Andrologie 2003, 13, N° 2 180-186

Alexis Boyer (1760-1833), éminent chirurgien et anatomiste.

La place de l'andrologie dans son œuvre. Varicocèle et hypospadias comme facteurs d'infécondité

Georges ANDROUTSOS

Histoire de la Médecine. Faculté de Médecine, Université d'Ioannina, Grèce

RESUME

Alexis BOYER, professeur de clinique chirurgicale à la Charité, premier chirurgien de Napoléon Ier, baron de l'empire, a laissé une œuvre écrite considérable qui comprend tous les domaines de la pathologie externe. Une grande partie de son œuvre traite de l'andrologie. L'étude des chapitres traitant du varicocèle et de l'hypospadias met en évidence le haut niveau de ses connaissances en matière d'andrologie, chose surprenante pour un chirurgien du 19e siècle.

Mots clés *: Boyer, chirurgien, anatomiste, andrologie, varicocèle, hypospadias, infécondité*

I. VIE ET CARRIERE

Alexis Boyer naquit le 1er mars 1757 à Uzerche (Limousin). Son éducation première fut trop négligée. Il entra comme petit clerc chez un notaire et devint, en même temps, l'assistant d'un chirurgien-barbier voisin, à l'activité duquel il s'intéressa davantage. Puis, il suivit au lit des malades un maître en chirurgie d'Uzerche, Antonin Cruveilhier.

Vers la fin de 1774, il se rendit à Paris afin d'y faire ses études de médecine. Il suivit les cours et fréquenta les salles d'anatomie où il démontra son habileté. En 1781, il obtint la médaille d'or à l'Ecole Pratique de la Faculté. L'année suivante, il fut nommé interne à la Charité*, où il eut pour maîtres Antoine Louis (1723-1792) et Pierre-Joseph Desault (1744-1796), chirurgien en chef et personnalité brillante. Il s'attacha à ce dernier, malgré la différence profonde qui séparait leurs deux natures, et le suivit de loin sans songer à l'imiter. En 1788, il fut attaché à ce même hôpital en qualité de chirurgien gagnant maîtrise. Il ne devait occuper ce poste que pendant cinq ans, plus tard, il y fut nommé à vie et continua à servir sous les ordres du grand chirurgien Joseph-François-Louis Deschamps (1740-1824). Résident et chirurgien à la Charité depuis 1792, il donna des cours d'anatomie. Ses cours n'eurent pas autant de succès que ceux d'Antoine Dubois (1756-1837), mais le traité qu'il publia fut accueilli avec faveur par les étudiants et demeura longtemps classique [10].

A la création des Ecoles de Santé (1795), il fut professeur adjoint de Raphaël-Bienvenu Sabatier (1732-1811) [1] pour la chaire de médecine opératoire. Cette même année, il travailla à l'Hôtel-Dieu comme médecin, puis comme professeur adjoint de Desault pour la première chaire de

Correspondance :

Dr Georges Androutsos - 1 rue Ipeirou, 10433, Athènes. Grèce - Fax 0030-2108235710 - Email paris48@otenet.gr

clinique chirurgicale (1795-1822). Il quitta bientôt son poste auprès de Sabatier pour la chaire de pathologie externe et c'est de cette époque que date sa réputation [2].

En 1801, avec ses confrères de la Charité Jean-Nicolas Corvisart (1755-1822) et Jean-Jacques Leroux des Tillets (1749-1832), il fondit une *Société d'Instruction Médicale*, «destinée à prolonger l'École de Médecine et n'admettant que des communications fondées sur des observations faites au lit des malades». En 1804, il fut nommé membre de l'équipe chirurgicale de l'Hôtel-Dieu et, peu après, il devint professeur de chirurgie à l'Ecole de Santé, où il obtint aussi la chaire de clinique chirurgicale. En 1807, il épousa Gabrielle-Adélaïde Tripot, dont il eut un fils et une fille.

Sa réputation augmenta grâce à son étroite association avec Napoléon Ier. Sur la présentation de son confrère Corvisart, il devint premier chirurgien de l'empereur (1805). En 1806 et 1807, il accompagna Napoléon dans les deux campagnes de la guerre de Prusse, mais la vie des camps ne convenait guère à ses habitudes paisibles et se hâta de revenir près de ses élèves et de reprendre le cours de sa vie régulière [4]. Après ces campagnes l'empereur lui donna le titre de baron d'Empire.

Souple et sans état d'âme, Boyer servit tous les régimes. Le soir de l'abdication de l'empereur, il aurait dit ces mots : «Je perds tout mais je lirai une page de Sénèque et je n'y penserai plus» [7]. Patriote enthousiaste, il prit part à la prise de Bastille avec les élèves du Collège de Chirurgie [5].

Après la chute de Napoléon, Boyer fut, successivement, chirurgien consultant des rois Louis XVIII, Charles X, et Louis-Philippe.

En 1817, il fut consulté par le gouvernement sur la question de la réorganisation de la médecine en France et rédigea à cette occasion un rapport.

Et les honneurs se succédèrent : Membre de l'Académie de Médecine, section de chirurgie (1820). Titulaire de la troisième chaire de clinique chirurgicale à la Charité (1823). Membre de l'Académie des Sciences (1825). Chirurgien en chef de la Charité (1825), poste qu'il conserva jusqu'à sa mort. Il s'éteignit le 25 novembre 1833 à Paris, après avoir traversé toutes les phases des révolutions françaises sans en ressentir le contre-coup [8].

II. QUALITÉS SCIENTIFIQUES ET PÉDAGOGIQUES

Boyer, opérateur sûr, prudent et réservé, n'affichait aucune prétention à l'élégance ; mais au lit du malade, il apportait dans les moindres détails ces soins minutieux dont il avait appris l'importance à l'école des chirurgiens du 19^{e} siècle. Infatigable au travail, conciencieux dans sa pratique comme dans son enseignement, d'une sincérité à toute épreuve, il était de ceux qu'on peut croire sur parole.

La pensée de faire école ne pouvait pas germer dans cet esprit modeste, ennemi des innovations et empreint d'une admiration religieuse pour ses devanciers. Il a eu le mérite de féconder ce qui avait été fait avant lui, de coordonner les conquêtes du passé et de les mettre à la portée de tout le monde. Comme professeur, il n'avait aucune des qualités brillantes qui attirent et passionnent la foule. Sa diction lente, monotone et sans animation, était pourtant correcte, claire et méthodique : il marchait droit à son but et cherchait à instruire et à convaincre plutôt qu'à éblouir et à charmer. Il a donné à ses élèves une instruction solide et des principes de droiture plus précieux encore, en leur montrant l'alliance trop rare d'une âme honnête, d'un beau talent et d'un beau caractère [6].

D'autres grands chirurgiens sont venus après lui qui n'ont pas laissé la même réputation de loyauté et de probité scientifique.

III. TRAVAUX SCIENTIFIQUES ET OUVRAGES

Boyer établit le premier de façon rigoureuse la pathogénie et le traitement rationnel de la fistule de l'anus. Il signala le rôle de la bourse séreuse située en avant de la membrane thyro-hyoïdienne dans la pathogénie du kyste sous-hyoïdien désigné sous le nom de *kyste de Boyer.*** Il décrivit le premier la *bourse séreuse de Boyer.* *** Il inventa des aiguilles de suture et modifia un appareillage d'extension des fractures du fémur. Il était opposé aux résections articulaires et considérait les abcès métastatiques comme primitifs et non secondaires.

On a de lui : 1) *Traité complet d'anatomie ou Description de toutes les parties du corps humain.* (1797-99). 2) Propositions *de chirurgie.* Thèse de doctorat. (1803). 3) *Traité complet d'anatomie ou description de toutes les parties du corps humain.* (1803). 4) *Traité des maladies chirurgicales.* (1816). 5) *Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent.* (1814-1826), 11 vol.

IV. LES MALADIES DES PARTIES GÉNITALES DE L'HOMME

Boyer distingue ces maladies en celles qui attaquent les enveloppes des testicules, les testicules eux-mêmes et le cordon spermatique, et en celles qui affectent la verge. C'est ainsi que Boyer procède à la classification suivante :

a) Des maladies des enveloppes du testicule : *Ces maladies sont, outre les plaies, l'inflammation, la gangrène et les ulcères, l'hydrocèle, l'hématocèle et le varicocèle.*

b) Des maladies des testicules : *Les principales maladies des testicules sont les plaies, l'inflammation, l'atrophie, l'engorgement chronique et le sarcocèle. Ces organes peuvent être attaqués par ces diverses maladies lorsqu'ils sont parvenus dans le scrotum ou lorsqu'ils sont encore dans le voisinage de l'anneau inguinal.*

c) Des vices de conformation et des maladies de la verge : *Les principaux vices de conformation de la verge sont l'imperforation du gland et celle du prépuce, le phimosis, le paraphimosis, l'hypospadias, l'hermaphrodisme et l'épispadias. La verge est sujette aux plaies, à l'inflammation, aux tumeurs, aux ulcères, aux excroissances, au cancer, à l'anévrisme des corps caverneux, aux tumeurs dures, nœuds ou ganglions des corps caverneux, etc.*

Parmi les chapitres andrologiques, nous avons choisi ceux qui traitent de l'hypospadias et de la varicocèle, afin que le lecteur puisse se faire une idée sur l'état des connaissances de deux affections qui affectent la fécondité masculine.

1. Hypospadias, épispadias, hermaphrodisme

Le mot grec «hypospadias», désigne un vice de conformation de la verge dans lequel l'orifice de l'urètre n'est pas directement à l'extrémité du gland. L'hypospadias se présente sous des aspects différents, qui permettent d'en distinguer trois espèces. Dans la première, l'urètre ne se prolonge pas jusqu'à l'extrémité du gland, mais se termine et s'ouvre à la racine du frein du prépuce, dans l'endroit qui correspond à la fosse naviculaire. Dans la seconde espèce, l'urètre est ouvert près de la naissance du scrotum, ou dans un point intérmédiaire entre cet endroit et le gland. Dans la troisième, le scrotum est divisé longitudinalement en manière de vulve, au fond de laquelle s'ouvre l'urètre.

La première espèce d'hypospadias n'est pas rare. L'urètre ne se continue point jusqu'à l'extrémité du gland qui est imperforé : il se termine à la fosse naviculaire, et s'ouvre à la partie inférieure du gland par un orifice ovale, dont la grandeur varie, mais qui est toujours assez large pour la sortie de l'urine et de la liqueur séminale. Cette ouverture est bordée d'une peau mince, sa circonférence ressemble à une cicatrice enfoncée, comme s'il y avait un ulcère en cet endroit : l'urine en sort par jet, qui se porte en avant lorsqu'on tient la verge relevée. Il y a quelquefois deux ouvertures, l'une à l'extrémité du gland, l'autre à la fosse naviculaire, mais elles ne communiquent point ensemble, et l'urine ne sort que par celle qui est à la base du gland. Le frein de la verge n'existe point, ainsi que la partie inférieure du prépuce qui lui correspond. Quelquefois le gland est un peu courbé en bas pendant l'érection, ce qui gêne la copulation sans l'empêcher absolument. Les hommes ainsi conformés ont été regardés par plusieurs auteurs, comme n'ayant pas la faculté de procréer des enfants ; mais l'expérience démontre le contraire. Fabrice d'Aquapendente, dit avoir connu des hommes qui ont rendu leurs femmes enceintes, quoiqu'ils eussent le bout du gland imperforé (De Chir. Oper., cap. 69). *On lit* (Ephémérides des Curieux de la nature, déc. an. 3, obs. 98, p. 135) *qu'un homme qui avait ce vice de conformation eut avec sa femme plusieurs enfants : des faits semblables ont été attestés par beaucoup d'autres auteurs.*

Cependant il faut convenir que cet état vicieux, en empêchant la liqueur séminale d'être portée directement vers le col de l'utérus, peut nuire à la faculté d'engendrer, si elle ne la détruit pas entièrement : mais l'obstacle qu'il peut y apporter n'est point assez grand pour autoriser les opérations qui ont été proposées pour le faire cesser. Les uns ont conseillé de percer le gland depuis son sommet jusqu'à la cavité de l'urètre avec une lancette, ou avec un trois-quarts ; de placer dans l'ouverture artificielle une canule qui y serait assujettie jusqu'à ce que les parois de cette ouverture fussent couvertes d'une cicatrice, et de travailler pendant ce temps à fermer celle qui est au-dessous du gland, en la cautérisant et la faisant suppurer. D'autres ont proposé de fendre le gland depuis l'ouverture de sa base jusqu'à son sommet, à une profondeur qui permette d'y placer une canule et de rapprocher le reste des bords de la plaie pour en obtenir la réunion.

Il suffit d'avoir indiqué ces projets d'opérations pour en faire sentir les inconvéniens et l'insuffisance : d'ailleurs leur inutilité est démontrée par l'exemple des personnes qui, nous l'avons dit plus haut, ont fait des enfants quoiqu'elles eussent le vice de conformation dont il s'agit. Cependant cette espèce d'hypospadias est quelquefois accompagnée d'une circonstance qui rend impropre à la génération : c'est la courbure de la verge en bas dans l'érection, soit que cette courbure dépende de l'adhérence de la verge au scrotum, soit qu'elle provienne de ce que l'urètre est moins long que le corps caverneux ; soit enfin qu'elle tienne à une organisation vicieuse de ce corps qui ne permet point aux cellules de sa partie inférieure de se remplir de sang et de se gonfler.

Quelle que soit la cause de cette courbure, l'art n'a aucun moyen d'y remédier, et le sujet est impuissant parce qu'il ne peut introduire la verge dans le vagin. Lorsque la courbure dépend de l'adhérence de la partie inférieure de la verge avec le scrotum, on pourrait croire qu'en coupant ces adhérences, il serait possible de redresser la verge ; mais J.-L. Petit rapporte un cas dans lequel cette opération fut faite sans succès. Pour qu'elle réussît, il faudrait que la verge restât en érection depuis le commencement jusqu'à la fin de la cure ; ce qui est impossible.

Au reste, il est probable que dans ce cas l'union de la verge avec le scrotum n'était pas la seule cause de la courbure de cet organe, puisque la verge, quoique exactement séparée du scrotum, conserva sa courbure et ne put jamais être redressée.

Dans la seconde espèce d'hypospadias, l'urètre s'ouvre à la partie inférieure de la verge, immédiatement devant le scrotum, ou dans un point intermédiaire entre cet endroit et la base du gland. La verge n'est jamais ni aussi longue, ni aussi grosse que dans l'état naturel, et cet organe est plus ou moins courbé en bas. On a vu un cas dans lequel il y avait à sa face inférieure, le long de l'urètre, deux ouvertures ayant des bords calleux, et qui se resseraient cependant comme des sphincters. L'une de ces ouvertures était voisine du gland et avait cinq ou six lignes de diamètre ; l'autre, qui était plus près du scrotum, était encore plus large. L'une et l'autre de ces ouvertures donnaient une libre issue à l'urine. Le gland était imperforé et l'extrémité de l'urètre bouchée par une espèce de membrane qui faisait une saillie naturelle, lorsque le sujet rendait l'urine par les deux ouvertures dont nous venons de parler. Dans cette espèce d'hypospadias le frein n'existe pas ; la partie inférieure du prépuce manque aussi ; ce qui existe de ce repli, ressemble au prépuce du clitoris : quelquefois même le prépuce n'existe pas du tout et le gland est complétement à découvert.

On observe un sillon ou espèce de gouttière qui s'étend depuis l'ouverture de l'urètre jusqu'au bout du gland. La largeur de cette gouttière varie : dans un cas elle était formée par la moitié supérieure de l'urètre. Sa surface était lisse et luisante. Lorsque le sujet de cette observation urinait en élevant un peu la verge,l'urine parcourait la gouttière avec rapidité et formait un jet à peu-près comme si cette gouttière eût été fermée ; en sorte que le jeune homme pouvait pisser contre un mur. L'influence de cette espèce d'hypospadias sur la faculté de faire des enfants est subordonnée à l'endroit de la verge où se trouve l'ouverture de l'urètre et à la profondeur de la gouttière qui la dépasse. Lorsque le point de la verge où est placé l'orifice externe de l'urètre entre suffisamment dans le vagin, et que la gouttière qui règne depuis cet orifice jusqu'à l'extrémité du gland a beaucoup de profondeur, ce vice de conformation ne peut pas être regardé comme un signe d'infécondité absolue, lorsque la verge est bien conformée d'ailleurs, et que dans l'érection elle acquiert la longeur et la grosseur convenables pour la copulation.

En effet, dans cet acte, la paroi inférieure du vagin s'appliquant contre la gouttière de l'urètre, forme d'un demi-canal un canal entier par lequel la matière prolifique est portée directement vers le col de la matrice. C'est de cette manière qu'on peut expliquer comment le jeune homme, dont nous avons parlé, put rendre enceinte une jeune femme avec laquelle il voulait se marier, et qu'il épousa en effet, lorsque sa grossesse fut confirmée. Mais lorsque l'ouverture de l'urètre occupe un endroit de la verge qui ne peut pas pénétrer dans le vagin, la fécondation est nécessairement impossible. Il est sans doute superflu de faire observer que la chirurgie ne peut rien contre ce vice de conformation.

Il n'en est pas de même d'un autre état de l'urètre qui a de l'analogie avec cette seconde espèce d'hypospadias, mais qui en diffère en ce que l'urètre qui est perforé au périnée, se continue jusqu'au bout du gland dont l'ouverture est fermée par une membrane. Ce vice de conformation est extrêmement rare. On n'en connaît d'autre exemple que le suivant : un nommé Schmit, âgé de 34 ans, portait depuis sa naissance une perforation de l'urètre située au périnée, et par laquelle sortaient l'urine et la semence. Le gland était imperforé. Pour reconnaître la nature de ce vice de conformation, on a introduisit par l'ouverture un stylet boutonné que l'on dirigea en arrière et que l'on fit pénétrer sans peine dans la vessie. Portant ensuite le même stylet dans la partie antérieure de l'urètre, l'instrument parvint jusqu'à l'extrémité du gland, qui était fermée par une membrane épaisse comme une pièce de vingt-quatre sous. Cet état de chose, bien reconnu, on se décida à opérer. Le malade fut mis dans la situation indiquée pour l'opération de la taille ; alors, à l'aide d'un stylet boutonné porté dans l'urètre, on souleva la membrane qui fermait le gland, et fit à cet endroit une ouverture semblable à celle qui doit naturellement exister. Fixant ensuite notre attention sur la division contre nature du périnée, on en aviva les bords, plaça dans la vessie une sonde d'argent en S, et tint les lèvres de la division rapprochées par une suture entortillée semblable à celle qui est en usage pour le bec-de-lièvre. Au bout de six jours la cicatrice parut achevée et les aiguilles furent ôtées. Mais la sonde qu'on avait laissé dans la vessie jusqu'à ce moment, n'en put être retirée sans de vives douleurs, et sans déchirer une partie de la cicatrice encore mal affermie. Des incrustations formées à l'extremité de la sonde avaient donné lieu à ces accidents. Une nouvelle sonde fut introduite, et avec le secours de deux saignées, d'une diète sévère, de l'usage de boissons délayantes nitrées, et des fomentations émollientes, la cicatrice se consolida complètement, et il ne restait d'autre désordre qu'un rétrécissement de l'urètre à l'endroit de la cicatrice ; rétrécissement qui céda avec le temps à l'usage des bougies.

Dans la troisième espèce d'hypospadias, le scrotum est partagé en deux parties égales, l'une à droite, l'autre à gauche, représentant assez bien les lèvres de la vulve ; mais en les écartant on ne voit aux deux côtés aucune inégalité, ni aucune des parties qui caractérisent le sexe de la femme, comme le clitoris, les nymphes, l'ouverture du vagin. A la partie inférieure de cette fente, près de l'anus, se trouve l'orifice de l'urètre ou le méat urinaire : l'urètre manque depuis cette ouverture jusqu'à l'extémité de la verge. Cette partie, située au-dessus du scrotum, est plus ou moins grande, bien ou mal configurée ; le gland est quelquefois bien conformé, mais imperforé, à peu près semblable à un clitoris d'un volume excessif. Le frein existe dans quelques-uns ainsi que le prépuce. On distingue ordinairement dans l'épaisseur de chacune des deux par-

ties en lesquelles le scrotum est divisé, le testicule dont le volume varie, et qui est plus ou moins près de l'anneau inguinal. L'excrétion de l'urine se fait comme chez les femmes. La plupart des individus qui naissent avec ce vice de conformation sont baptisés et élevés comme filles, et en portent les habits jusqu'au moment où commençant à éprouver les effets de leur qualité d'hommes, un examen plus attentif fait connaître leur sexe, mais que ce sont, si l'on peut ainsi parler, des hommes manqués. On les a pris quelquefois aussi pour des hermaphrodites. Mais on sait que les hermaphrodites proprement dits n'existent point. Jamais on n'a vu des individus dans l'espèce humaine avec les caractères distinctifs de l'un et de l'autre sexe, jouissant de la double faculté d'engendrer et de concevoir. Est-il nécessaire de dire que l'art ne peut nullement remédier à cette troisième espèce d'hypospadias, et que les sujets ainsi conformés sont inhabiles à la génération ?

Il est encore un autre vice de conformation beaucoup plus rare, dans lequel l'urètre au lieu d'être situé à la partie inférieure de la verge, comme dans l'état naturel, est au contraire sur le dos de cet organe, entre les deux corps caverneux. On trouve dans les auteurs plusieurs exemples de ce changement de place du canal de l'urètre. Ruysch (Thesaur. Anat. 31, Asser. 2, N° 22, pag. 16) *est, je crois, le premier qui l'ait observé. Dans la description anatomique qu'il donne des parties génitales d'un enfant, il dit : L'urètre, qui se trouve entre les deux corps caverneux, à la face inférieure de la verge, dans un sujet bien conformé, était situé sur le dos de cet organe. Saltzmann* (Act. Nat. Cur., T. 4, Obs. 65, pag. 249) *a vu ce vice de conformation chez un jeune homme âgé de vingt-deux ans. L'urètre s'ouvrait sur le dos de la verge : en sortant de dessous l'arcade des os pubis, il était entier et formait un conduit comme à l'ordinaire ; mais, après avoir franchi cette arcade, il dégénérait en une gouttière qui régnait sur toute la longueur de la verge, dans la rainure formée par l'adossement des deux corps caverneux, et se continuait sur la face supérieure du gland jusqu'à son sommet.*

La verge était plus courte, mais plus grosse que dans l'état naturel, et légèrement courbée en bas : les idées érotiques ne la faisaient presque point grossir. Le gland avait un volume considérable par rapport au reste du pénis ; il était presque divisé en deux par le prolongement de la surface cannelée en forme de rigole. L'urine ne sortait point par jet, avec impétuosité, mais elle coulait lentement dans cette gouttière sans diverger ni s'éparpiller. Saltzmann, consulté pour savoir si ce jeune homme pouvait se marier, jugea avec raison qu'il n'était pas propre à la procréation. Morgagni (De Sed. Et caus. Morb., Epist. 67, Art. 6) *rapporte un fait analogue; mais ici le demi-canal ne s'étendait que sur une partie du dos de la verge, vers sa base. Ce qu'il y avait encore de particulier, c'était la largeur de cette gouttière à son origine. D'après un examen superficiel, elle avait été prise pour la vulve d'une femme, et avait fait regarder cet individu comme un hermaphrodite. Chopart raconte, dans son «Traité des maladies des voies urinaires», qu'il a vu un garçon, âgé de dix ans, dont l'urètre était placé au-dessus des corps caverneux ; le canal s'ouvrait près de la symphise des pubis, et l'urine en sortait par jet du côté du ventre ; l'urètre, dans le reste de sa longueur, formait une gouttière rougeâtre qui se terminait sur une substance charnue en forme de gland aplati et fendu dans la moitié de son épaisseur.*

2. Varicocèle, cirsocèle, pneumatocèle

Les mots «varicocèle» et «cirsocèle» ont la même étymologie ; ils désignent l'un et l'autre une tumeur formée par des veines variqueuses. Cependant la plupart des auteurs ont attaché à ces deux mots une signification un peu différente : ils ont nommé varicocèle la dilatation des veines du scrotum, et cirsocèle la dilatation variqueuse de la veine spermatique et de ses rameaux. Mais les veines du scrotum sont si petites que leur dilatation variqueuse est difficile et très rare ; et lorsqu'elle a lieu indépendamment d'une maladie du testicule ou du cordon spermatique, elle est si peu considérable qu'elle ne cause aucune incommodité, et qu'on peut à peine la regarder comme une maladie. C'est donc presque toujours dans les veines du cordon spermatique qu'a lieu la dilatation dont il s'agit ; et lorsque cette dilatation est assez considérable pour pouvoir être regardée comme une maladie, on la désigne indifféremment par le nom de varicocèle, ou par celui de cirsocèle.

Le varicocèle peut exister dans tous les âges ; mais les jeunes gens y sont plus sujets que les adultes et les vieillards. On l'observe plus souvent du côté gauche que du côte droit, ce que l'on a attribué à la pression que les matières stercorales, accumulées dans la portion iliaque du colon, exercent sur les veines spermatiques gauches. Les causes ordinaires de cette maladie sont les efforts réitérés que font en allant à la garde-robe ceux qui sont habituellement constipés, la compression des veines spermatiques par des matières stercorales dures amassées dans les gros intestins, par des obstructions du bas-ventre, les contusions du cordon spermatique, sa compression par la pelote d'un bandage, et en général tout ce qui s'oppose au retour du sang. Mais comme ces causes ne produisent pas, chez tous les sujets qui sont exposés à leur action, la dilatation des veines spermatiques, il est infiniment probable que la principale cause de cette dilatation est une faiblesse particulière des parois des veines.

Lorsque le varicocèle ne fait encore que commencer, il ne se montre pas à l'extérieur par des signes apparents ; mais souvent une douleur aux reins, une sorte de pesanteur dans le scrotum et dans le cordon spermatique, des coliques fréquentes, un sentiment de fatigue après le plus léger exercice indiquent aux praticiens exercés le début de la maladie.

Au bout d'un temps plus ou moins long, le varicocèle se montre avec des signes non-équivoques. On distingue au-dessus du testicule une tumeur ordinairement noueuse, molle, pyramidale, dont la base se confond avec l'épididyme, et dont le sommet approche de l'anneau, ou même se perd dans cette ouverture. Cette tumeur disparaît en partie par la pression, par l'action du froid, par la position horizontale gardée quelque temps : elle est toujours plus volumineuse le soir que le matin. Cette affection est plus incommode que dangereuse : il est fort rare qu'elle donne lieu à des accidents graves. Cependant chez quelques malades le testicule diminue de volume et s'atrophie ; dans d'autres, il se ramollit, se désorganise ; la tumeur variqueuse acquiert un volume considérable, et l'opération de la castration devient indispensable.

Le diagnostic du varicocèle offre quelque obscurité dans le début : il en peut présenter encore lorsque la tumeur a acquis un volume considérable. Souvent en effet quand le scrotum est parvenu à une grosseur énorme, il est difficile de reconnaître l'état des parties.

Lorsqu'il se présente une tumeur de ce genre, on doit examiner d'abord si le mal occupe les deux côtés, ce qu'on reconnaît facilement à la vue et au toucher, parce que le raphé est incliné du côté malade, si le mal est borné à un côté ; au lieu qu'il reste à la partie moyenne s'il y a deux varicocèles à la fois. On passe ensuite à l'examen des testicules et des cordons en descendant de ceux-ci vers ceux-là, ou en remontant du testicule vers le cordon, selon que l'un ou l'autre est plus apparent, et l'on reconnaît s'ils ont le volume et la consistance qui leur sont naturels ou si l'un ou l'autre est altéré. En rapprochant des signes fournis par cet examen les circonstances commémoratives, on parvient presque toujours à distinguer le varicocèle des autres affections qui peuvent lui ressembler. Nous sommes ainsi arrivés à reconnaître une tumeur de ce genre chez un homme qui croyait avoir une hernie et qui portait un bandage depuis plusieurs années. Nous eûmes beaucoup de peine à le convaincre que sa tumeur n'était pas herniaire, et qu'il fallait cesser l'usage d'un moyen qui n'était propre qu'à aggraver sa maladie.

Le varicocèle est une maladie incurable. Les bains froids, les topiques astringents, toniques et résolutifs, diminuent momentanément le volume de la tumeur ; mais dès qu'on cesse leur usage, les veines se remplissent de nouveau et la tumeur reprend sa première grosseur. On doit donc s'attacher à borner les progrès du mal, et à en diminuer la gêne au moyen d'un suspensoir qui maintient le scrotum et les testicules relevés. On conseille au malade de prendre aussi souvent que ses occupations le lui permettront, la position horizontale. On combat la constipation par un régime convenable et par les lavements. On a conseillé, on a tenté même l'extirpation des veines dilatées ; mais cette opération, fort difficile à exécuter, n'a pas eu toujours des résultats heureux : la maladie d'ailleurs peut se reproduire. La castration serait un moyen sûr de guérir le varicocèle ; mais on ne doit se déterminer à cette opération que lors qu'il est compliqué d'une affection squirrheuse ou cancéreuse du testicule.

Plusieurs auteurs, tant anciens que modernes, ont décrit une tumeur du scrotum à laquelle ils ont donné le nom de «pneumatocèle», parce qu'ils ont cru qu'elle était formée par de l'air. Mais l'existence de cette maladie, à laquelle on dit que les enfants sont particulièrement sujets, n'est point encore démontrée par des faits bien constatés ni par des raisonnemens sans replique. Il est probable que la tumeur qui a été prise par les nourrices et par des personnes ignorantes, pour un pneumatocèle, n'était autre chose qu'une hernie intestinale, ou une hydrocèle de la tunique vaginale.

Notes

*La vie chirurgicale de Boyer s'est passée tout entière à la Charité. C'est là qu'il fit ses premières études, c'est là qu'il professa et qu'il vécut. A l'époque où il y fit modestement son entrée, cet hôpital était desservi par des moines séculiers qui pratiquaient les opérations sous les yeux d'un chirurgien en chef. Son premier maître et son premier ami fut le frère Potentien, religieux quelque peu charlatan, dont on vantait l'habileté dans l'opération de la fistule à l'anus. Boyer lui conserva une reconnaissance sincère et ne manquait jamais de le citer lorsqu'il pratiquait son opération favorite.

****Kyste de Boyer* : Dilatation kystique de la bourse séreuse située entre l'os hyoïde et la membrane thyro-hyoïdienne [9, p. 571].

**** Bourse séreuse de Boyer* ou *bursa retrohyoidea* : Bourse séreuse qui se développe dans le tissu cellulaire lâche séparant le ligament thyro-hyoïdien médian des éléments situés en avant de lui : face postérieure de l'os hyoïde, aponévrose cervicale moyenne et muscles thyro-hyoïdiens [9].

REFERENCES

1. ANDROUTSOS G. : Raphaël-Bienvenu Sabatier. Célèbre chirurgien et précurseur de l'urologie. *Progrès en Urologie*. 1998, 8: 113-120.
2. BINET L. : *Médecins, biologistes, chirurgiens*. Paris, SEGEP, 1954, 285 p.
3. BOYER A. : Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent. Migneret, Paris, 1814-1826, 11 vol., t. 9, pp. 108-118.

4. BUSQUET F. : *Les Biographies médicales.* Doin, Paris, 1929.

5. DIDOT A. : *Nouvelle biographie générale.* Masson, Paris, 1843.

6. DUBOIS F. : *Eloge de M. Boyer.* Mémoires de l'Académie de médecine, t. 17, 1853, pp. 29-38.

7. DUPONT M. : Dictionnaire historique des médecins. Larousse-Bordas, Paris, 1999, p. 101.

8. HUGUET F. : *Les professeurs de la faculté de médecine de Paris. Dictionnaire biographique 1794-1939.* CNRS, Paris, 1991, pp. 63-65.

9. MANUILA A. : Dict. français de Médecine et de Biologie. Masson, Paris, 1970, 4 vol., t. I, p. 424.

10. ROCHARD J. : Histoire de la chirurgie française au 19^{e} siècle. Baillière, Paris, 1875, pp 17-19.

ABSTRACT

Alexis Boyer (1760-1853), eminent surgeon and anatomist. The place of andrology in his works. Varicocele and hypospadias as factors of infertility

Georges ANDROUTSOS

Alexis Boyer, professor of clinical surgery at La Charité, first surgeon to Napoleon, baron of the empire, left a considerable volume of works devoted to all aspects of external pathology. A large part of his work deals with andrology. The chapters on varicocele and hypospadias illustrate the astonishingly high level of Boyer's knowledge in the fields of andrology and infertility.

Key-Words: *Boyer, surgeon, anatomist, andrology, varicocele, hypospadias, infertility*