

ou à l'aine (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 épididymaire 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,

soit par la sensation d'une nappe antérieure dépressible ou d'une fluctuation nette, soit en refoulant d'un coup de doigt cette couche liquide et en percevant au-dessous la résistance du testicule qui parfois ballotte et fait choc en retour.

La résolution est la terminaison ordinaire; mais elle est parfois imparfaite et l'affection est suivie d'adhérences, de « synéchies » partielles, succédant aux néomembranes organisées. La transformation purulente est rare. — Le traitement consiste dans l'immobilisation et la compression ouatée dans le suspensoir Horand-Langlebert; s'il se fait un abcès de la vaginale, on l'incisera.

II. — HYDROCÈLE DE LA TUNIQUE VAGINALE

Définition. — L'hydrocèle est l'hydropisie, c'est-à-dire l'épanchement de sérosité, qui se forme, soit dans la vaginale testiculaire fermée, dont la communication avec le péritoine a subi son interruption normale (*hydrocèle simple*), soit dans le conduit vagino-péritonéal non oblitéré (*hydrocèle congénitale*).

1° HYDROCÈLE SIMPLE

Étiologie et pathogénie. — L'hydrocèle simple peut être : 1° *idiopathique*, c'est-à-dire survenant spontanément, sans lésion apparente du testicule et de l'épididyme; 2° *symptomatique*, c'est-à-dire secondaire à une affection patente et prédominante, testiculaire ou épидидymaire, telle qu'une tuberculose, une gomme ou une tumeur de ces organes; et, dans ce cas, l'épanchement n'est qu'un épisode de la maladie principale.

L'hydrocèle *idiopathique* ou *essentielle* est-elle absolument indépendante de toute lésion du testicule et de l'épididyme, ou se rattache-t-elle au contraire à des altérations minimes et méconues de ces organes ?

Dans cette dernière hypothèse, elle cesserait d'être *essentielle* et se rangerait dans le groupe des hydropisies secondaires. Déjà, HUNTER, POTT et J.-L. PETIT avaient émis cette

opinion; PANAS l'a développée, avec exagération. Une cause d'erreur existe, qu'ont mise en lumière les recherches de LANNELONGUE, de MARIMON, de MONOD: il faut se garder de prendre pour lésions, causales, de l'épididyme des altérations qui sont mécaniques et secondaires. Mais cette réserve faite, il n'en est pas moins acquis par les constatations faites au cours des incisions aseptiques de la vaginale, que la séreuse testiculaire n'échappe pas à cette loi de la pathologie générale: les inflammations des séreuses sont rarement primitives; le plus souvent, elles succèdent aux affections des organes qu'elles enveloppent.

Or, ces lésions n'ont pas besoin d'être massives pour irriter la séreuse et déterminer une lente transsudation de liquide. Les lésions séniles de l'épididyme, la sclérose et l'induration du tissu péri-épididymaire entraînent comme conséquence la compression des veines, peut-être des lymphatiques, et, partant, une exsudation séreuse progressivement collectée. Très souvent, c'est un petit kyste de l'épididyme qui, par sa seule présence et à la façon d'un corps étranger, irrite la séreuse et provoque sa sécrétion; BARJON et CADE, auxquels nous devons de sérieuses études sur la cytologie des hydrocèles, ont noté la présence fréquente des spermatozoïdes dans le liquide d'hydrocèles essentielles: ces spermatozoïdes proviennent vraisemblablement de la rupture dans la vaginale de petits kystes siégeant sur les voies spermatiques; et cette rupture doit être, dans un grand nombre de cas, la seule cause de l'hydrocèle essentielle. — Dans d'autres cas, enfin, on trouve la vaginale transformée en une coque épaisse, irrégulière, et, pour cette forme, il s'agit vraiment d'une *vaginalite chronique séreuse simple*, le processus inflammatoire l'emportant sur l'hydropisie pure.

Un point est actuellement débattu: c'est le rôle qui doit être attribué à la tuberculose dans la production des hydrocèles, soit par intervention directe du bacille, soit par action des toxines sur la séreuse. PONCET, TUFFIER et JOUSSET ont publié des faits d'hydrocèles essentielles dans la sérosité desquelles, grâce surtout à la technique de JOUSSET, on a trouvé des bacilles de Koch;

mais, il ne faut pas exagérer cette conception de l'hydrocèle tuberculeuse : outre que la méthode de JOUSSER comporte des causes d'erreur, il n'est qu'un critérium absolu, c'est l'inoculation : or, WIDAL et RAVAUT ont inoculé, sans résultat, le liquide de dix hydrocèles ; COURMONT a fait sept inoculations négatives ; BARJON et CADE ont échoué dans quinze cas.

Les troubles de la circulation lymphatique, doivent, par la stase séreuse qui en résulte, jouer un rôle considérable dans la production de l'épanchement, si l'on en juge par l'*hydrocèle chyleuse de la filariose*, où le mécanisme de l'oblitération lymphatique (soit par obstruction mécanique due aux œufs de filaires, soit par adéno-lymphite oblitérante due à l'irritation du parasite) est saisi sur le fait.

Anatomie pathologique. — Étudions : 1° le liquide contenu ; 2° la paroi contenant ; 3° l'état du testicule et de l'épididyme.

1° LIQUIDE ÉPANCHÉ. — Quand on ponctionne ou incise une hydrocèle, on voit jaillir, sous une notable tension, une sérosité d'un jaune caractéristique (citrin ou jaune paille), très fluide, contenant de rares flocons albumineux. Sa quantité va de 200 grammes (épanchements moyens) à 500 grammes et au delà. Sa couleur se fonce parfois ; dans quelque cas, elle prend un aspect micacé, brillant, dû à la présence de paillettes de cholestérine rassemblées à la surface.

Les éléments anatomiques sont rares : il faut les concentrer par centrifugation du liquide. Nous pouvons ainsi faire un « cyto-diagnostic » important à la détermination de la nature de l'épanchement. Cette étude cytologique a été faite par WIDAL et RAVAUT, TUFFIER et nous-même : dans l'hydrocèle essentielle, le liquide centrifugé ne montre que quelques rares cellules endothéliales de la tunique vaginale ; dans l'hydrocèle blennorragique, on trouve une prédominance manifeste des leucocytes polynucléaires ; dans l'hydrocèle qui accompagne la tuberculose du testicule, ce sont les lymphocytes qui constituent l'élément figuré prépondérant.

Chimiquement, le liquide de l'hydrocèle pure se rapproche de la composition du sérum sanguin et se différencie des

liquides purement hydropiques par deux caractères : 1° il se coagule par la chaleur et sous l'effet de l'acide nitrique, ce qui témoigne de sa richesse en albumine ; 2° il contient de la substance fibrinogène, qui fait défaut dans les hydropisies. Il est rare, toutefois, que le liquide de l'hydrocèle se coagule spontanément après l'extraction ; cette coagulation en tout cas est lente, aboutissant à un caillot ténu qui ne répond qu'à une partie de la fibrine contenue dans le liquide, et cette incoagulabilité relative provient de l'absence de ferment ; en effet, le reste de la fibrine est mis en évidence par l'adjonction d'une certaine quantité de sang qui, en apportant le *fibrin-ferment* (produit de destruction de ses éléments figurés) provoque une coagulation rapide et abondante.

2° ÉTAT DE LA SÉREUSE. — Dans l'hydrocèle simple, la séreuse, amincie et distendue, paraît exempte de toute lésion : elle est d'apparence blanchâtre et comme lavée. Dans les épanchements de vieille date, elle est parfois épaissie et adhérente à la tunique fibreuse. — Il est des formes inflammatoires plutôt qu'hydropiques (*vaginalite chronique séreuse*), où cet épaississement s'accroît, où des néomembranes tendent à faire adhérer les deux feuillets, à cloisonner sa cavité ou à l'effacer par adhérences (*vaginalite plastique*).

Soutenue et doublée par la fibreuse, la vaginale se dilate selon une forme ovoïde « en poire » à gros pôle en bas. Quelquefois, en raison de l'inégale extensibilité de la fibreuse et de la présence d'un anneau plus résistant (*bandelette* de Béraud) qui, sous la forme d'une cravate de 8 millimètres de largeur, constitue un renforcement circulaire de la fibreuse, la tumeur prend un aspect bilobé : c'est l'*hydrocèle en sablier*, l'*hydrocèle en gourde de pèlerin*, qu'il ne faut pas confondre avec l'*hydrocèle en bissac* ; celle-ci est une des formes de l'hydrocèle congénitale, avec permanence d'une partie du canal péritonéo-vaginal, et le bissac se compose d'une poche inférieure scrotale, d'une poche supérieure intra-inguinale, séparées l'une de l'autre par un étranglement qui répond à l'orifice externe du canal inguinal.

3° ÉTAT DU TESTICULE ET DE L'ÉPIDIDYME. — Les lésions prédo-

minantes s'observent sur l'épididyme: elles sont *secondaires* et d'*ordre mécanique*.

On sait la disposition normale: sous l'épididyme, entre cet organe et le bord supérieur du testicule, la séreuse se réfléchit sur le côté externe en formant un cul-de-sac; d'autre part, l'épididyme, libre au niveau de son corps, tient au testicule par sa tête que fixent les vaisseaux droits et par sa queue intimement unie.

Dès lors, supposons une distension croissante de ce cul-de-sac externe: à un premier degré, il formera une poche accessoire sous-épididymaire: puis, le corps de l'épididyme s'écartant de plus en plus du testicule pendant que sa tête et sa queue restent fixes, le cul-de-sac va se déplisser graduellement, dépouiller l'épididyme, et le tube épидидymaire, pour suivre cette distension, va se dérouler, s'amincir en ruban plat. C'est ainsi que, dans certaines hydrocèles volumineuses, l'épididyme n'est plus à sa place: il est étalé à la surface de la

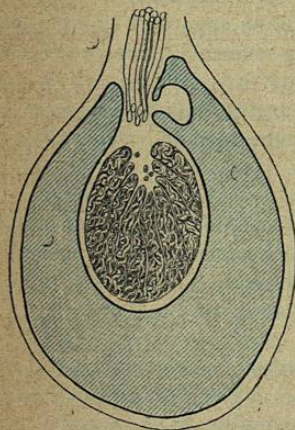


Fig. 230.

Coupe transversale montrant les rapports de l'épanchement avec le testicule et l'épididyme.

même dans les poches les plus distendues, il faut signaler des épaissemements fibreux aux points de réflexion de la séreuse sur l'épididyme.

Quant au testicule, il reste sain, en général; mais dans les vaginalites chroniques, à parois denses, à contenu séreux, il peut devenir le siège d'une sclérose interstitielle, issue du feuillet viscéral enflammé, par propagation au parenchyme de la périviscérite testiculaire.

Symptômes et diagnostic. — L'hydrocèle se présente ordinairement sous l'aspect d'une tumeur des bourses, habituellement unilatérale, ovoïde, piriforme, quelquefois bilobée à petite extrémité tournée en haut, recouverte d'une peau dont la coloration est intacte et qui est amincie par distension.

Procédez à la palpation: pour cela insinuez sous la tumeur et jusqu'à sa racine les quatre doigts de la main droite, le pouce étant appliqué à la face antérieure et faisant opposition aux autres doigts; avec l'autre main, pincez la tumeur transversalement, le pouce d'un côté, les quatre doigts de l'autre; vous tenez ainsi la tumeur par ses quatre points cardinaux; aucun point de sa surface ne peut vous échapper.

Vous apprécierez ainsi, en pressant alternativement la tumeur sur chacun de ses diamètres: 1° que la surface est lisse et régulière; 2° que sa consistance est variable, tantôt très dépressible et fluctuante quand le liquide est en faible tension, tantôt rénitente et d'une résistance élastique quand la tension du contenu est plus forte; 3° que le testicule paraît perdu dans la masse de la tumeur. — Pour reconnaître la présence et le siège de cet organe, tenez compte de deux indications: 1° à l'aide d'une pression un peu forte, vous déterminerez, en un point presque constant siégeant à la partie postéro-inférieure de la tumeur, une sensation douloureuse spéciale qui est la douleur testiculaire; 2° vous constaterez, par l'examen à la lumière transmise, une zone plus sombre, tranchant sur la transparence générale, qui répond à l'écran opaque de l'organe.

Pour étudier cette transparence, placez-vous dans un milieu obscur: pincez la tumeur entre le pouce et les doigts de la main droite, énuclétez-la, et faites-la saillir, le plus possible. Faites placer de champ la main d'un aide qui serve d'écran; que la bougie soit tenue le plus bas possible de l'autre côté de la tumeur: regardez à travers un stéthoscope ou un tube de carton, soigneusement appliqué par son bout sur la tumeur. En général, comme NÉLATON le premier en a fait la remarque, la tache opaque, par laquelle se projette le testicule a des dimensions inférieures à celle que devrait fournir la projection des con-

tours de la glande; il arrive même parfois que la transparence soit totale, sans zone d'ombre répondant au testicule : cette particularité, signalée par Marcelin DUVAL, tient à la réfraction subie par les rayons tangents aux bords de la glande.

Établissez d'abord, pour le diagnostic, qu'il s'agit d'une tumeur des bourses : pour cela, pédiculisez par en haut la tumeur entre vos doigts; assurez-vous qu'elle ne se continue dans le ventre que par le cordon et qu'à ce niveau la toux ne détermine aucune impulsion; constatez au surplus que la tumeur est irréductible; vous êtes assuré ainsi qu'il ne s'agit pas d'une hernie. — Deuxième point : par la palpation vous établissez que la tumeur est molle, fluctuante, ou rénitente, et que, partant, elle contient du liquide. — Troisième point : quelle est la nature de ce liquide? Est-ce de la sérosité (hydrocèle simple), de la sérosité sanguinolente (hydro-hématocèle), du sang et des caillots (hématocèle de la tunique vaginale), ou du pus (abcès froid de la vaginale)? — L'épreuve de la transparence résoud ordinairement cette troisième question : une tumeur translucide est une hydrocèle. Mais une tumeur opaque peut répondre à diverses éventualités. S'agit-il d'une pachy-vaginite séreuse à parois épaisses, à contenu un peu trouble : dans ce cas, l'opacité n'est jamais absolue et l'on constate une transparence vague. A-t-on affaire à une hématocèle : l'opacité est alors plus complète; les parois donnent une sensation de résistance plus grande : la ponction exploratrice fixe le diagnostic. Quant aux hydrocèles purulentes symptomatiques d'une tuberculose, elles sont rares et limitées à une partie de la vaginale; l'exploration des bosselures épидидymaires permet de rattacher ces abcès froids de la vaginale à leurs lésions causales.

Traitement. — Deux méthodes sont en parallèle : 1° la ponction avec l'injection iodée; 2° l'incision avec excision partielle ou totale de la vaginale.

Malgré la sécurité de l'incision aseptique, la première méthode demeure l'intervention de choix, la plus simple, la plus rapide, efficace dans la grande majorité des cas. Prenez un trocard à hydrocèle et d'un coup ponctionnez en avant :

laissez s'écouler la sérosité citrine; injectez soixante à quatre-vingts grammes d'une solution d'antipyrine à deux pour cent; après un séjour de dix à quinze minutes, laissez sortir ce liquide, qui a pour propriété d'anesthésier la vaginale. Enfin, injectez le liquide propre à déterminer l'irritation de la séreuse et le processus plastique qui fera adhérer ces deux feuillets; on a employé une solution iodo-iodurée, ou bien l'acide phénique, ou bien l'éther iodoformé; nous préférons recourir à la teinture d'iode pure et fraîchement préparée; injectez-en cinquante à soixante centimètres cubes; laissez-les séjourner huit à dix minutes, malaxe doucement les bourses pour mettre tous les points en contact; puis évacuez. Quand les dernières gouttes de teinture d'iode sont sorties et que la pression des divers points de la vaginale n'en fait plus sortir, retirez la canule d'un coup sec; recouvrez la piqûre d'un petit flocon d'ouate imbibée de collodion iodoformé et appliquez un suspensoir Horand-Langlebert. Avertissez le malade que les bourses deviendront un peu douloureuses, que la tumeur reprendra pendant quelque temps son volume antérieur et que la résolution se fera graduellement. Après une semaine il pourra reprendre ses occupations.

Le traitement opératoire comprend les procédés suivants : 1° l'incision, avec excision partielle de la vaginale, ce qui est l'opération de Volkmann-Julliard; 2° l'incision avec résection totale du feuillet pariétal de la vaginale, ce qui est l'opération de Bramann; 3° l'incision avec éversion de la vaginale, qui consiste à retourner en haut et à rebrousser, autour de la partie inférieure du cordon et de l'épididyme, le feuillet pariétal de la séreuse préalablement décortiqué.

2° HYDROCÈLES CONGÉNITALES

Pathogénie. — L'enveloppe séreuse du testicule est, à l'origine, le prolongement intrascrotal d'un diverticule péritonéal : on donne, depuis CHASSAIGNAC, à ce canal séreux, le nom de conduit péritonéo-vaginal. Normalement, une seule partie de ce conduit persiste : c'est sa portion testiculaire. Sur le reste du

trajet, il se produit d'une part l'interruption de la communication avec le péritoine, d'autre part un effacement de la lumière du canal par fusion de ses parois.

Or, ce travail d'oblitération peut subir des irrégularités : tantôt il avorte complètement et la cavité vaginale reste ouverte dans le péritoine; tantôt il subsiste seulement des tronçons de ce canal séreux; de là, la possibilité de hernies ou d'hydrocèles congénitales. De haut en bas, forçant sous la poussée abdominale les rétrécissements qui marquent les points initiaux habituels de la fermeture de ce trajet, l'intestin peut descendre et réouvrir la voie jadis largement communicante. De bas en haut, se remplissant des épanchements liquides symptomatiques que provoquent surtout certaines lésions du testicule et de l'épididyme et obéissant d'ailleurs aux tendances qu'elles tiennent de leur origine péritonéale à sécréter et à faire de l'ascite, les poches séreuses formées par les portions restées perméables du canal peuvent se distendre et constituer des hydrocèles dont le type très variable se modifie suivant l'étendue des tronçons conservés, suivant la hauteur et la longueur des cloisonnements définitivement produits.

En 1692, NÜCK décrivit le diverticule péritonéal chez la femme. MÉRY fit mention d'une variété de hernie dans laquelle les viscères furent trouvés au contact immédiat du testicule et expliqua cette forme par la présence d'un conduit péritonéal resté ouvert, comme cela s'observe chez les animaux. RENEAUME décrivit cette béance permanente du diverticule séreux chez les enfants et l'envisagea comme une prédisposition à la hernie. HALLER eut le mérite d'établir la relation physiologique qui unit la formation du processus vaginal à la descente du testicule et d'en indiquer toute l'importance dans la production des hernies congénitales. Après lui, dans la seconde moitié du XVIII^e siècle, furent produits de nombreux mémoires, visant surtout les conditions des hernies congénitales : POTT, HUNTER, CAMPER reprennent la description de la descente testiculaire, de la formation du diverticule péritonéal et de l'oblitération de ce dernier. Les travaux de ZUCKER-

KANDL, de FÉRÉ, de RAMONÈDE, de HUGO-SACHS ont complété sur ce point nos documents.

La persistance complète ou partielle du canal péritonéo-vaginal peut se rencontrer chez l'adulte, ce qui est intéressant pour la pathogénie de certaines formes d'hydrocèle; RAMONÈDE a trouvé dans une proportion de 43 p. 100, des anomalies de divers degrés. Chez l'enfant, la perméabilité totale ou segmentaire est fréquente : sur 100 nouveau-nés, de la première à la deuxième semaine, ZUCKERKANDL a trouvé trente-sept fois un canal ouvert; après le quatrième mois, SACHS a encore trouvé une perméabilité complète dans 4 p. 100 des cas.

Quand le canal péritonéo-vaginal, resté ouvert dans le péritoine, est perméable dans toute son étendue, c'est la variété péritonéo-vaginale : s'il s'agit d'une hernie, l'intestin y descend jusqu'au contact du testicule; si c'est une hydrocèle, le liquide est réductible dans le péritoine et l'hydrocèle est dite communicante.

Lorsque le conduit péritonéo-vaginal s'est oblitéré en haut et a perdu toute communication avec le péritoine, divers types d'hydrocèle peuvent s'observer selon le siège et l'étendue du segment perméable; mais un caractère leur est commun : l'irréductibilité. Rapportons (fig. 232) ces types cliniques au schéma anatomique de RAMONÈDE et d'HUGO-SACHS. Au-dessous de son vestibule rétro-pariétal, le canal péritonéo-vaginal présente de haut en bas : 1^o un segment inguinal; 2^o un segment funiculaire, correspondant au trajet du cordon; 3^o un segment vaginal, répondant à l'ampoule terminale.

Supposons la persistance de ces trois segments. On observera alors certains types d'hydrocèle biloculaire (*hydrocèle en bisac* de DUPUYTREN) dont la poche inférieure (scrotale) répond à la distension des portions funiculaire et vaginale, la poche supérieure (inguino-abdominale) à la dilatation du segment inguinal et même du segment rétro-pariétal. La poche scrotale est piriforme, comme une hydrocèle vulgaire; la loge supérieure offre, au contraire, des variétés de forme et de situation; tantôt elle reste à l'état d'une ampoule ovoïde limitée à l'aîne; tantôt, sous l'aspect d'une poche sphérique, elle remonte der-

rière la paroi abdominale, atteignant ou dépassant l'ombilic : tantôt elle plonge dans le petit bassin. Il est aisé de comprendre que le liquide, après s'être accumulé dans la partie funiculaire et vaginale du conduit (ce qui constitue la poche scrotale), distende la portion inguinale et, par sa pression excentrique, se développe, soit en poche *inguino-interstitielle* dans

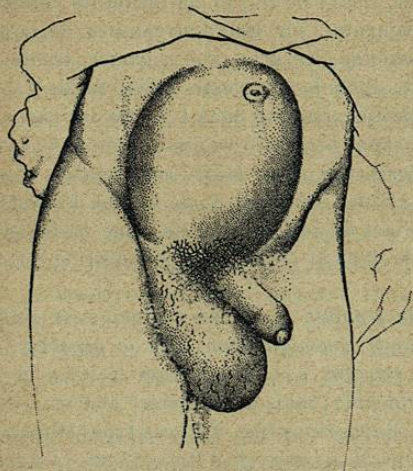


Fig. 231.

Hydrocèle en bissac (Bazy) d'après DUPLAY et RECLUS.

l'épaisseur de la paroi abdominale, soit en poche *ventrale* en décollant le péritoine pariétal et iliaque.

Soit maintenant un cas où la perméabilité ne s'est conservée que dans les portions funiculaire et vaginale, ce qui est beaucoup plus fréquent : c'est l'*hydrocèle funiculo-vaginale*, avec des types divers selon l'importance réciproque de la poche funiculaire et de la poche vaginale et selon la disposition de leur portion intermédiaire, qui tantôt n'est qu'un simple étranglement donnant un aspect bilobé à la tumeur (*hydrocèle en calebasse*), tantôt répond à un collet net, en diaphragme d'optique, tantôt forme une cloison complète intercavitaire.

Enfin, supposons que la perméabilité du conduit péritonéo-vaginal ne persiste que dans la région du cordon : c'est l'*hydrocèle funiculaire*. Deux variétés s'observent ici, ou bien, la

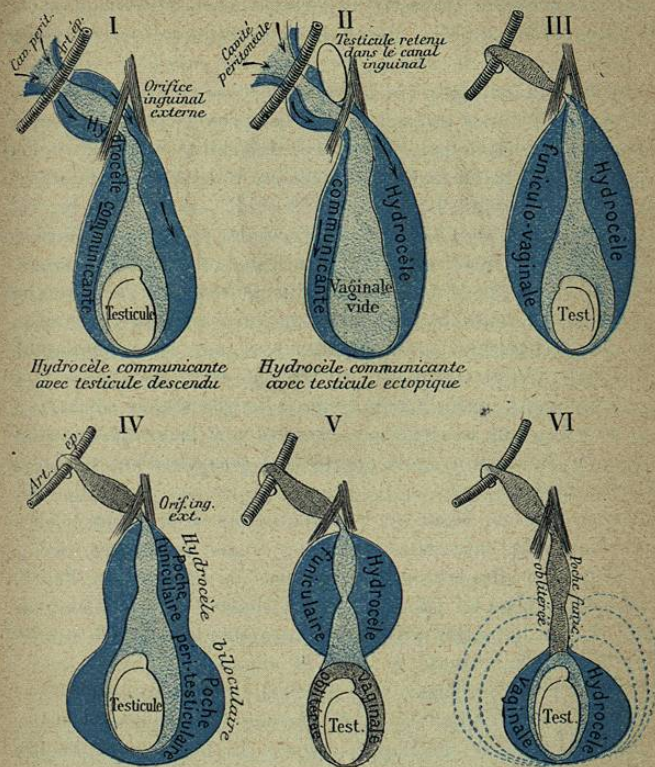


Fig. 232.

Schéma montrant les diverses formes d'hydrocèle congénitale, en rapport avec les divers types d'occlusion du canal péritonéo-vaginal.

collection liquide occupe toute l'étendue de la portion funiculaire du canal, la vaginale demeurant isolée et sèche ; et l'on peut ainsi disséquer une poche dont le pôle supérieur va jus-

qu'à la région de l'anneau inguinal, le pôle inférieur étant indépendant du testicule. Ou bien, cette perméabilité du segment funiculaire n'est que partielle, et dans, ces portions persistantes d'étendue variable, se forment des collections séreuses ordinairement simples, quelquefois multiples et en chapelet : ce sont les *kystes du cordon*, les *hydrocèles enkystées du cordon*.

Symptomatologie. — L'hydrocèle *communicante péritonéo-vaginale*, offre tous les signes de l'hydrocèle ordinaire avec ce trait caractéristique en plus : la réductibilité. Cette réduction varie selon le trajet de communication. S'il est large, la simple position horizontale fait rentrer le liquide ; en tout cas, la pression douce des doigts suffit à le refouler ; à chaque effort de toux, on sent une impulsion manifeste, un choc de liquide. S'il est étroit, la réduction est plus lente et la reproduction moins rapide sous l'action de la station verticale. Ne confondez pas l'hydrocèle communicante avec une hernie inguinale réductible : tenez compte de sa transparence, de l'absence de gargouillement, de la matité totale à la percussion, de la facilité avec laquelle le scrotum se remplit par la simple position verticale. Méfiez-vous de la coexistence possible d'une hernie et de l'hydrocèle.

L'*hydrocèle en bissac* est reconnaissable à ses deux poches, communiquant entre elles (fig. 231) : l'une, inférieure, occupe les bourses et offre les signes ordinaires de l'hydrocèle ; l'autre, supérieure, siège au pli de l'aîne et soulève la paroi abdominale. Par la palpation alternée, vous apprécierez que la tumeur iliaque ou abdominale se tend et augmente pendant que la tumeur scrotale s'affaisse sous la pression de la main.

L'hydrocèle *funiculo-vaginale* présente ordinairement un aspect bilobé et se développe jusqu'à la hauteur de l'orifice externe du canal inguinal.

L'hydrocèle *funiculaire enkystée*, le *kyste du cordon* est une tumeur résistante et dure, rarement fluctuante, arrondie et lisse, transparente, indolente, d'une grosseur qui varie depuis le volume d'une noisette jusqu'à celui d'une grosse noix et plus : si le kyste est bas situé, dans la portion scrotale du cordon, il ressemble à un testicule surnuméraire ; s'il oc-

cupe en même temps la partie ascendante du cordon et le trajet inguinal, la tumeur prend l'aspect d'une gourde étranglée par l'anneau inguinal ; quand le kyste siège dans le trajet, il est mobile, refoulable vers le ventre et élargit l'orifice externe. Les kystes s'accompagnent quelquefois d'une hernie qui prend avec eux des relations variables : en avant, en arrière, au-dessus.

Traitement. — Les hydrocèles congénitales péritonéo-vaginales, les hydrocèles infantiles guérissent souvent spontanément, en vertu du travail d'oblitération physiologique du conduit vagino-péritonéal. Quand elles persistent et s'accroissent, il faut les traiter par l'incision, avec excision totale de la séreuse si possible, fermeture du pédicule péritonéal du sac séreux comme pour une hernie, et suture de la partie vaginale au-dessus du testicule. L'excision de la poche est aussi indiquée dans les hydrocèles en bissac ; mais ici la résection d'une poche abdominale volumineuse peut rencontrer des difficultés et on doit se contenter de réséquer la partie accessible. Dans les hydrocèles funiculo-vaginales, il faut de même exciser la poche et fermer la vaginale. Les kystes du cordon peuvent guérir par la ponction avec injection de teinture d'iode, mais l'extirpation de la poche est plus sûre ; elle s'impose quand il y a coexistence d'une hernie.

III. — HÉMATOCÈLE DE LA VAGINALE ; PACHYVAGINALITE HÉMORRAGIQUE

Définition. — Sous le nom d'*hématocèle de la vaginale* (terme sans précision, employé depuis HEISTER, et qui signifie collection sanguine), on désigne une inflammation chronique de la vaginale, caractérisée par ces deux faits que GOSSELIN a bien mis en relief et dont il a établi les rapports pathogéniques : 1° l'épaississement pariétal de la séreuse enflammée ; 2° l'épanchement de sang dans sa cavité. — C'est donc, pour résumer ces deux traits essentiels, une *pachyvaginalite hémorragique*. De ces deux termes qui définissent l'affection, le premier répond