

alors la sérosité, et c'est véritablement l'hydrocèle qui se métamorphose en hématocele; l'hématocele vaginale traumatique se montre quelquefois à la suite d'efforts musculaires (Pelletan).

Jusqu'à ces derniers temps, les causes de l'hématocele *spontanée* paraissaient inconnues et ne consistaient qu'en hypothèses plus ou moins ingénieuses. Ainsi A. Cooper admettait une prétendue lésion des viscères de la poitrine et de l'abdomen. A défaut d'autre explication, E. Cloquet invoquait le raptus sanguin qui se fait vers le testicule à l'époque de la puberté. Gosselin a donné une interprétation bien plus satisfaisante des faits fondée sur l'anatomie pathologique: nous avons vu que les parois de la poche qui constitue l'hydrocèle vaginale deviennent quelquefois le siège d'inflammation spontanée; que, sous l'influence de cette phlegmasie, une fausse membrane se dépose sur les parois de la tunique vaginale, ne tarde pas à se vasculariser, et si, par une circonstance quelconque, les vaisseaux de nouvelle formation se rompent, le sang s'épanche dans la tunique vaginale, l'hydrocèle se transforme alors en hématocele.

Anatomie pathologique. Il convient de distinguer l'hématocele traumatique de la spontanée:

1° *Hématocele traumatique.* Il existe en général une infiltration sanguine sous-cutanée, en même temps qu'un épanchement sanguin intravaginal. Ce dernier se présente sous la forme de sang pur, ou bien de grumeaux fibrineux flottants dans un liquide plus ou moins coloré, quelquefois limpide, ou bien d'une matière épaisse de la consistance du miel, de couleur café, chocolat ou lie de vin; quelquefois de caillots plus ou moins foncés, ou de concrétions blanchâtres, appliqués sur les parois de la tunique vaginale. La séreuse testiculaire est plus ou moins colorée, et présente plus tard un épaissement plus ou moins prononcé.

2° *Hématocele spontanée.* On rencontre constamment, dans ce cas, un épaissement des parois du foyer; cet épaissement est dû, d'après les recherches de Gosselin, à l'existence d'une *fausse membrane* plus ou moins épaisse, plus ou moins dense, au point de revêtir les caractères du tissu fibreux ou fibro-cartilagineux, qui s'est déposée sur le feuillet pariétal de la tunique vaginale, et quelquefois même sur le feuillet testiculaire de cette membrane. Ce qu'il importe de faire remarquer, c'est que cette fausse membrane se sépare avec la plus grande facilité du feuillet pariétal de la séreuse, mais plus difficilement du testicule, lorsqu'elle s'est étendue sur cet organe. Le liquide contenu dans l'intérieur du kyste présente une coloration variable, rouge, lie de vin, couleur chocolat ou café; parfois il est séreux, citrin, fluide, ou bien de consistance sirupeuse, et renferme quelquefois des cristaux de cholestérine. En général, le testicule occupe la partie postérieure et supérieure de la poche; plus rarement la partie postérieure et inférieure; dans des cas exceptionnels la partie antérieure. Ces anomalies ont un grand intérêt au point de vue de la médecine opératoire. Le testicule peut se trouver refoulé dans les enveloppes de la tumeur, être plus aplati, plus allongé. L'épididyme peut occuper sa place naturelle, ou bien être éloigné du corps du testicule, surtout dans sa par-

tie moyenne; il est aplati et allongé, les flexuosités en sont moins serrées, les vaisseaux afférents se sont allongés. Ces changements survenus dans la conformation du testicule et de l'épididyme en amènent d'autres dans les fonctions de l'organe. Ainsi Gosselin n'a pas toujours rencontré de spermatozoaires dans le canal déférent et dans l'épididyme.

Symptômes. *Hématocele traumatique.* Elle se présente sous la forme d'une tumeur qui se développe immédiatement après une violence exercée sur les bourses, est arrondie, lisse, quelquefois pyriforme et à grosse extrémité dirigée en bas, d'un volume plus ou moins considérable; les téguments qui la recouvrent offrent une coloration violette. Au début, la tumeur est fluctuante; plus tard, à mesure que le sang se résorbe, la fluctuation devient obscure; le testicule ne peut être séparé de la tumeur, qui est complètement opaque, et qui tantôt est indolente, tantôt très-douloureuse.

Hématocele spontanée. Elle est caractérisée par une tumeur peu volumineuse au début et qui augmente graduellement de volume, au point d'atteindre celui d'un œuf, du poing ou même de deux poings, pyriforme ou quelquefois arrondie, lisse, régulière ou quelquefois inégale et bosselée, généralement très-dense, au point de simuler une tumeur solide, donnant toutefois une sensation d'élasticité, mais d'une fluctuation très-obscure, complètement dépourvue de transparence et recouverte de téguments qui offrent leur coloration normale. Il est impossible de distinguer le testicule au milieu de cette masse; quelquefois cependant on reconnaît l'organe par la douleur spéciale qu'éveille une pression exercée avec les doigts sur un point déterminé de la bourse. La tumeur est en général indolente par elle-même et à la pression, excepté, comme nous venons de le dire, dans le point correspondant au testicule; elle ne gêne les malades que par son poids.

Marche. Terminaison. L'hématocele traumatique peut guérir par la résorption du liquide épanché; l'hématocele spontanée a, au contraire, une tendance incessante à augmenter de volume; la terminaison par suppuration se voit quelquefois dans les deux variétés.

Diagnostic. On distinguera l'hématocele vaginale de l'hématocele pariétale par épanchement, en ayant égard à la situation du testicule par rapport à la tumeur; dans le premier cas, le testicule fait corps avec la tumeur; dans le second, il en est indépendant. On ne confondra pas l'hématocele avec l'hydrocèle, puisque la première est *opaque*, et que la seconde est *transparente*. Les *kystes* du testicule offrent également de la transparence, et constituent une tumeur bien distincte du testicule lui-même. Il sera question plus tard du diagnostic différentiel de l'hématocele et des autres tumeurs des bourses.

Pronostic. Traitement. L'hématocele vaginale traumatique offre moins de gravité que la spontanée. La première guérit souvent à l'aide de moyens simples; la seconde réclame toujours l'intervention d'une opération sanglante.

L'hématocele traumatique sera combattue par l'application de topiques résolutifs, de la glace, de sangsues. Si ces moyens sont insuffisants, que l'épanchement persiste, on emploiera l'une des méthodes suivantes,

qui conviennent également au traitement de l'hématocèle spontanée.

La ponction est tout à fait insuffisante pour guérir l'hématocèle vaginale; elle n'aboutit la plupart du temps qu'à évacuer une portion du liquide épanché. Les injections irritantes seraient tout à fait inefficaces pour modifier les parois de la poche, sur lesquelles se trouvent le plus souvent collés des grumeaux sanguins. Une incision simple ne suffit pas toujours pour vider complètement le contenu du foyer. Il n'en est pas de même d'une double incision pratiquée sur la tumeur, l'une à la partie antérieure, l'autre à la partie inférieure. Les caillots ayant été détachés de l'intérieur de la poche, on pratique dans l'intérieur du kyste quelques injections d'eau tiède, puis on passe un séton à travers les deux ouvertures pour obtenir une réunion des parois après suppuration; c'est, comme on le voit, le traitement de l'hydrocèle par la méthode du séton, qui a été surtout préconisé par P. Pott. L'excision de la tunique vaginale est une opération longue, difficile; elle expose à la blessure du testicule, à la section de l'épididyme et du canal déférent, ce qu'on comprendra facilement si l'on veut se reporter à ce que nous avons dit antérieurement de l'anatomie pathologique de l'hématocèle spontanée. La castration est une ressource extrême qu'il ne faut employer que dans les cas où les fonctions du testicule sont complètement perdues; encore serait-il préférable alors de laisser dans le scrotum un organe dont l'aptitude fonctionnelle est altérée. Dans ces derniers temps, Malgaigne et Gosselin ont proposé d'employer un procédé qu'ils ont désigné sous le nom de *décortication*, et qui consiste à enlever la fausse membrane tapissant l'intérieur de la cavité vaginale. Cette opération se pratique en plusieurs temps: dans le premier, on fait une incision sur la partie antérieure de la tumeur, en procédant dans cette division couche par couche, et en ayant soin de ne pas entamer le testicule. La cavité de la tunique vaginale ayant été mise à découvert, on saisit avec une pince le bord de la fausse membrane et on la décolle, soit par une simple traction, soit en s'aidant d'une spatule ou d'un manche de scalpel qu'on insinue entre la face externe de la pseudo-membrane et la face interne de la tunique vaginale; dans un troisième temps, on excise la fausse membrane au niveau du point où les adhérences en sont trop solides pour être détachées. Le pansement consécutif à l'opération est simple; il faut très-peu compter, dans ce cas, sur une réunion par première intention.

3° HÉMATOCÈLE FUNICULAIRE.

Nous entendons par là l'hématocèle qui siège au niveau du cordon spermatique. Elle a été signalée par J.-L. Petit, P. Pott, Scarpa, Curling, Malgaigne et Béraud.

Causes et anatomie pathologique. Elle se développe après une contusion exercée sur les bourses, quelquefois après des efforts pour soulever un fardeau ou pour rendre des excréments, après l'opération de la castration. Le sang est tantôt infiltré au milieu des éléments du cordon spermatique; tantôt il est épanché et forme un kyste hématisé accolé au cordon.

D'après les observations de Scarpa, les pièces d'anatomie pathologique déposées au musée de l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres, les parois du kyste sont épaisses, et le liquide qui y est renfermé présente une grande consistance.

Symptômes. Marche. Diagnostic. L'hématocèle funiculaire débute par une douleur vive dans la région inguinale, quelquefois même par une sensation de déchirure. On voit bientôt apparaître une tumeur petite d'abord, qui augmente de volume peu à peu, ou qui prend d'emblée le volume qu'elle doit conserver définitivement. Cette tumeur, de forme allongée, descend jusqu'à l'épididyme et remonte plus ou moins haut vers l'anneau abdominal; elle est dure, à fluctuation obscure, et même tout à fait dépourvue de fluctuation plus tard, irréductible, parfaitement indépendante du testicule; les téguments qui la recouvrent ont conservé leur coloration normale ou sont ecchymosés. Cette tumeur se comporte comme les autres variétés d'hématocèles: elle se termine par absorption complète ou partielle du liquide épanché, par la formation d'un kyste qui reste stationnaire, par l'inflammation du foyer sanguin.

On ne la confondra pas avec une hernie qui est généralement réductible, notamment avec l'épiplocèle, qui est plus dense que l'hématocèle funiculaire, ni avec une hydrocèle enkystée du cordon, qui est transparente, ni avec une hydrocèle par infiltration qui se développe spontanément, ni avec l'hématocèle vaginale, dans laquelle le testicule n'est nullement distinct de la tumeur, comme dans l'hématocèle funiculaire.

Traitement. Le repos, les antiphlogistiques et les topiques résolutifs guérissent l'hématocèle par infiltration. Si ces moyens échouent et que le foyer sanguin s'enflamme, on en vide le contenu par une incision. L'hématocèle par épanchement, ou les kystes hématisés du cordon guérissent rarement par les topiques, c'est à la ponction qu'il faut recourir, et dans le cas où celle-ci est insuffisante, on emploiera la méthode de l'incision.

L'incision des foyers sanguins du cordon spermatique a été quelquefois suivie d'une hémorragie; le meilleur moyen d'arrêter cet écoulement de sang est d'exercer une compression sur le trajet du canal inguinal, au moyen d'une pelote de bandage herniaire.

4° HÉMATOCÈLE TESTICULAIRE.

L'hématocèle testiculaire, signalée par J.-L. Petit et P. Pott, a été surtout étudiée par Béraud. Elle est toujours la conséquence d'une violence extérieure exercée sur les bourses. Le testicule, gorgé de sang, infiltré dans son tissu propre, devient plus volumineux et présente une couleur noire plus ou moins prononcée; les filaments spermatiques peuvent avoir conservé leurs rapports normaux, ou bien ils ont fait hernie à travers une ouverture de la tunique albuginée.

Les symptômes sont presque toujours masqués par l'épanchement concomitant de la tunique vaginale. Quelquefois on constate que le testicule est devenu plus volumineux, plus dur, plus rénitent, qu'il offre à sa sur-