

avant de former une tumeur massive, et respecte les ganglions. Entre un cancer de la prostate et une tumeur maligne de la paroi antérieure du rectum, l'hésitation est parfois possible surtout dans ces formes rares où l'obstruction intestinale prime tout symptôme. Dans les cas habituels, ce sont les troubles de la miction qui éclairent sur le siège prostatique de la néoplasie; l'index reconnaît d'ailleurs la souplesse et la liberté de la muqueuse rectale; la paroi est refoulée, non envahie.

**Traitement.** — Pour une tumeur limitée, la prostatectomie périnéale serait applicable; mais, à cette phase précoce, le diagnostic de nature est rarement posé.

## DIXIÈME PARTIE

### AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME

#### CHAPITRE PREMIER

#### AFFECTIONS DU TESTICULE

##### ARTICLE PREMIER

##### ANOMALIES DU TESTICULE

Les malformations du testicule portent, soit sur le développement de l'organe, soit sur sa migration. — De là, depuis le travail de LE DENTU, leur classement en deux groupes : 1<sup>o</sup> *anomalies de développement*, portant soit sur le *nombre*, soit sur le *volume* des testicules; 2<sup>o</sup> *anomalies de migration*, qui comprennent les *arrêts* anormaux de la glande en un point quelconque de son trajet (anomalies de situation), ou bien les *déviation*s de l'organe hors de sa route normale (anomalies de direction).

##### I. — ANOMALIES DE DÉVELOPPEMENT

1<sup>o</sup> *Anomalie de nombre.* — L'existence de testicules surnuméraires n'est établie, sauf peut-être le cas de BLASIUS, par aucun fait probant : cette prétendue *polyorchidie* répond ordinairement à la présence de kystes du cordon que leur dureté et leur forme font confondre avec un testicule. — L'absence



d'un testicule (monorchidie), ou des deux (anorchidie) est un fait anatomique démontré, mais rare : en 1868, GRUBER ne pouvait relever que vingt-trois cas d'anorchidie unilatérale, et sept d'anorchidie bilatérale; en général, il s'agit plutôt de *cryptorchidie*, c'est-à-dire d'arrêt du testicule dans son trajet intra-abdominal.

2° *Anomalies de volume*. — On constate assez souvent une *hypertrophie* compensatrice de l'un des testicules, lorsque son congénère est atrophié, non descendu ou absent. L'*atrophie* de la glande est très fréquemment acquise; l'atrophie congénitale, par arrêt de développement, s'observe d'une façon à peu près constante dans toutes les formes d'ectopie testiculaire.

## II. — ANOMALIES DE MIGRATION : ECTOPIES TESTICULAIRES

Le testicule se développe en pleine cavité abdominale, à droite et à gauche de la colonne lombaire, à côté des reins. Vers la fin du troisième mois, abandonnant les lombes, il descend, en traversant la fosse iliaque, jusqu'à l'orifice inguinal interne, où il arrive vers le sixième mois. Puis, il entre dans le canal inguinal, et le parcourt : en général, il est arrivé dans le scrotum avant la fin de la vie fœtale.

Donc, le testicule occupe, dans sa descente, trois positions différentes. Il est successivement : 1° *intra-abdominal*; 2° *iliaque*; 3° *intra-inguinal*. — Supposons le testicule arrêté à l'une de ces trois étapes; il en peut résulter trois variétés d'ectopies : abdominale, iliaque ou inguinale, qui répondent à une *migration incomplète*. — La migration est *défectueuse*, lorsque le testicule, dévié du trajet qu'il parcourt normalement, se déplace et se porte, soit sous la paroi de l'abdomen (ectopie abdominale), soit vers la racine de la cuisse (ectopie crurale), soit au périnée (ectopie périnéale).

**Étiologie et pathogénie.** — Est-il une condition anatomique ou physiologique qui explique les vices de migration du testicule, et surtout son arrêt à l'une des étapes de sa descente ?

Depuis le mémoire de GODARD, le rôle prépondérant dans

la descente du testicule, et par conséquent, dans les anomalies de cette migration, a été attribué au gubernaculum testis. Adaptant à l'interprétation des faits cliniques l'hypothèse de CURLING sur l'action propre de chacun des trois faisceaux de cet appareil musculaire, GODARD a établi un ingénieux schéma. Si le gubernaculum manque complètement, le testicule reste dans l'abdomen. Si le faisceau externe, celui qui s'insère au ligament de POUPART et qui dirige la glande dans l'intérieur du canal inguinal, existe seul, le testicule pénétrera dans le canal, mais n'ira pas plus loin et il se produira une ectopie inguinale. Si le faisceau moyen qui, normalement, s'insère au fond du scrotum et y conduit le testicule, va se terminer à la peau, soit au niveau du pli scuro-scrotal, soit au périnée, il en résultera une ectopie crurale ou périnéale.

Mais cette spécialisation motrice des divers faisceaux gubernaculaires n'est qu'une vue de l'esprit : la puissance contractile, attribuée théoriquement aux deux faisceaux périphériques du gubernaculum, excède leur valeur anatomique; elle est, de plus, un paradoxe physiologique, puisque ces deux faisceaux, externe et pubien, ont épuisé leur rôle quand l'organe se trouve amené à la hauteur de leur insertion inférieure, précisément à l'entrée du canal inguinal qu'il faut franchir.

Il faut donc abandonner la conception de la migration active, de l'abaissement du testicule par contraction de l'appareil musculaire du gouvernail.

Une notion reste : c'est l'entraînement de l'épididyme et du testicule à travers la paroi abdominale et jusqu'au fond des bourses, par l'intermédiaire du gubernaculum. — Comment se fait cet entraînement et comment expliquer les anomalies qu'il présente ? La question est d'ordre anatomique et se ramène, en somme, au problème, si controversé, de la migration du testicule et de la formation simultanée du processus péritonéo-vaginal.

Prenons le testicule dans sa position lombaire : de son pôle inférieur jusqu'à la région inguinale, s'étend un pli du péritoine contenant des fibres lisses; c'est le *ligament inguinal* de KÖLLIKER, ou *gubernaculum* de HUNTER. Or, au niveau de l'orifice



abdominal du trajet inguinal, l'extrémité inférieure de ce ligament gubernaculaire vient plonger dans un cordon cellulaire dense, bien étudié par SOULIÉ, qui occupe toute la longueur du futur canal inguinal, fait saillie au niveau de l'orifice inguinal externe, à travers l'aponévrose du grand oblique perforée dès le début, et se perd dans le tissu muqueux qui se trouve à l'intérieur des bourses. — C'est précisément ce cordon cellulaire qui va être l'agent de l'abaissement du testicule, en entraînant, par sa rétraction progressive vers le fond de la poche scrotale et par le raccourcissement qui en résulte, le ligament inguinal et, avec lui, le péritoine qui adhère à la base de ce ligament (ce qui crée le canal péritonéo-vaginal), et le testicule qui lui est rattaché par son pôle inférieur : c'est donc une triple remorque qui s'effectue par son intermédiaire.

Tout dépend dès lors des longueurs relatives de ces deux parties : 1° le ligament gubernaculaire ; 2° le cordon cellulaire, c'est-à-dire la distance de haut en bas qui mesure l'effacement de ce dernier. — Si la longueur du gubernaculum (depuis le pôle inférieur du testicule jusqu'à l'orifice inguinal interne) est plus courte que la distance qui sépare cet orifice du fond des bourses (longueur qui répond au cordon cellulaire disparu), le testicule, entraîné par le gubernaculum, pénètre dans le trajet inguinal et descend vers le scrotum. — Supposons, au contraire, que la première longueur soit plus grande que la seconde, il arrive que le canal péritonéo-vaginal se forme sur tout ou partie de son trajet avant que le testicule ait été abaissé au-dessous de l'orifice inguinal externe ou qu'il n'ait accompli tout son parcours scrotal. — Pour maintenir la comparaison, la situation variable du testicule dépend de la longueur de la remorque : plus l'attache est longue, plus il reste à distance de son point d'amarre, représenté par le fond du scrotum (fig. 200).

Cette explication embryogénique vise la cause essentielle (encore obscure et discutable) de la vicieuse migration de l'organe. Mais des causes secondes interviennent, qu'il convient de citer. Le testicule peut rencontrer des obstacles dans les plans musculaires et fibreux de la paroi, soit au niveau du petit oblique et du transverse, soit à la hauteur du plan aponé-

vrotique du grand oblique : ces malformations des piliers et du trajet inguinal nous paraissent jouer un rôle peu contestable dans certains cas. — Un bandage herniaire est souvent la cause de l'arrêt définitif : il faut savoir que des enfants naissent avec le testicule dans le trajet ou à l'anneau, et que la glande des-

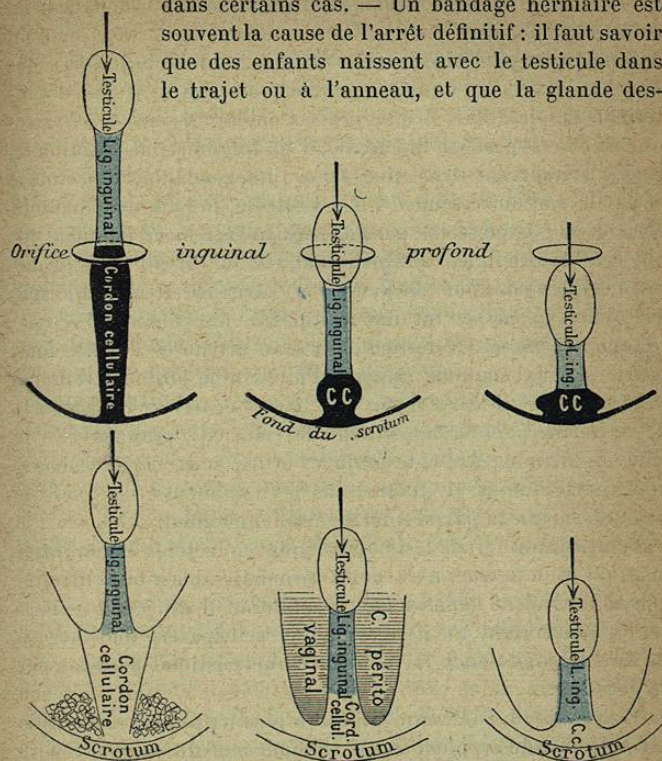


Fig. 229.

Schéma faisant comprendre le rôle de la rétraction du cordon cellulaire dans l'abaissement du testicule et dans la préformation du canal péritonéo-vaginal.

cendra dans le cours des premiers mois ; or, la tumeur inguinale est prise pour une hernie et traitée comme telle ; la pelote refoule le testicule dans le ventre et la fixe par des adhérences avec le canal péritonéo-vaginal. — Une inflamma-



tion du testicule peut provoquer ces adhérences par une véritable péri-orchite ; mais cette condition explique la fixation secondaire de l'organe ectopique, plutôt que sa fixité initiale en position anormale.

**Anatomie pathologique.** — Ordinairement, testicule, épидidyme et cordon, simultanément ectopiés, gardent leurs relations normales. Mais il est des cas où, tandis que le testicule est fixé en sa position inguinale, l'épididyme et le canal déférent, poursuivant leur migration indépendante, descendent seuls au fond du scrotum. — Un testicule qui n'a pas opéré sa migration complète est *troublé physiologiquement* (absence des spermatozoïdes dans l'ectopie bilatérale) et *altéré anatomiquement* (transformation scléreuse de l'organe et atrophie graduelle). — La *hernie* est une compagne fréquente de l'ectopie inguinale : tantôt, le testicule situé au niveau de l'orifice inférieur du canal inguinal, oppose à l'intestin un obstacle tel que la hernie ne peut se développer que dans l'épaisseur même de la paroi (*hernie inguino-interstitielle* de TILLAUX) ; plus souvent, la hernie s'insinue entre le testicule et la paroi du canal, déborde l'organe ectopique et s'étale sous les téguments, soit vers le scrotum, soit à la partie inférieure de l'abdomen.

**Symptômes.** — Le testicule, arrêté en ectopie abdominale et en position *iliaque*, n'est point reconnaissable à la palpation. Quand il avoisine l'*anneau inguinal interne*, il est possible, parfois, en déprimant une paroi souple et peu épaisse, de sentir sa forme, sa consistance, la douleur caractéristique produite par sa pression.

Dans l'ectopie *inguinale*, qui est la plus fréquente, le testicule peut être arrêté en plein canal (ectopie *interstitielle*), ou faire saillie à l'anneau du grand oblique (ectopie *inguinale externe*). Vous trouvez, à l'aîne, une tumeur plus ou moins apparente, ovoïde, de consistance assez ferme, présentant à la pression la sensibilité testiculaire spéciale, mobile chez les enfants, plus tard fixée par des adhérences inflammatoires. — S'il s'agit d'une inclusion inguinale intrapariétale, la tumeur peut ordinairement être refoulée dans l'abdomen ou même se réduire spontanément par le *décubitus dorsal* quand la glande siège près

de l'anneau interne ; elle ressort et franchit, sous l'impulsion de la toux, l'anneau externe quand elle est plus rapprochée. Dans ces conditions, le testicule ectopique peut être pris pour une hernie ; et, d'ailleurs, la hernie coïncide souvent avec cette variété. Evitez cette erreur en considérant la forme de la tumeur, la netteté de ses contours, sa douleur à la pression, l'absence de tout pédicule se continuant à travers le canal vers l'abdomen, le défaut du testicule qui manque dans la bourse correspondante.

Le testicule *périnéal* est sous la peau, dans le tissu cellulaire sous-cutané, sur le côté et un peu en avant de l'anus, en dedans de la branche ascendante de l'ischion, habituellement assez mobile : cette position superficielle facilite l'exploration et permet de reconnaître la forme, la consistance, la sensibilité spéciale du testicule ; l'absence de la glande dans la moitié correspondante du scrotum confirme le diagnostic.

**Complications.** — Jusqu'à la puberté, le testicule ectopique reste indolent ; vers l'adolescence, la glande subit une poussée d'accroissement, et, dès ce moment, l'organe en position insolite peut devenir le siège d'une tension douloureuse, d'ailleurs temporaire. Parfois, cette accalmie n'est pas définitive : des crises névralgiques à répétition se succèdent, qui nécessitent l'intervention.

Dans quelques cas, enfin, les phénomènes douloureux prennent une brusque intensité : c'est un véritable étranglement aigu, qui prend l'aspect et la gravité apparents d'un étranglement herniaire, avec vomissements, arrêt des matières, pouls petit et fréquent, facies grippé, et même refroidissement périphérique. — Cette bruyante symptomatologie répond à des éventualités anatomiques variables. Parfois, le testicule ectopique est enflammé et, par la situation même de la glande, cette orchite se propage à la séreuse abdominale : la périorchite provoque, par continuité, la péritonite. Ailleurs, c'est la hernie concomitante qui fait tout le mal : l'intestin s'étrangle et l'ectopie se complique d'une incarceration herniaire. Quelquefois, enfin, le testicule, siège d'une poussée congestive qui le tuméfie, se trouve brusquement à l'étroit dans le canal



inguinal, ou bien est soudainement engagé à travers l'orifice interne ou externe, c'est-à-dire dans un point plus rétréci que son logement habituel : dans les deux cas, la glande subit une constriction vive qui retentit d'une façon réflexe sur le sympathique abdominal et provoque cette réaction nerveuse connue sous le nom de *péritonisme*, capable de simuler la péritonite vraie : à la suite d'applications calmantes, ou grâce à des pressions douces qui réduisent en bonne place le testicule, ces symptômes alarmants disparaissent. Il est établi actuellement que, dans un certain nombre de cas, les faits autrefois rangés sous le nom d'étranglement du testicule ectopique ressortissent à la torsion du cordon spermatique (voir p. 853).

Le testicule ectopique est exposé à devenir cancéreux : TERRILLON et MONOD en ont rassemblé quarante-deux exemples. Cette transformation cancéreuse s'observe chez des sujets jeunes, et généralement avant la trentième année. Le cancer du testicule en ectopie inguinale (ce qui est le cas presque constant) se présente sous la forme d'une tumeur de l'aîne, dure au début et assez éloignée des bourses pour que le diagnostic s'égare vers l'hypothèse d'une adénite tuberculeuse. La transformation maligne du testicule en position intra-abdominale est prise, selon le côté, pour un rein flottant, pour un néoplasme de l'S iliaque ou du cæcum. En pareille occurrence, examinez toujours si la bourse correspondante est occupée, ou non, par le testicule : cela fixe le diagnostic. L'affection est douloureuse ; nous l'avons vue marcher avec une redoutable rapidité ; la castration précoce s'impose.

**Traitement.** — Il faut distinguer les deux cas suivants : ectopie sans hernie, ectopie avec hernie. — L'*ectopie sans hernie* des enfants du premier âge ne réclame que des manipulations douces, propres à favoriser la descente du testicule ; à partir de la septième année, si l'organe tend toujours à remonter vers le ventre, on est autorisé à pratiquer l'*orchidopexie*, c'est-à-dire la fixation opératoire du testicule au fond du scrotum. — Deuxième cas : *ectopie avec hernie*. Ici, il faut, de meilleure heure, si la position du testicule contre l'anneau empêche l'application d'un bandage et si la hernie grossit, faire d'une

pierre deux coups : fixer le testicule au fond des bourses et pratiquer la cure radicale de la hernie. L'*orchidopexie* comprend les temps opératoires suivants : découvrir le testicule, par une incision étendue à tout le canal inguinal ; s'il y a coexistence d'une hernie, ouvrir le sac péritonéo-vaginal, réduire l'intestin et lier le sac tout au haut près de l'orifice profond du canal inguinal ; libérer le cordon spermatique et, si le testicule est assez mobilisé, lui préparer, d'un coup d'index, une loge au fond du scrotum où on le fixe par deux ou trois points de suture. L'efficacité de cette fixation est loin d'être constante ; la réascension du testicule est fréquente, surtout chez les adolescents et les adultes, à organe adhérent ; l'atrophie ultérieure de l'organe s'observe.

## ARTICLE II

## LÉSIONS TRAUMATIQUES DU TESTICULE

## I. — PLAIES

Les *plaies* du testicule n'offrent que deux traits à signaler, ce sont : l'issue possible, à travers l'incision, de tubes séminifères, sous la forme d'un peloton couleur chamois ; l'atrophie éventuelle de la glande après une plaie profonde.

## II. — CONTUSIONS DU TESTICULE

La *contusion* du testicule est plus intéressante. Les lésions en sont variables, selon l'intensité du traumatisme (chute, choc, ou striction violente) et MONOD et TERRILLON en distinguent trois degrés : 1° *hémorragies capillaires interstitielles*, disséminées, en traînées rouges, dans la glande, et siégeant dans les travées conjonctives intertubulaires ; 2° *foyers de contusion*, du volume d'un pois, au niveau desquels les tubes sont dilacérés et mêlés à d'abondants globules rouges ; 3° *rupture de l'albuginée* et écrasement plus ou moins étendu du testicule,



dont les tubes s'échappent par la plaie albuginée. — Aux lésions de la contusion succède une inflammation, plus ou moins vive, marquée par la prolifération du tissu conjonctif intertubulaire, par l'épaississement des parois des tubes et par le trouble des cellules épithéliales intratubulaires.

L'inflammation réactionnelle du testicule contus peut aboutir à l'une ou l'autre de ces terminaisons : 1° la *réparation intégrale*, ce qui n'est compatible qu'avec les minimales lésions ; 2° l'*atrophie*, qui est le terme habituel de l'orchite provoquée par la contusion, et qui est produite, ainsi qu'il ressort des expériences de RIGAL et de MONOD et TERRILLON, par une double altération, à savoir la transformation fibreuse du tissu conjonctif interstitiel de la glande, dont la rétraction étrangle les tubes séminifères, et la sclérose propre de ces tubes qui les réduit à l'état de petits cordons imperméables. De cette atrophie, et de l'infécondité qui la suit si la lésion est bilatérale, il résulte qu'on doit porter un pronostic grave, après l'*orchite par contusion* : d'autant que, chez un sujet prédisposé, la contusion peut appeler sur le testicules une localisation tuberculeuse.

### III. — LUXATION DU TESTICULE

Sous l'action d'un choc, le testicule peut être déplacé vers le pubis, le périnée ou la racine de la cuisse; par l'effort d'une violente contraction crémasterine, il peut remonter brusquement vers un point du trajet inguinal (migration rétrograde). Cette réascension testiculaire comporte deux degrés, selon que l'organe vient simplement heurter contre l'anneau inguinal (position instable), ou qu'il le franchit et rentre dans le trajet. Dans ce dernier cas, la glande, fixée dans le canal inguinal, y peut subir, par la compression entre les plans de la paroi, des phénomènes d'orchite très douloureuse.

### IV. — TORSION DU CORDON SPERMATIQUE

Le testicule, tournant sur lui-même, d'un demi-tour à trois tours complets, entraîne la torsion spontanée du cordon sperma-

tique. De là, suivant le degré de cette torsion, des lésions testiculaires consistant surtout dans l'infiltration sanguine du parenchyme de l'organe, véritable infarctus hémorragique du testicule. Cet accident autrefois méconnu, ordinairement rapporté à l'étranglement du testicule ectopique, a été bien étudié par le mémoire de NICOLADONI, en 1885, par la monographie de LAUENSTEIN, en 1894, les travaux de JOHNSON, de JOHN VAN DER POEL, de DOWDEN, de SASSE, de MAUCLAIRE : en 1904, LAPOINTE en a réuni trente-six cas; RIGAUX cinquante-deux.

Le type ordinaire est le suivant : le sac fibro-séreux du testicule reste en place; et c'est dans la vaginale elle-même que tourne l'organe. Pour qu'un *volvulus* semblable se produise, une condition première est nécessaire : à savoir, la présence anormale d'un *mésotestis* allongé et la pédiculisation du testicule qui en résulte ; si bien que, selon la comparaison de NICOLADONI, la glande pend dans la vaginale, suspendue par son cordon comme un fruit par son pédicule.

Le testicule ainsi *pédiculé*, assez souvent *ectopique*, et quelquefois *en position d'inversion*, offre des conditions de *mobilité* anormale, à l'intérieur de la vaginale. Quant au mécanisme lui-même de cette rotation, il est difficile à préciser : l'influence de l'effort a été, plusieurs fois, signalée. — Ordinairement, cette rotation varie de un à deux tours. Un fait anatomique en résulte : l'oblitération des veines du cordon et l'obstruction partielle de ses artères; c'est-à-dire la stase veineuse complète et la réduction presque totale de l'apport artériel. De là, la production d'infarctus hémorragiques dans le parenchyme testiculaire.

Parfois, chez un enfant, le plus souvent chez un adolescent (de 15 à 25 ans), et dans le cas assez fréquent (moitié des cas), d'une ectopie inguinale du testicule, on voit éclater, brusquement, une douleur, vive ou progressivement croissante, localisée ordinairement à la région testiculaire, mais irradiée vers les lombes et la fosse iliaque. Des nausées, des vomissements surviennent ordinairement, le faciès pâlit, le pouls s'accélère : c'est le tableau du péritonisme. En même temps, le testicule grossit : une tuméfaction douloureuse s'observe dans le scrotum



ou à l'aîne (dans le cas de testicule ectopique). — Parfois, la détorsion spontanée s'opérant, les accidents tournent court, mais peuvent se reproduire à répétition. Ordinairement, la rotation persiste, la nécrobiose hémorragique du testicule s'établit : l'intervention s'impose. Cette dernière consiste, après incision des enveloppes, soit dans la détorsion si les lésions sont récentes et corrigibles, soit habituellement dans la castration.

## ARTICLE III

## DES VAGINALITES

La tunique vaginale du testicule correspond à la portion terminale et persistante du canal péritonéo-vaginal. Donc, elle est une émanation du péritoine : en cette qualité, elle participe aux modes de réaction de toutes les séreuses et à leurs conditions anatomiques générales.

La *vaginalite* est l'inflammation de la séreuse testiculaire. Suivant sa *marche*, elle est aiguë ou chronique. Suivant son *origine*, elle est secondaire ou primitive. Suivant la *nature* de l'épanchement et le mode anatomique de la réaction vaginale, elle est : *séreuse* (épanchement de sérosité dans la vaginale libre, ce qui est le propre de l'hydrocèle) ; ou *séro-adhésive* (cloisonnement du liquide par des fausses membranes organisées) ; ou *hémorragique* (ce qui constitue un type clinique spécial connu sous le nom d'hématocèle vaginale) ; ou bien *purulente* (éventualité exceptionnelle qui ne s'observe que dans certaines vaginalites aiguës, septiques).

## I. — VAGINALITES AIGUES

L'inflammation aiguë de la vaginale, c'est-à-dire son infection peut être primitive ou secondaire. *Primitive*, elle est le résultat de la localisation sur la séreuse testiculaire, sans orchite concomitante, d'une infection générale : rhumatisme, scarlatine, variole ; mais les observations en sont peu

décisives. — *Secondaire*, elle peut être l'effet : 1° d'une infection propagée du péritoine, au travers du canal péritonéo-vaginal, resté perméable (ce qui ne s'observe que chez les jeunes sujets, dans quelques cas de tuberculose vaginale consécutive à une péritonite bacillaire) ; 2° de la propagation d'une inflammation orchite-épididymaire.

Cette dernière éventualité est la condition pathogénique dominante. De même que la plèvre et le péritoine sont solidarisés avec les lésions des viscères qu'ils enveloppent, de même les infections du testicule et de l'épididyme ont leur retentissement sur la séreuse enveloppante. — Mais, de ces deux organes, quel est celui dont les lésions influencent le plus activement la vaginale ? C'est l'épididyme et cela s'explique : tandis que l'albuginée forme autour du testicule une coque fibreuse d'isolement le tube épiddymaire n'est séparé de la séreuse que par un tissu cellulaire, auquel l'inflammation se propage aisément.

Donc, les lésions évoluent ordinairement de la façon suivante : de l'épididyme ou du testicule enflammé, la phlegmasie a gagné la séreuse ; les vaisseaux dilatés de cette membrane laissent transsuder un liquide citrin et de la fibrine qui s'étale en pellicule à la surface. Puis, sous la couche fibrineuse, l'endothélium vaginal se tuméfie, les cellules conjonctives sous-endothéliales prolifèrent ; et, si la vaginalite, au lieu de rester séreuse, ou séro-fibrineuse, évolue vers la forme plastique adhésive, la vaginale présente des bourgeonnements formés de tissu conjonctif embryonnaire et de jeunes vaisseaux qui, en se soudant aux bourgeonnements du feuillet opposé, forment des adhérences et cloisonnent la cavité.

Il n'est point aisé, cliniquement, de distinguer dans la tuméfaction inflammatoire des bourses, la part qui revient à la vaginale distendue par le liquide et celle qui appartient à l'orchite-épididymite originelle. — Autant que vous le permettra l'exploration douloureuse, recherchez, dans les cas à faible épanchement, la perception d'un frottement amidonné, d'une érépitation neigeuse, par pression douce faisant glisser l'un sur l'autre les deux feuillets ; si l'épanchement liquide est notable, appréciez la présence de cette collection en avant du testicule,