUX. — Traitement chirurgical de la tuberculose testiculaire,
3 juin 1896.
- DIMITRESCO. — Thèse de Paris, 1896-1897.
- ARNAL. — De la tuberculose du testicule et de ses divers traitements
chez l'adulte et chez l'enfant. Thèse de Lille, 1899-1900.



