

vitalité, ou, mieux encore, qui détermine l'oblitération de la cavité séreuse du testicule. Plusieurs procédés ont été mis en usage dans ce but.

On a employé la *cautérisation*, soit avec le cautère potentiel, soit avec le cautère actuel; G. de Salicet a préconisé les *tentes et les canules* introduites dans la tunique vaginale; Lanfranc, Franco, Paul d'Egine, Marini et surtout Pott ont employé le *séton*; Celse et Guy de Chauliac ont pratiqué l'*incision* des enveloppes de l'hydrocèle; Léonidas, Douglass et Kinder-Wood ont eu recours à l'*excision* totale ou partielle de la tunique vaginale. Ces procédés sont pour la plupart tombés en désuétude; l'*excision partielle* de la tunique vaginale mérite seule d'être conservée pour les cas d'hydrocèle avec épaissement de la tunique vaginale, et nous y reviendrons dans l'histoire de l'hématocèle. Le mode de traitement généralement suivi aujourd'hui consiste à vider le contenu de l'hydrocèle par une ponction faite avec un trocart, puis à introduire par la canule de l'instrument et jusque dans la cavité de la tunique vaginale un liquide *irritant*. Cette méthode appartient à Monro; elle comporte un certain nombre de procédés, suivant le liquide qu'on emploie pour faire l'injection. Ainsi l'on s'est servi d'eau de chaux chargée de sublimé (Lembert), d'alcool pur ou affaibli (Monro), de vin rouge, de vin de Porto coupé avec une décoction de roses (Earle), de vin de Médoc affaibli (Juncker), d'une solution de potasse; de sulfate de zinc (Lerret); de vin rouge additionné de roses de Provins (Boyer); d'alcool camphré, etc. De tous les liquides qu'on a successivement expérimentés, il n'en est que deux qui sont restés dans la pratique, à savoir le vin chaud et la teinture d'iode, cette dernière mise pour la première fois en usage en France par Velpeau, et en Angleterre par Martin.

Pour opérer l'hydrocèle avec le *vin*, il faut se servir de vin commun, et porter la température du liquide à environ 40 degrés centigrades. Il est nécessaire de pratiquer deux injections successives dans la tunique vaginale, et de laisser séjourner ce liquide pendant 4 minutes environ. Il faut aussi prendre la précaution, quand le vin s'écoule par la canule du trocart, ou quand on l'injecte dans la tunique vaginale, que ce liquide ne s'insinue pas dans le tissu cellulaire sous-scrotal; le contact du vin avec le tissu cellulaire produit presque toujours une inflammation des plus intenses qui se termine promptement par la gangrène.

Si on veut se servir de *teinture d'iode* de préférence au vin, il faut employer de la teinture d'iode mélangée avec de l'eau, dans les proportions d'un huitième à un quart de teinture d'iode pour sept huitièmes à trois quarts d'eau, ou bien encore y ajouter une petite quantité d'iodure de potassium. Ainsi Curling préconise la préparation suivante: Pr.: Teinture d'iode, 2,30; iodure de potassium, 4; alcool, 30; qu'on emploiera sans addition d'eau chez l'adulte, avec addition de moitié d'eau chez l'enfant. Dans tous les cas, il n'est pas nécessaire, quand on se sert de la teinture d'iode, de pratiquer plus d'une seule injection; l'important est que le liquide soit en contact avec tous les points de la séreuse, ce que l'on obtient facilement en exerçant sur la partie du scrotum occupée par la tumeur

quelques manipulations qui ont pour effet de déplacer les parois opposées de la tunique vaginale.

Les chirurgiens modernes sont encore partagés d'opinion relativement à la préférence à accorder soit aux injections vineuses, soit aux injections avec la teinture d'iode. On a surtout reproché au vin chaud d'exposer à la gangrène du scrotum, mais cet accident peut être facilement prévenu si l'opération est pratiquée d'une manière convenable; on a également prétendu que les injections vineuses sont plus douloureuses que les injections iodées, nous pouvons assurer que nous avons entendu des malades opérés par l'iode se plaindre vivement. D'un autre côté, il est incontestable que les injections avec le vin donnent des guérisons beaucoup plus sûres que les injections avec la teinture d'iode. Nous avons vu depuis quelques années un certain nombre de malades opérés par l'iode revenir peu de temps après réclamer une nouvelle opération. On a surtout attribué à l'iode l'avantage de guérir l'hydrocèle sans oblitérer la tunique vaginale; or, d'après les observations de Gosselin, l'oblitération de la tunique vaginale aurait pour effet de produire une *anémie* de la substance du testicule et une diminution de la sécrétion spermatique. Ces dernières assertions sont loin d'être définitivement démontrées pour nous; ainsi les résultats mêmes des autopsies pratiquées par Hutin, aux Invalides, sur des sujets opérés de l'hydrocèle plusieurs années auparavant par les injections iodées démontrent que l'oblitération de la séreuse est encore assez fréquente dans ce cas; en second lieu, les observations de Gosselin sur l'anémie du testicule consécutive à l'oblitération de la tunique vaginale sont trop peu nombreuses pour qu'on les accepte définitivement. Nous croyons donc que les injections vineuses sont préférables aux injections d'iode, et qu'elles produisent une guérison beaucoup plus certaine et plus durable.

3<sup>o</sup> HYDROCÈLE CONGÉNITALE.

Cette variété diffère de la précédente, en ce que le liquide s'amasse dans la tunique vaginale, alors que celle-ci communique encore avec la cavité péritonéale. La dénomination de *congénitale* est d'ailleurs essentiellement vicieuse, car la maladie se développe le plus souvent après la naissance.

L'hydrocèle congénitale se présente sous la forme d'une tumeur dont les caractères sont analogues à ceux de l'hydrocèle vaginale de l'adulte; elle en diffère par la possibilité de faire refluer le liquide dans l'intérieur de l'abdomen, au moyen d'une compression exercée sur la tumeur.

Ce dernier caractère pourrait en imposer pour une hernie inguinale congénitale; mais la lenteur même avec laquelle la tumeur disparaît, la transparence de la tumeur, l'absence de gargouillement au moment de la réduction, permettront d'éviter toute confusion.

Le pronostic de l'hydrocèle congénitale est plus grave que celui de l'hydrocèle de l'adulte, parce que l'opération nécessitée par la maladie n'est pas sans danger et que l'hydrocèle expose à une hernie vaginale.

Le traitement est fondé sur les données précédemment exposées; il faut

évacuer la poche au moyen d'une ponction avec un trocart, puis porter dans la cavité vaginale un liquide irritant. Il importe de prévenir l'introduction du liquide dans la cavité péritonéale, ce qu'il est facile d'obtenir en exerçant une compression au niveau de l'anneau inguinal externe pendant qu'on pratique l'injection. Ici la teinture d'iode nous semble mériter la préférence sur le vin, parce qu'elle est moins dangereuse que le vin chaud lorsque quelques gouttes s'en introduisent dans le péritoine.

## 4° HYDROCÈLE DU SAC HERNIAIRE.

Il en existe deux variétés :

1° Il se peut qu'une accumulation de liquide se fasse dans un sac herniaire qui est occupé par une anse d'intestin. Tantôt alors la sécrétion du liquide est rapide, c'est ce que l'on voit dans certaines hernies étranglées; tantôt la sécrétion en est lente : c'est dans ce dernier cas qu'on peut être appelé à intervenir lorsque la tumeur a acquis un certain volume. Le traitement à faire en pareille circonstance est le même que celui de l'hydrocèle congénitale, après avoir au préalable réduit l'intestin pour ne pas l'enterrer avec le trocart ;

2° L'hydrocèle se développe quelquefois dans un sac herniaire abandonné depuis longtemps par les viscères. Le diagnostic peut être difficile dans ce cas, et c'est surtout avec l'hydrocèle du cordon spermatique que la confusion est possible. En tous cas, il convient, si l'on se décide à tenter la guérison par les injections irritantes, d'exercer une compression sur l'anneau pendant l'injection, dans la crainte que le sac herniaire n'ait pas encore cessé de communiquer avec la cavité péritonéale.

## 5° HYDROCÈLE PAR INFILTRATION DU CORDON SPERMATIQUE.

L'hydrocèle par infiltration est caractérisée par un nombre plus ou moins considérable de petits kystes remplis de sérosité, occupant tantôt toute la longueur du cordon depuis l'épididyme jusqu'à la fosse iliaque, tantôt une partie seulement de l'organe, soit du côté des bourses, soit dans l'intérieur du canal inguinal.

**Causes.** Cette affection se développe souvent sous l'influence d'une induration et d'une tuméfaction des ganglions du cordon spermatique, d'une orchite aiguë, par la pression qu'exerce un bandage herniaire (Curling).

**Symptômes. Diagnostic.** Cette espèce d'hydrocèle est caractérisée par l'existence d'une corde bosselée, molle, indolore, dépourvue d'empatement, sans changement de couleur de la peau, du volume du pouce, s'arrêtant par un étranglement à la racine du testicule ou au-dessus et se prolongeant quelquefois profondément dans le canal inguinal; la tumeur est confondue avec le cordon spermatique.

L'hydrocèle par infiltration du cordon peut être prise pour un varicocèle ou une épiplocèle. Elle diffère de ces derniers en ce que le volume de la tumeur n'est pas influencé par l'état de tension ou de relâchement des

muscles de l'abdomen, ce qui est le contraire de ce qu'on observe pour le varicocèle et l'épiplocèle. Un abcès chaud développé sur le trajet du cordon spermatique serait accompagné de phénomènes inflammatoires qui manquent dans une hydrocèle; un abcès par congestion donnerait une sensation de fluctuation plus prononcée.

**Pronostic. Traitement.** La marche de l'hydrocèle infiltrée est lente et la guérison spontanée extrêmement rare. Le seul moyen d'en débarrasser le malade est de pratiquer une incision sur la face antérieure de la tumeur, en ayant soin de ne pas intéresser le canal déférent ni les vaisseaux spermatiques. Le liquide une fois évacué, on remplit la plaie de boulettes de charpie, et on détermine ainsi une suppuration qui finit par amener la cicatrisation de la plaie par seconde intention.

## 6° HYDROCÈLE ENKYSTÉE DU CORDON.

L'hydrocèle enkystée du cordon est formée par un kyste à contenu liquide développé dans le tissu cellulaire du cordon.

**Anatomie pathologique.** Tantôt il n'existe qu'un seul kyste, d'autres fois il y en a plusieurs; la forme de la tumeur est globuleuse ou ovoïde; le volume varie depuis celui d'une noisette jusqu'à celui du poing; le siège en est variable aussi : c'est tantôt immédiatement au-dessus du testicule, tantôt à la partie moyenne du cordon, tantôt au-dessous de l'anneau ou même dans le canal inguinal. Le kyste est uni par un tissu cellulaire lâche aux vaisseaux du cordon qui sont situés derrière lui et souvent dissociés et déplacés; il est recouvert par la peau, le *fascia superficialis*, le crémaster et le *fascia transversalis* (Curling).

**Causes. Symptômes. Diagnostic.** Curling explique le développement de l'hydrocèle enkystée du cordon par une oblitération partielle ou incomplète du prolongement péritonéal qui accompagne le testicule au moment de la descente de l'organe. Cette affection est caractérisée par l'existence, sur le trajet du cordon, d'une tumeur ovale, bien circonscrite, distincte du testicule, lisse, tendue, fluctuante, indolente à la pression, plus ou moins transparente, mobile et située à une distance variable de l'anneau inguinal et du testicule.

Les caractères précédents ne sont pas tellement précis qu'on ne puisse confondre l'hydrocèle enkystée avec d'autres tumeurs. L'indépendance de la tumeur et du testicule permettra toujours de distinguer l'hydrocèle enkystée du cordon de l'hydrocèle vaginale; mais il est très-difficile, si la tumeur est rapprochée du testicule, de la distinguer d'une hydrocèle enkystée du testicule (voy. *Kystes du testicule*).

Le traitement ne diffère pas de celui de l'hydrocèle vaginale.