

Le siège du testicule sera déterminé par l'opacité et la douleur testiculaires caractéristiques.

Certaines hydrocèles tendues, petites, non transparentes, peuvent être prises pour des tumeurs solides et leur nature ne peut être reconnue que par la ponction.

L'hydrocèle se distingue de la hernie scrotale par le mode de développement de la tumeur, qui dans la hernie se fait de haut en bas, tandis que dans l'hydrocèle il se fait en sens inverse.

La hernie laisse le testicule indépendant et faisant saillie audessous d'elle, à moins qu'il ne s'agisse d'une hernie congénitale; elle reçoit l'impulsion de la toux, elle est sonore à la percussion par chiquenaude et souvent réductible avec gargouillement.

Le diagnostic différentiel est plus difficile avec l'hydrocèle en *bissac* et surtout quand il y a en même temps coïncidence d'une hernie.

Les caractères qui différencient l'hydrocèle de l'hématocèle et les tumeurs du testicule, de l'épididyme et du cordon, seront étudiés avec ces affections.

**Pronostic.** — Le pronostic de l'hydrocèle est bénin, la maladie pouvant guérir dans l'immense majorité des cas par une intervention sans gravité. Les hydrocèles volumineuses et anciennes peuvent réclamer un traitement plus important.

**Traitement.** — Les applications de compresses résolutiveuses trempées dans une solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque peuvent, chez les tout jeunes enfants, amener la résolution de l'hydrocèle.

Chez l'adulte, ce traitement est toujours insuffisant. Le véritable traitement consiste à vider la poche et à modifier la paroi vaginale.

La *ponction* simple ne peut être considérée que comme un moyen palliatif toujours suivi de récurrence.

Le traitement usuel consiste à vider la collection avec un trocart dit à *hydrocèle* et à injecter de suite dans la poche, par la canule du trocart laissée en place, une solution de teinture d'iode dans la proportion de deux tiers de teinture pour un tiers d'eau ou de la teinture d'iode pure. Le liquide est laissé trois à cinq minutes en contact avec les parois de la vaginale, pendant que les bourses sont légèrement malaxées.

L'injection détermine une douleur assez violente, variable suivant les sujets, surtout accusée dans la région du cordon et des lombes et allant en s'atténuant pour disparaître en général au bout de deux

heures. Cette douleur peut être très atténuée par l'injection préalable dans la cavité vaginale d'une solution de cocaïne au  $\frac{1}{50}$ ; la solution est laissée environ cinq minutes dans la vaginale et est remplacée par l'injection iodée.

Dans les trois ou quatre premiers jours qui suivent, il se fait un gonflement dû à la reproduction du liquide, quelquefois même en plus grande quantité qu'avant l'opération; en vingt à trente jours, la résorption est en général complète. Dans les hydrocèles volumineuses et anciennes, surtout chez les vieillards, elle peut demander deux mois et même plus.

Dans le cas d'hydrocèle double, l'opération pratiquée d'un seul côté amène quelquefois la guérison simultanée des deux tumeurs.

L'injection iodée semble agir par *substitution* en modifiant les qualités sécrétoires de la tunique vaginale; son principal avantage consiste à ne pas provoquer, dans la majorité des cas, d'adhérences entre les deux feuillets de cette tunique. Ces adhérences ne sont pas sans inconvénients, puisqu'elles semblent pouvoir déterminer l'anémie et l'atrophie testiculaires.

La piqûre du testicule, la suppuration de la tunique vaginale, l'injection du liquide entre les couches du scrotum et le phlegmon gangréneux consécutif, sont des accidents exceptionnels, le plus souvent imputables à une faute opératoire.

Chez l'enfant, un doigt sera solidement appliqué à l'orifice inguinal externe pendant l'injection iodée pour prévenir sa pénétration dans le péritoine en cas de persistance du conduit vagnopéritonéal.

Le traitement de l'hydrocèle par *incision* a été remis en honneur par Volkmann (1876), grâce à l'antisepsie.

L'opération consiste à inciser les bourses dans toute l'étendue de la tumeur, à vider la collection, à explorer la cavité vaginale et à la débarrasser par raclage ou par dissection de tous les produits (kystes, fausses membranes, corps étrangers, etc.) qui peuvent y entretenir une irritation. Puis les parties divisées sont suturées, soit sur un seul plan (Volkmann), soit sur deux plans (Julliard), suture vaginale et suture cutanée.

L'opération est faite avec toutes les précautions de la méthode antiseptique. Les suites en sont d'ordinaire très simples et la guérison s'effectuerait en une dizaine de jours en moyenne (Julliard), tandis

qu'après l'injection iodée trois semaines sont nécessaires dans la plupart des cas (Gosselin).

La statistique de tous les faits connus ne donne *qu'un insuccès* sur 100 opérations (Renard, Thèse de Paris, 1884); aucune autre méthode n'a jusqu'alors fourni un pareil résultat.

On peut peut-être reprocher à l'incision d'oblitérer la tunique vaginale et de nuire ainsi à la sécrétion du sperme (Gosselin).

Le traitement par incision nous semble devoir être réservé pour les cas où les parois vaginales sont épaissies et tapissées de corps étrangers, quand l'hydrocèle est multiloculaire ou compliquée de lésions épiddymaires ou testiculaires, enfin quand elle a récidivé après l'injection iodée convenablement faite.

L'hydrocèle est aussi quelquefois traitée par la cautérisation de l'intérieur de la tunique vaginale avec du nitrate d'argent fondu porté à l'extrémité d'une sonde cannelée ordinaire (*méthode de Defer*, 1858), par l'injection de quelques gouttes d'alcool pur (Gust. Monod) ou d'un gramme d'une solution de chlorure de zinc au  $\frac{1}{10}$  (Polaillon), après soustraction d'une petite quantité du liquide vaginal, ou d'une solution de sublimé au  $\frac{1}{1000}$  substituée à l'injection iodée.

#### b. — HYDROCÈLE CONGÉNITALE.

L'hydrocèle congénitale est caractérisée par l'accumulation du liquide dans le conduit vagino-péritonéal et la possibilité du reflux de ce liquide de la tunique vaginale dans le péritoine.

Le canal de communication entre les deux cavités présente des dimensions variables; en général il admet tout au plus une plume d'oie, mais il peut être tellement petit que la pression ne refoule le liquide qu'avec la plus grande difficulté.

Le testicule peut occuper divers points suivant que sa migration a été complète ou incomplète; on le trouve soit au fond des bourses, comme dans l'hydrocèle ordinaire, soit dans l'abdomen, soit fixé à l'anneau inguinal externe.

L'hydrocèle congénitale peut se compliquer de la présence d'une hernie.

**Symptômes.** — La tumeur a les caractères de l'hydrocèle ordinaire; sa limite supérieure est moins nettement accusée. Une pres-

sion douce ou le décubitus dorsal prolongé fait passer le liquide dans l'abdomen; la collection est plus volumineuse le soir que le matin au moment du lever. La toux et les efforts communiquent à la main une impulsion comme dans les hernies.

Le testicule retenu à l'anneau ou dans l'abdomen fait assez souvent défaut dans la tumeur.

Cette affection guérit quelquefois spontanément ou après une ponction simple. Une compression modérée sera exercée au niveau du trajet inguinal avec un bandage herniaire pour obtenir l'oblitération du trajet.

Si l'on pratique l'injection iodée, celle-ci doit être poussée avec précaution et en petite quantité pendant qu'un doigt comprime le trajet inguinal.

#### VAGINALITE CHRONIQUE HÉMORRHAGIQUE. — HÉMATOCÈLE SPONTANÉE DE LA TUNIQUE VAGINALE.

La vaginalite chronique, signalée pour la première fois par J. Hunter, distinguée par Velpeau de l'hydrocèle, décrite par E. Cloquet (Thèse, 1846), n'est mieux connue que depuis un important mémoire de Gosselin (*Archives générales de médecine*, 1851) et les travaux de Virchow sur les lésions des séreuses.

**Anatomie pathologique.** — La lésion caractéristique est un épaississement de la tunique vaginale. Cet épaississement serait dû (Gosselin) au dépôt de fausses membranes sur la face interne de la séreuse, mais il est également formé par l'hyperplasie du tissu cellulaire sous-séreux, qui peut se recouvrir de végétations conjonctives.

La *fausse membrane* qui tapisse la face interne de la vaginale s'organise et devient une *néo-membrane*; elle s'épaissit de plus en plus au point d'acquérir 1 ou 2 centimètres, elle devient dure, inflexible et forme une coque résistante, dans laquelle on trouve quelquefois des infiltrations cartilagineuses, ossiformes ou calcaires, siégeant surtout dans le voisinage du testicule. Cette néo-membrane s'accroît par l'addition de couches superposées sans régularité; elle possède dans son épaisseur de nombreux capillaires de nouvelle formation, à parois dilatées et fragiles, dont la rupture donne lieu à de petits foyers hémorrhagiques.

La fausse membrane qui recouvre le testicule est toujours beaucoup plus mince que celle qui revêt la séreuse pariétale.

Sa surface interne, rugueuse, chagrinée, est en rapport avec le liquide contenu dans la tumeur; elle est tapissée par des caillots fibrineux diversement colorés qui augmentent l'épaisseur de la fausse membrane dont il est facile de la séparer.

Le liquide contenu dans la poche peut être séreux et citrin (vaginalite simple, proliférante); le plus souvent il est coloré par le sang et a la couleur du café, du chocolat, quelquefois de la bile ou du lait. Il est fluide ou il a une consistance sirupeuse; il peut contenir en suspension des paillettes de cholestérine.

Le testicule ayant la même situation que dans l'hydrocèle se trouve quelquefois perdu dans l'épaisseur des fausses membranes, où il est difficile de le retrouver; il est ordinairement aplati, atrophié et anémié. L'épididyme est allongé, aplati, comme dans les grosses hydrocèles.

**Physiologie pathologique.** — On admet aujourd'hui, d'après le travail de Gosselin, que la vaginalite chronique est la maladie primitive et que l'épanchement sanguin ou *hématocele* n'en est que la conséquence. La vaginalite peut évoluer sans se compliquer d'hématocele.

A la suite d'une irritation chronique dont le point de départ est le plus souvent une affection du testicule ou de l'épididyme, quelquefois une contusion chronique et répétée des bourses (équitation), la tunique vaginale se comporte comme toutes les séreuses chroniquement enflammées. Sa face interne se desquame, se recouvre de fausses membranes, pendant que le tissu cellulaire sous-séreux s'épaissit et s'indure. Les nombreux capillaires disséminés dans ces tissus nouveaux, à parois fragiles et mal soutenues, se rompent en donnant lieu soit à des hémorragies interstitielles, soit à une hémorragie dans la cavité vaginale, et l'*hématocele* est constituée. Le même processus se retrouve pour certaines hémorragies méningées et certaines hématoèles péri-utérines (Baillarger, Virchow, Lanceaux).

**Symptômes.** — La vaginalite chronique semble quelquefois succéder à l'hydrocèle, mais dans ce cas l'hydrocèle n'est-elle pas la première expression de l'irritation de la séreuse?

D'autres fois elle se développe d'emblée, d'une manière lente et

insidieuse, sous forme d'une augmentation de volume ovoïde ou piriforme d'un côté des bourses. La tumeur est lisse, régulière, recouverte par les téguments sains, glissant sur elle. Sauf la transparence, elle peut avoir tous les caractères de l'hydrocèle; on dit alors qu'il y a *hydro-hématocele*. La consistance est variable; en général, la fluctuation est obscure et il existe plutôt de la rénitence; quelquefois, la tumeur est dure et résistante comme une tumeur solide. En général, elle est indolente et ne gêne le malade que par son poids.

La place du testicule ne peut être déterminée.

La production d'un épanchement sanguin, à l'occasion d'une contusion ou d'un effort ou sans cause appréciable, se traduit par une augmentation rapide de la tumeur, qui devient plus rénitente et quelquefois fluctuante. Au bout de peu de jours, le volume diminue en restant plus considérable qu'avant l'accident et la tuméfaction redevient dure et résistante.

La marche de l'affection est essentiellement chronique et se compte par mois et par années.

De temps à autre, spontanément et surtout à la suite d'une ponction dans la tumeur, se déclarent des phénomènes inflammatoires qui peuvent aller jusqu'à la suppuration, en s'accompagnant de phénomènes généraux graves. La tumeur augmente rapidement de volume, devient rouge, chaude, tendue et douloureuse; des gaz se développent dans la poche et celle-ci s'ouvre ou est ouverte en un point en donnant lieu à un écoulement abondant de pus fétide, mélangé de caillots et de sang plus ou moins altéré.

Si l'ouverture est insuffisante, des phénomènes graves de septicémie ne tardent guère à éclater et peuvent rapidement emporter le malade.

**Diagnostic.** — L'hématocele se distingue de l'hydrocèle par l'absence de transparence, la consistance de la tumeur qui est rarement fluctuante, les poussées aiguës d'accroissement qu'elle subit.

Dans nombre de cas de vaginalite chronique où les parois sont très épaisses, où la consistance est considérable, l'affection est prise pour une tumeur solide du scrotum et en particulier pour une tumeur maligne. La ponction elle-même n'est pas toujours capable de lever les doutes; car elle peut ne rien ramener ou ne ramener que du sang, qu'il s'agisse d'une tumeur ou d'une hématocele. Le diagnostic doit

souvent se faire le bistouri à la main, et la conduite est réglée d'après la nature de la tumeur.

D'une manière générale, toutes les fois qu'on hésite entre un cancer et une hématoécèle, il faut diagnostiquer un cancer (Nélaton).

**Pronostic.** — L'hématoécèle est une affection grave; elle compromet les fonctions du testicule et nécessite une intervention qui n'est pas toujours sans danger.

**Traitement.** — Au point de vue du traitement, il est nécessaire de distinguer les hématoécèles dans lesquelles les parois sont peu épaissies de celles où elles ont acquis une épaisseur considérable. Dans le premier cas, la ponction et l'injection iodée pratiquée après des lavages abondants de la poche destinés à entraîner tous les caillots, ont donné souvent de bons résultats.

Si cette intervention est insuffisante et si elle est suivie de phénomènes inflammatoires, la poche doit être fendue largement, débarrassée des produits qu'elle renferme et pansée antiseptiquement.

Dans le cas d'hématoécèle à parois très épaissies, cette ouverture large s'impose d'emblée et n'est que le premier temps d'une opération ayant pour but l'ablation ou la destruction des néo-membranes qui tapissent la face interne de la tunique vaginale. Sous le nom de *décor-tication*, Gosselin a pratiqué soit avec les doigts, soit avec une spatule, le décollement de la fausse membrane de proche en proche, depuis les lèvres de l'incision cutanée jusqu'au testicule.

Cette opération peut se faire plus simplement aujourd'hui à l'aide de la cuiller tranchante avec laquelle on racle et on enlève les nouveaux produits. La plaie est avantageusement laissée ouverte et bourrée de gaze iodoformée.

Il est souvent nécessaire de réséquer une bonne partie des bourses et de l'épaississement de la vaginale en forme de tranches de melon pour diminuer l'étendue de la cavité suppurante.

Enfin, la castration est le seul traitement applicable dans les cas où les parois très épaissies, devenues ossiformes ou cartilagineuses, sont incapables de bourgeonner et de se cicatriser, et où le testicule, perdu et atrophié dans les néo-membranes, ne peut être conservé sans aucune utilité.

## AFFECTIONS DU TESTICULE ET DE L'ÉPIDIDYME

### I

#### ANOMALIES DU TESTICULE.

Les anomalies du testicule ont été étudiées dans un certain nombre de travaux restés classiques et qui sont dus à Follin (*Archives générales de médecine*, 1851), à Roubaud (*Traité de l'impuissance*, 1852), à Godard (*Mém. Soc. de biologie*, 1856, et Thèse de Paris, 1858) à Le Dentu (Thèse agrégation, 1869).

L'*hypertrophie* et l'*atrophie* testiculaires d'origine congénitale sont peu connues; l'hypertrophie ne se montre qu'à la puberté, tandis qu'au contraire l'atrophie peut disparaître au moment des passions sexuelles et avec l'exercice des fonctions génitales. Beaucoup de cas d'atrophie réputée congénitale ne sont probablement que des manifestations de la syphilis héréditaire (Hutinel).

On ne connaît qu'une observation probante (G. Blasius) dans laquelle l'examen anatomique ait démontré la présence d'un testicule *surnuméraire* à droite (*triorchidie*).

L'*absence* de testicule ou *anorchidie* est moins rare; Grüber en signale 51 cas, dont 25 d'anorchidie *simple* et 8 d'anorchidie *bilatérale*. Le testicule peut manquer seul; le plus souvent il manque en même temps que l'épididyme.

Is. Geoffroy Saint-Hilaire a rapporté le seul exemple connu de fusion des testicules dans l'abdomen (*synorchidie*); cette fusion a été vue dans le scrotum, comme elle existe normalement chez les kangarous, où le scrotum n'est pas cloisonné.

#### ANOMALIES DE POSITION, ECTOPIES.

Le testicule est en *ectopie* quand il s'est arrêté en un point de la migration qui l'amène de l'abdomen au fond des bourses.

Les mots *monorchidie*, *cryptorchidie simple* désignent l'absence