

Son *traitement* est d'abord préventif, — il faut protéger la peau contre les rayons solaires. Il est bon de vider les vésicules au début, puis d'appliquer de l'éther iodoformé; plus tard, de faire tomber les croûtes et de penser à la vaseline iodoformée ou boriquée. Bazin prescrivait les douches alcalines, les eaux de Bourbonne. M. SÉE.

HYDROCÈLE VAGINALE. — L'hydrocèle vaginale est constituée par un épanchement de liquide ni hémorragique, ni purulent, dans la séreuse vaginale. Cet épanchement est un mode de réaction de la séreuse et témoigne d'une *vaginalite*. L'hydrocèle est dite *symptomatique* lorsque la cause de la vaginalite est une affection caractérisée, locale ou générale, facile à découvrir (V. ANASARQUE, TESTICULE).

Lorsque l'hydrocèle est le seul symptôme appréciable, on l'appelle *idiopathique* ou mieux *hydrocèle simple*. C'est une affection très fréquente: parfois on peut en soupçonner la cause comme une ancienne vaginalite subaiguë, une épididymite chronique latente entretenue par une urétrite postérieure ou une prostatite. La *filariose* dans les pays chauds provoque fréquemment l'*hydrocèle chyleuse*. D'après des recherches toutes récentes, certaines hydrocèles en apparence simples seraient de nature tuberculeuse. Les nouveau-nés et les jeunes enfants en sont atteints dans la proportion d'un sur douze, cette *hydrocèle infantile* paraît due à un traumatisme; parfois elle accompagne et peut masquer une lésion de syphilis héréditaire.

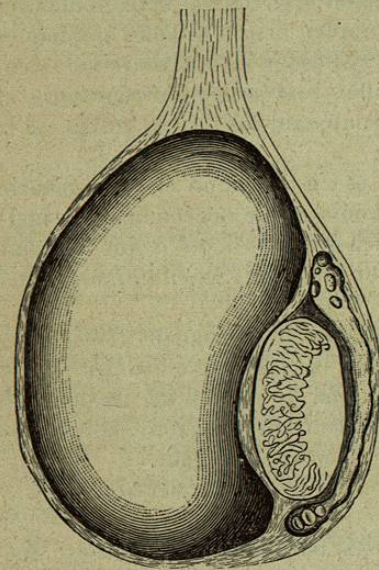


Fig. 192. — Coupe d'une hydrocèle banale (Traité de Chirurgie, Reclus.)

La tunique vaginale, normale ou épaissie, ou bridée, forme la poche, elle peut être multiloculaire. Lorsque le conduit péritonéo-vaginal est resté perméable, l'hydrocèle est appelée *congénitale* [V. NOUVEAU-NÉ (PATHOLOGIE)]. Le liquide est fluide et transparent, citrin dans l'immense majorité des cas, en nos pays; il est parfois brunâtre avec un aspect miroitant dû à la présence de paillettes de cholestérine, plus rarement encore gélatineux; la présence de matières grasses peut lui donner un aspect laiteux, *chyliforme*, c'est rare en dehors de la filariose. Le testicule est en arrière et en dedans de la poche, toujours à quelque distance de l'extrémité inférieure, masqué par le liquide; s'il est en inversion antérieure, c'est en avant de la tumeur qu'il se place. Dans les cas d'épanchement abondant, l'épididyme est étiré; dans les cas d'épanchement ancien, le testicule peut s'atrophier.

Hydrocèle commune non congénitale. — Tumeur pyriforme à grosse extrémité inférieure, en calebasse, pouvant acquérir un volume énorme et revêtir les téguments du pénis, l'hydrocèle commune se développe presque

toujours lentement, elle est *indolore, régulière, non réductible, fluctuante, mate et transparente*.

Un aide éclairant le scrotum d'un côté et de très près, une main placée de champ pour faire écran sur la tumeur tendue: à travers un stéthoscope dont le pavillon est appliqué sur l'autre côté, on perçoit une tache claire; une petite zone opaque révèle quelquefois la position du testicule, renseignement que vient confirmer une pression mesurée, grâce à la sensibilité spéciale de la glande. Certaines hydrocèles en raison de leur contenu ou de l'épaisseur de leurs parois ne sont pas transparentes, c'est très rare. La tumeur est nettement limitée en haut, au-dessus on sent le cordon à travers les enveloppes des bourses; on peut presser sur la tumeur, rien ne reflue vers l'abdomen.

Hydrocèle congénitale. — Si la perméabilité du conduit vagino-péritonéal a persisté, on a l'*hydrocèle congénitale complète*. A la naissance, le canal est

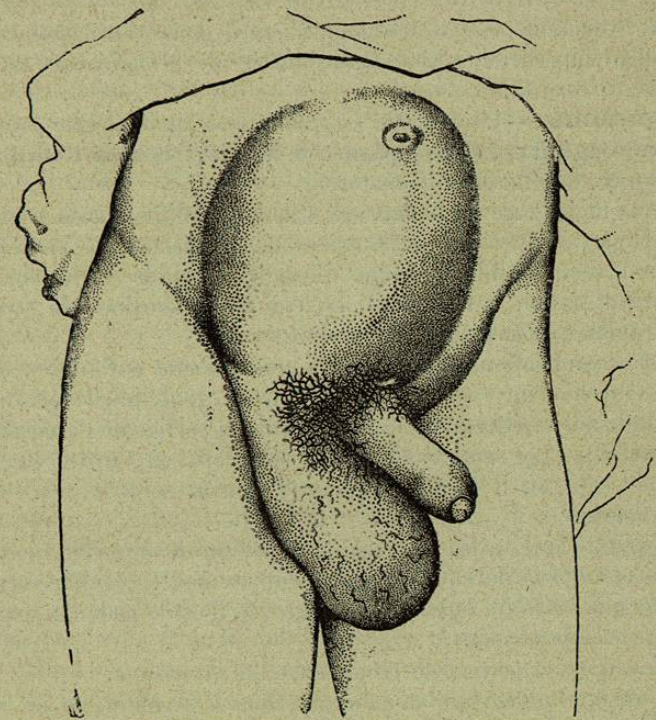


Fig. 193. — Hydrocèle en bissac. (Bazy.)

perméable d'un côté dans 90 pour 100 des cas; à 4 mois sur 4 pour 100, chez l'adulte sur 1 pour 100 des sujets, l'hydrocèle congénitale peut donc se développer chez l'adulte. Les causes en sont multiples, le liquide venant du ventre fréquemment dans ce cas. Son aspect peut rappeler assez celui d'une hernie testiculaire, la tumeur vaginale est réductible dans l'abdomen et l'effort la tend (fig. 193). Ce va-et-vient du liquide est plus ou moins gêné par les diaphragmes du conduit; il peut s'accompagner dans ce cas de bruits de frottement. Le conduit présente quatre rétrécissements, le premier au coude sur l'épigas-

trique, le second à l'orifice profond, le troisième à l'orifice superficiel du canal inguinal, le quatrième est à la partie supérieure de la vaginale. Sur 15 pour 100 des adultes, il existe des portions du conduit restées perméables entre ces rétrécissements, d'où possibilité de diverses variétés d'*hydrocèles congénitales incomplètes* : l'hydrocèle *funiculo-vaginale* occupant la vaginale et le cordon jusqu'à l'orifice inguinal superficiel ; l'hydrocèle *en bissac* de Dupuytren où le liquide, arrêté par le rétrécissement de l'orifice inguinal profond, s'étale, soit au-devant du péritoine, soit dans l'épaisseur de la paroi abdominale antérieure.

D'autre part, une collection liquide venue du ventre, peut distendre le conduit vagino-péritonéal jusqu'au-dessus de la vaginale, c'est l'hydrocèle *péritonéo-funiculaire de Chassaignac* : la vaginale est vide et le testicule nettement senti au-dessous de la tumeur. Le liquide est facilement réduit dans le ventre.

Enfin une hydrocèle peut se développer entre deux rétrécissements, entre l'orifice inguinal superficiel et le sommet oblitéré de la vaginale, c'est l'*hydrocèle enkystée du cordon*.

Complications. — L'hydrocèle est quelquefois double. Elle peut, surtout dans la forme congénitale, s'accompagner de hernie, d'ectopie testiculaire. Elle peut s'enflammer, dégénérer en hématocele.

L'accident le moins rare est la *rupture*. Elle est produite par un traumatisme, un effort, à la partie supérieure et antérieure de la séreuse en général ; elle est révélée par une douleur brusque, une diminution rapide de la tension de la tumeur, une infiltration œdémateuse, ecchymotique souvent, du scrotum, du pénis, de la région hypogastrique et des aines.

Hormis ces complications, l'hydrocèle a une marche chronique, lentement progressive, sans tendance à la guérison. Outre la gêne qu'elle provoque, elle amène, à la longue, un étirement de l'épididyme et parfois de l'azoospermie.

Diagnostic. — Les seuls cas difficiles sont ceux où l'hydrocèle n'est pas transparente et ceux où il coexiste une autre tumeur scrotale, une hernie, un kyste, par exemple.

On peut prendre une hydrocèle opaque pour une *hématocele*, un *sarcome mou*, un *encéphaloïde* développé rapidement et moulé régulièrement sur la vaginale, pour une *maladie kystique du testicule*. C'est la ponction exploratrice qui jugera en dernier ressort.

Une simple palpation permet de reconnaître un *varicocèle*.

La *hernie* est une tumeur qui va du ventre dans le scrotum, on ne la saurait confondre qu'avec une hydrocèle congénitale complète, à condition qu'on palpe le cordon à l'orifice inguinal superficiel. L'entérocele est sonore, se réduit en gargouillant, l'épiplocèle mate est lobulée, pâteuse et maintenue par une corde épiploïque. La hernie permet de sentir le testicule au-dessous d'elle.

Il existe des cas de *hernie irréductible* avec liquide dans le sac, de *sac déshabité* avec épanchement, qui sont fort délicats, mais ils sont très rares. L'opération pour cure radicale affirmera le diagnostic.

L'*hydrocèle enkystée du cordon*, un peu abondante, tombe sur le testicule, formant une tumeur en brioche renversée, comme celle que dessine un grand *kyste de l'épididyme*. Dans ces cas, le testicule est en bas et en avant de la

tumeur. Outre qu'une erreur serait de peu d'importance, la ponction peut nous renseigner, ramenant en général, dans le cas de kyste de l'épididyme, un liquide savonneux avec spermatozoïdes.

Comme cas complexes, il faut songer à la *coïncidence* possible d'une *hernie* avec *ectopie testiculaire* et de l'hydrocèle. Une orchite dans une hydrocèle, une adénite inguinale avec épanchement vaginal ne sauraient vraiment en imposer pour une hernie étranglée.

Traitement. — La *ponction* simple n'apporte qu'un soulagement temporaire, la récurrence est la règle. La *ponction* suivie d'*application modificatrice* guérit 9 fois sur 10, plus sûre encore est la *cure radicale chirurgicale*.

Ponction et injection de teinture d'iode. — Il s'agit d'une hydrocèle commune simple ; le malade est couché sur le dos, les jambes écartées. Une asepsie parfaite est de rigueur, des accidents infectieux ont été observés. L'opérateur, placé à droite du malade, contrôle une dernière fois la position du testicule : si l'organe est bien en arrière, c'est en bas, en avant et en dehors que devra se faire la ponction ; s'il est en avant, en inversion, c'est en arrière qu'on enfoncera le trocart. Celui-ci, un trocart dit à hydrocèle, de 5 ou 4 millim. de diamètre, est tenu de la main droite dont l'index limite les deux ou trois centimètres de pointe qui doivent pénétrer ; la main gauche fixe, soulève et tend la tumeur. L'instrument est enfoncé vivement avec de légers mouvements de vrille ; on sent bientôt que la pointe a traversé la paroi et joue librement dans une cavité. Sans mouvement brusque, appuyant sur la canule pour la maintenir dans la poche, on retire le mandrin, le liquide s'écoule, la poche s'affaisse, le testicule peut être palpé. Une fois l'écoulement tari, on pousse dans la vaginale par la canule 6 ou 8 c. c. d'une solution de cocaïne ou de stovaine à 1 pour 100. On attend 5 minutes, pendant lesquelles on malaxe doucement la poche, en prenant garde d'y maintenir l'extrémité de la canule, puis, avec une seringue dont l'embout est adapté ou relié à la canule, on injecte de 40 à 80 gr. de teinture d'iode fraîche, suivant la capacité de la vaginale ; un entonnoir avec un tube de 20 centimètres remplacerait avantageusement la seringue. Ceci fait, nouvelle malaxation prudente, durant 2 minutes environ, et on laisse sortir la teinture d'iode. En dépit des mouvements d'expression, il en reste toujours quelques grammes, parfois même il n'en sort presque pas ; cet accident est sans inconvénient, mais il est préférable de faire passer alors une centaine de grammes d'eau en deux fois pour enlever le liquide caustique. Quand la canule ne donne plus rien, on l'enlève vivement. Il suffit en général de passer un peu d'alcool qui fait contracter le dartos, de jeter un peu de poudre de talc stérilisée et de placer une compresse sur l'orifice à peine visible. Le pansement au collodion est malpropre et gênant. Les bourses sont maintenues sur du coton ou sur une planchette, le repos au lit est nécessaire pendant quelques jours. Le malade sera prévenu que son scrotum va, dans une dizaine d'heures, s'œdématiser considérablement, devenir chaud et un peu douloureux, que cet état réactionnel durera 8 à 12 jours, puis disparaîtra peu à peu en 6 semaines environ. Cette inflammation, c'est le processus de guérison. Les accidents à redouter sont : une douleur excessive, elle n'est pas à craindre après l'anesthésie locale, en général le malade ne sent qu'un peu de chaleur le long du cordon, la piqûre d'un vaisseau ou du testicule, elle peut en général être évitée et elle est sans danger si l'asepsie

est rigoureuse. La pénétration de la teinture d'iode dans la paroi scrotale, dans le tissu cellulaire des bourses est plus grave. Elle peut provoquer un phlegmon aseptique, donc il faut toujours s'assurer que le bout de la canule est resté dans la poche. Des compresses humides, très chaudes, fréquemment renouvelées, atténueront les accidents.

Cure radicale. — La cure radicale est le procédé le plus sûr, il faut l'employer dans le cas d'hydrocèle congénitale, lorsque le diagnostic est hésitant, car l'incision devient exploratrice, et lorsqu'il y a coexistence d'une autre affection, d'une hernie, par exemple. C'est une opération facile, l'*anesthésie locale* avec une solution de cocaïne ou de stovaine à 1 ou à 1 demi pour 100 est très suffisante. Faire sur la face antérieure de la tumeur une trainée anesthésique intradermique, verticale, assez large, longue de 8 centimètres ou plus, suivant les cas; attendre 5 minutes, inciser la peau et le dartos; décortiquer le feuillet fibro-vaginal jusqu'en arrière; si ce feuillet est épais, il est nécessaire, pour l'isoler sans douleur, d'y faire quelques injections interstitielles de stovaine. Luxer, vaginale et contenu, hors du scrotum; faire une boutonnière avec prudence, en faisant un pli, sur la face antéro-externe de la tumeur, loin du testicule, pour la vider; agrandir l'incision, en repérer les bords; verser 5 c. c. de solution anesthésique dans la vaginale et attendre que le liquide ait bien humecté toute la surface interne de la séreuse. On peut alors faire, soit la résection, soit le retournement de la vaginale pariétale.

La résection peut être partielle; on doit, dans ce cas, frotter le feuillet viscéral avec une solution phéniquée à 5 pour 100 pour provoquer la formation d'adhérences. La résection totale du feuillet pariétal supprime la cavité vaginale; elle doit être poussée très loin et avec prudence.

Plus rapide et plus élégant est le procédé du retournement: les bords de l'ouverture du feuillet pariétal sont éversés et ramenés en haut en collerette autour du cordon, où ils sont fixés par un surjet en bourse. Le testicule évaginé n'a plus de séreuse. Le tout est réduit dans le scrotum, l'hémostase faite soigneusement; on suture au crin ou au catgut; le drainage est inutile, mais il est bon d'appliquer un suspensoir compressif.

L'expérimentation montre que le testicule, privé de la séreuse, pâtit d'abord un peu, présente un peu d'atrophie, puis une séreuse se reforme petit à petit. La récurrence, pour très exceptionnelle qu'elle soit, ne serait pas impossible.

Lorsqu'il s'agira d'*hydrocèle congénitale* avec un état général permettant l'intervention, outre le retournement de la vaginale, on pratiquera la dissection et la résection du conduit vagino-péritonéal, puis on consolidera la paroi comme dans le cas de cure radicale de hernie congénitale.

Chez le *nouveau-né*, les petits moyens: une compression légère, un bandage à pelote insufflée sur le trajet inguinal s'il s'agit d'une variété congénitale, et l'application de compresses humectées de solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque, suffisent généralement pour faire disparaître l'hydrocèle. Quand ces moyens échouent, la ponction suivie d'injections modificatrices est indiquée.

LARDENNOIS.

HYDROCÉPHALIE. — V. ENCÉPHALOPATHIES INFANTILES, NOUVEAU-NÉ, DYSTOCIE FŒTALE.

HYDROGÈNE SULFURÉ (INTOXICATION). — L'intoxication peut être foudroyante (plomb des vidangeurs); la victime tombe assommée. Il survient parfois avant ce coma terminal, entrecoupé ou non de convulsions, une période courte d'ailleurs d'ébriété délirante, ou bien il existe une période de mouvements respiratoires désordonnés pendant laquelle les matières fécales de la fosse ou les graviers de l'égout peuvent être aspirés fort avant et obstruer le nez, la bouche, jusqu'à des bronches de petit calibre. Dans les cas d'intoxication plus lente, on peut rencontrer des vertiges, de la lipothymie, de la dyspnée, quelquefois des paralysies ou de violentes coliques. Un ouvrier, guéri, en apparence peut rentrer tranquillement chez lui, et, brusquement, succomber quelques heures plus tard à de l'œdème suffocant du poumon.

Traitement. — Avant tout, soustraire le malade au milieu toxique; s'efforcer de le remonter au moyen de cordes, etc., tout homme allant à son secours s'exposant aux mêmes accidents. On pratiquera la respiration artificielle, les tractions rythmées, l'inhalation d'oxygène ou de faibles quantités de chlore. Pour cela, on verse sur un mouchoir de l'eau chlorée, ou l'on fait tomber quelques gouttes de vinaigre sur la compresse imbibée d'une solution de chlorure de chaux.

FRANÇOIS MOUTIER.

HYDRONÉPHROSE. — V. URONÉPHROSE.

HYDROPIE. — V. ASCITE, ŒDÈME.

HYDRORRHÉE. — C'est l'écoulement par les voies génitales d'un liquide séreux, quelquefois même clair et limpide. Il ne contient pas de mucine, ce qui le distingue des liquides plus ou moins visqueux de la leucorrhée. Il est sécrété par la muqueuse utérine et se montre surtout dans les *fibromes* utérins et dans le *cancer* de l'utérus, principalement au début.

On l'observe encore pendant la *grossesse*, surtout au cours des derniers mois, à la suite d'une inflammation des glandes de la caduque.

Enfin elle peut être due à l'écoulement du *liquide amniotique*, et dans ces conditions précède en général de fort peu l'expulsion de l'embryon ou du fœtus.

J.-L. FAURE.

HYDRORRHÉE DE LA GROSSESSE. — On donne le nom d'hydrorrhée à l'écoulement hors des organes génitaux d'un liquide aqueux, plus ou moins abondant, provenant de la cavité utérine.

Si on laisse de côté les cas de *rupture prématurée des membranes*, rupture accompagnée de l'écoulement plus ou moins abondant et plus ou moins rapide du liquide amniotique, il semble que l'hydrorrhée vraie soit habituellement le résultat d'une hypersécrétion des glandes de la caduque, hypersécrétion liée à une endométrite, d'où le nom d'hydrorrhée déciduale; cela est d'autant plus vraisemblable qu'on voit, dans certains cas, après l'accouchement et après la période puerpérale, l'hydrorrhée se reproduire à plusieurs reprises et, parfois, pendant plusieurs années à intervalles plus ou moins éloignés. Toutefois, on ne saurait affirmer que l'endométrite soit l'unique cause de l'hydrorrhée.

Symptômes. — L'écoulement du liquide se produit brusquement, sans prodromes. La femme se sent mouillée tout d'un coup. Le liquide est parfois assez abondant pour que, une fois la chemise imbibée, il en tombe à terre une certaine quantité.

Ce liquide est limpide, clair, à peine teinté. Il tache très légèrement le linge. Il s'écoule en un flot suivi ou non d'un suintement qui, chez certaines femmes, dure à peine quelques heures et, chez d'autres, a été constaté pendant plusieurs jours. Le plus souvent, surtout lorsque le premier écoulement s'est produit dans les premiers mois de la grossesse, l'hydrorrhée se reproduit à plusieurs reprises et à des intervalles irréguliers. Après l'écoulement hydrorrhéique, le palper montre que l'utérus présente son volume normal, étant donné l'âge présumé de la grossesse. Par le toucher, on ne constate aucune modification du col.

Généralement, l'écoulement hydrorrhéique n'est suivi d'aucune complication; Parfois, on a noté quelques contractions utérines; dans d'autres cas, de véritables menaces d'avortement (Tarnier).

Diagnostic. — L'examen des linges permet de ne confondre avec l'hydrorrhée, ni l'émission involontaire d'urine (odeur spéciale), ni la leucorrhée d'ailleurs, ne se traduit généralement pas par des écoulements brusques.

La grosse difficulté du diagnostic consiste à différencier l'hydrorrhée de l'écoulement du liquide amniotique consécutif à la rupture des membranes.

L'écoulement d'une très grande quantité de liquide, et la persistance prolongée du suintement consécutif doivent faire conclure plutôt en faveur d'une rupture des membranes.

L'absence de suintement et la production de plusieurs flots successifs est en faveur de l'hydrorrhée.

Toutefois, le diagnostic reste souvent indécis et ne peut même être précisé par l'examen de l'œuf après la délivrance.

Pronostic. — Le pronostic de l'hydrorrhée n'est point toujours défavorable. Assez souvent, la grossesse suit son cours, arrive jusqu'à son terme et l'enfant ne souffre pas quand la grossesse a été bien soignée.

Traitement. — Étant donné qu'il est souvent difficile de différencier l'hydrorrhée et la rupture prématurée des membranes; que, même le diagnostic fût-il fait de façon précise, l'hydrorrhée peut être suivie de menaces d'avortement ou d'accouchement prématuré, il est prudent de maintenir la femme au lit pendant quelques jours. Le séjour au lit sera maintenu plus longtemps s'il se produit un suintement persistant.

M. OUI.

HYDROSALPINX. — Certaines salpingites kystiques sont remplies d'un liquide clair, plus ou moins aqueux, plus ou moins filant, tenant en suspension des cellules épithéliales, des globules blancs, parfois des globules rouges en petit nombre. La nature de ce liquide, ou plutôt son aspect, car il est de composition fort diverse, a fait donner à ces poches salpingiennes le nom d'*hydrosalpinx*. Ce sont en somme de vieilles salpingites chroniques, devenues depuis longtemps stériles. La paroi kystique est très variable. Elle est souvent fort mince, et la muqueuse présente toutes les lésions de l'inflammation chronique. L'hydrosalpinx ne se manifeste par aucun phénomène particulier et ne

peut être reconnu avec quelque précision qu'au moment même de l'opération (V. SALPINGO-OVARITES).

J.-L. FAURE.

HYDROTHERAPIE. — L'hydrothérapie est l'ensemble des pratiques destinées à déterminer chez les malades une *réaction*. La réaction varie suivant le procédé employé, suivant les malades, et suivant la température de l'eau.

La réaction la plus complète est celle qui est produite par une douche froide de percussion suffisante (8° à 10°). Elle se compose de trois effets superposés : réaction de sensibilité, réaction circulatoire, réaction thermique.

La *réaction de sensibilité* est constituée par l'ébranlement auquel est soumis le système nerveux périphérique et les voies centripètes, et par les réflexes produits consécutivement à la sensation du froid. Ses effets sont essentiellement toniques, c'est-à-dire excitants chez les déprimés, les ralentis et calmants, par régulation des fonctions de réceptivité et de transmissibilité des nerfs, chez les malades excitables (faiblesse excitable par exemple).

La *réaction circulatoire* est réalisée par des phénomènes vaso-moteurs. Au premier contact de l'eau froide avec la peau, celle-ci devient pâle, exsangue (vaso-constriction), puis très rapidement le plus souvent, elle se colore en rose ou en rouge plus ou moins foncé suivant les malades (vaso-dilatation). C'est cette coloration qui indique que la réaction est faite : *on doit toujours l'obtenir*.

La *réaction thermique* est l'effort que fait l'organisme pour lutter contre le refroidissement, elle nécessite une plus grande consommation d'oxygène et une plus grande activité respiratoire : le malade, qui avait froid, se réchauffe, sa respiration s'accélère, puis devient plus profonde et plus ample : autre signe que la réaction est faite.

L'eau très chaude (38° à 40°) donne la réaction de sensibilité et la réaction circulatoire, pas de réaction thermique. Ses effets sont toniques pour les applications courtes, anesthésiques de la douleur pour les applications un peu longues.

L'eau chaude (34° à 36°) donne la réaction circulatoire, peu de réaction de sensibilité, pas de réaction thermique.

L'eau tiède (28° à 33°) donne le minimum de réaction. Elle appartient aux procédés neutres ou sédatifs par application prolongée.

Manière de formuler. — La forme d'hydrothérapie la plus énergique est la douche en jet. On doit la formuler avec soin. Il ne faut pas dire à un malade : prenez des douches. Il faut lui indiquer exactement la température, la durée et le degré de percussion qui lui conviennent. Ne pas abuser de la douche écossaise, trop brutale ou trop banale. C'est souvent parce qu'on n'a pas soigneusement institué le traitement hydrothérapique qu'il donne des mécomptes.

En pratique le médecin se trouve en présence de deux alternatives : 1° il envoie son malade à un garçon doucheur ou à une doucheuse, et alors il indique soigneusement la formule à appliquer, les régions sur lesquelles il faut insister, celles qu'il y a lieu d'éviter, toutes les précautions à prendre, et enfin surveillera lui-même le traitement s'il le peut.

2° Il envoie son malade à un médecin doucheur, ce qui vaut beaucoup mieux. Dans ce cas il indique seulement le diagnostic, l'état de la circulation et du cœur, le chiffre de la pression artérielle, l'effet à obtenir, et laisse le champ