

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

à la lésion causale, l'altération inflammatoire de la séreuse; le second à une lésion secondaire, et d'ailleurs contingente, l'épanchement de sang.

Anatomie pathologique. — Lorsqu'on incise une hémato-cèle déjà ancienne, ce qui est maintenant l'intervention de choix, on constate que la tumeur de l'hémato-cèle est constituée par une coque d'épaisseur variable, répondant au feuillet pariétal de la vaginale, contenant dans sa cavité un liquide séro-hématique avec caillots et présentant, sur un point, le relief plus ou moins reconnaissable du testicule et de l'épididyme enveloppés de néomembranes. — Donc, il faut étudier : 1° la paroi vaginale contenant; 2° le contenu; 3° les organes inclus, testicule et épididyme.

1° **PAROI.** — L'épaississement de la vaginale tient à deux causes qu'il faut distinguer : 1° la prolifération propre de la séreuse et du tissu conjonctif qui la double en dehors; 2° l'aposition, à sa face interne, de néomembranes progressivement superposées.

C'est ce second élément, c'est la formation de la néomembrane qui domine l'anatomie pathologique de l'hémato-cèle. La texture de la fausse membrane diffère selon sa phase d'évolution. — Au début, elle n'est qu'un simple caillot fibrineux : c'est une lame fibrino-globulaire, étalée à la face interne de la séreuse, et composée par un réseau irrégulier de fibrine dont les mailles renferment des globules blancs et rouges, des cristaux d'hématidine ou des granulations pigmentaires résultant de la régression des hémato-blastes, et des cellules épithéliales plus ou moins altérées par l'inflammation. — Plus tard, la néomembrane s'organise : dans sa couche la plus interne, sous-jacente au dépôt fibrineux, la séreuse se vascularise et donne naissance à des bourgeons charnus, parcourus de vaisseaux néoformés, aux parois embryonnaires, qui se portent vers la membrane; celle-ci se trouve alors constituée par du tissu conjonctif jeune et par des néocapillaires.

Or, ces capillaires de formation nouvelle ont une particulière fragilité : de là, leur rupture et la production de foyers sanguins, véritables noyaux apoplectiques, plus ou moins volumi-

neux, qui se constituent dans l'interstice des couches néomembraneuses; leur contenu est formé par du sang à des phases diverses de régression. — Dans une période plus avancée, la néomembrane, dont le tissu embryonnaire a évolué vers l'état du tissu conjonctif adulte, prend l'aspect et la consistance d'une lame fibreuse plus ou moins dense, à vaisseaux raréfiés, dont la transformation scléreuse est surtout marquée dans les couches extérieures. Ce processus de sclérose peut, dans les hémato-cèles anciennes, aller plus loin et aboutir à la production, soit de plaques fibreuses blindant la vaginale, soit de noyaux cartilagineux parfois calcifiés.

Parallèlement à cet épaississement, par stratifications fibreuses successives et organisation progressive des néomembranes, la séreuse subit un processus de prolifération conjonctive et de condensation scléreuse. Ce processus porte à la fois sur la membrane elle-même et sur les couches conjonctives qui lui sont extérieures.

Or, ce tissu conjonctif sous-séreux est à peu près absent au niveau de la portion *testiculaire* du feuillet *viscéral* de la vaginale réduite ici à une simple couche épithéliale : donc, en ce point, l'enveloppe séreuse est mince, adhérente, indécorticable.

Autour de l'*épididyme*, la lame viscérale est doublée d'un tissu cellulaire que l'inflammation épaissit et indure, en même temps que les néomembranes comblent les culs-de-sac péri-épididymaires de la séreuse. — Enfin, sur toute l'étendue du feuillet *pariétal*, les rapports réciproques de la vaginale épaissie et des strates néomembraneuses sont variables selon l'ancienneté des lésions : aux premières phases, la néomembrane est simplement appliquée sur la séreuse, reconnaissable à son revêtement endothélial conservé par places, et l'on réussit à trouver le plan de clivage des deux couches, ce qui rend possible la manœuvre opératoire connue, depuis GOSSELIN, sous le nom de *décortication*; plus tard, néomembranes, en stratifications dures, et vaginale épaissie sont si bien collées ensemble que ce clivage devient irréalisable et que le plan de décollement se fait dans les couches sous-séreuses encore lâches et libres.

2° **CONTENU.** — Le contenu de l'hématocèle est un liquide hydro-hématique, de coloration et de consistance variables selon la quantité du sang épanché et selon son degré d'altération. En général, on trouve à l'ouverture de la tumeur, un liquide noirâtre, sirupeux, comparable à la suie délayée, parfois condensé en une masse boueuse, avec des caillots ordinairement mous et noirâtres, quelquefois décolorés, blancs, fibrineux et transformés en une substance filamenteuse de fibrine. Certaines pachyvaginalites anciennes à parois très denses, ont un contenu sanguin très modifié par les modifications régressives : jaune louche, jaune verdâtre, analogue à la bile (cholécèles), plus souvent bistre, c'est-à-dire d'un noir tirant sur le jaune, ce qui est dû aux cristaux d'hématofidine et aux granulations pigmentaires, avec parfois un aspect miroitant spécial produit par les paillettes de cholestérine qui se réunissent à la surface du liquide. Quelques-unes même ont un liquide décoloré, comme les hydrocèles aux tons foncés.

3° **TESTICULE ET ÉPIDIDYME.** — Suivant l'épaississement de la séreuse et l'abondance des néomembranes, le testicule et l'épididyme forment un relief plus ou moins net dans l'intérieur de la poche ou bien disparaissent perdus dans la néoformation conjonctive. Dans les cas anciens, à coque très dense, le testicule, enfoui et comprimé dans les amas fibreux et néomembraneux, diminué dans sa vascularisation, présente un parenchyme pâle et flasque (*anémie testiculaire* de GOSSELIN) et paraît subir, à la longue, un travail d'orchite scléreuse, atrophiante. Mais cette atrophie fibreuse est exceptionnelle ; et, en général, le testicule une fois dégagé, par décortication, des néomembranes et du liquide qui le compriment, peut revenir à un fonctionnement normal : on voit alors les spermatozoïdes, diminués ou abolis, reprendre leur nombre et leur forme.

Pathogénie. — Des deux lésions essentielles qui composent l'hématocèle, la vaginalite et l'hématome, quelle est l'altération primitive et causale ? — Deux théories ont été proposées. Selon VELPEAU et CLOQUET, l'hémorragie, traumatique ou spontanée, est le point de départ, la lésion originelle ; la présence de cet « hématome vaginal » entraîne, comme phénomène secondaire,

la réaction inflammatoire de la séreuse. — Au contraire, suivant la conception de BOYER, reprise par GOSSELIN, l'inflammation de la séreuse précède l'épanchement sanguin : la pachyvaginalite est la lésion préexistante ; les vaisseaux de la néomembrane se rompent et le sang fait irruption dans la vaginale ; l'hémorragie est une complication, non le fait initial.

Cette conception pathogénique de GOSSELIN est maintenant admise sans conteste : par là, l'hématocèle rentre dans la loi générale des inflammations des séreuses et a, pour analogues, la péricardite, la pachypleurite et la pachyméningite hémorragiques. — La filiation des faits en est claire : un des effets communs de l'inflammation des séreuses, c'est la formation, sur leur face cavitaire, d'exsudats séro-fibrineux, de néomembranes déposées en couches stratifiées ; sous ces couches fibreuses, la séreuse présente des bourgeonnements formés de tissu conjonctif embryonnaire et de jeunes vaisseaux qui, mal soutenus, ont des parois embryonnaires fragiles. A l'occasion de la cause traumatique la plus légère, parfois sous l'action d'une simple poussée congestive, ces néocapillaires se rompent ; une hémorragie en résulte qui tantôt se borne à former de petits lacs sanguins interstitiels dans l'épaisseur des strates néomembraneuses, tantôt inonde la cavité séreuse et s'y mêle, en proportions variables, à l'hydrocèle déjà épanchée.

Symptomatologie et diagnostic. — L'hématocèle s'observe dans deux conditions différentes : tantôt elle succède à une hydrocèle antécédente, ce qui est l'*hydro-hématocèle* ; tantôt la vaginale n'est point antérieurement distendue par un épanchement séreux, ce qui est l'*hématocèle d'emblée*. — Les causes de cette vaginalite, primitivement ou secondairement hémorragique, restent assez imprécises : nous savons seulement que sa fréquence s'accroît avec l'âge ; que ces tumeurs se rencontrent surtout après la quarantaine ; que le traumatisme (choc, pression, effort brusque, ponction d'hydrocèle) est souvent incriminé ; que des lésions épидидymaires paraissent maintes fois avoir été le point de départ de l'inflammation séreuse ; que, dans quelques cas, la pachyvaginalite se rattache à une tuberculose et surtout à une syphilis de l'organe.

A l'inspection, l'hématocèle se présente sous l'aspect d'une tumeur des bourses unilatérales, moins souvent bilatérale (1 fois sur 5 ou 6), d'un volume qui varie d'un œuf de dinde, du poing (cas moyens) aux tumeurs piriformes grosses comme une noix de coco ou un œuf d'autruche, à pôle inférieur plus volumineux.

A la palpation, la tumeur vous offrira des caractères différents, selon son ancienneté et l'épaisseur de ses parois. Deux cas se présentent : ou bien, la vaginale, quoique plus dense, a conservé sa souplesse et la tumeur revêt, à s'y méprendre, les caractères de l'hydrocèle ; ou bien, la paroi forme une coque fibreuse rigide, renforcée, par places, d'épaississements cartilagineux et l'hématocèle prend l'aspect clinique d'une tumeur solide.

Dans le premier cas, qui est celui d'une pachyvaginalite récente et de volume moyen, vous trouverez le scrotum, de coloration et d'épaisseur normales, glissant sur une tumeur ovoïde, de surface régulière, avec une saillie en arrière où se trouve la glande spermatique. A la pression des doigts, vous apprécierez que la résistance est à peine un peu plus grande que dans l'hydrocèle vulgaire ; la tumeur « soupesée » vous paraîtra un peu plus lourde ; mais ce ne sont que des nuances. Le signe de certitude est donné par l'imperméabilité des parois et de la collection hydro-hématique aux rayons lumineux : faites l'épreuve de transparence comme pour l'hydrocèle ; l'hématocèle est opaque.

Second cas : la tumeur est *volumineuse, dure, non dépressible ni fluctuante, lourde à la main, absolument opaque*. La ressemblance est grande avec une tumeur solide du testicule, d'autant qu'ordinairement la glande a disparu, n'offrant plus en arrière sa légère saillie, et que, sa sensibilité étant abolie, on ne peut, en aucun point réveiller, par la pression, la douleur spéciale qui révèle la présence de l'organe. Sans doute, il est rare que le cancer du testicule garde un contour aussi régulier, une consistance aussi homogène, sans bosselures ni points dépressibles ; mais ces signes différentiels n'ont rien d'absolu et la confusion est fréquente ; mieux que ces caractères

tères objectifs, la lenteur de la marche et l'intégrité ganglionnaire différencient l'hématocèle.

Traitement. — Le traitement de choix, c'est d'abord l'incision de la coque vaginale. Puis, selon les lésions, ou bien on se borne à l'excision de la vaginale, ou bien on se détermine à la castration. De là, la nécessité de demander préalablement au sujet l'autorisation de procéder à ce sacrifice de l'organe si l'épaisseur des masses fibreuses qui enfouissent le testicule et l'épididyme les rendent inconservables. — L'excision en pleine épaisseur du feuillet pariétal de la séreuse et des strates néomembraneuses est actuellement l'intervention de choix ; nous renonçons à poursuivre, à la façon de GOSSELIN, la *décortication*, c'est-à-dire le clivage des néomembranes, leur décollement de la séreuse elle-même, leur résection au ras du testicule, « comme on sépare la membrane interne du gésier de la volaille ». Il est avantageux de libérer le mieux possible l'épididyme des épaississements néomembraneux qui l'engainent ; et cette libération ne va pas sans quelques difficultés pour la conservation de l'organe.

ARTICLE IV

KYSTES DE L'ÉPIDIDYME

Définition. — Sous le nom de *kystes de l'épididyme*, on désigne des tumeurs kystiques, de volume variable, siégeant, au-dessus et au-dessous de l'épididyme et consécutives, soit à la dilatation d'un débris du corps de Wolff (*kystes d'origine wolffienne*), soit à la distension kystique d'un diverticule aberrant de l'épididyme (*kystes d'origine diverticulaire*), soit à la réplétion séreuse et au développement d'une loge formée par les adhérences du repli sous-épididymaire de la vaginale (*kystes d'origine séreuse*).

Anatomie pathologique et pathogénique. — Depuis le travail fondamental de GOSSELIN, on distingue deux espèces : 1° les *petits kystes*, ou *kystes sus-épididymaires*, dont le lieu d'élec-