

l'abondance de la suppuration, soit par l'intensité des symptômes généraux.

Il faut, de bonne heure, inciser largement les parties enflammées, et panser fréquemment les surfaces suppurantes avec des liquides antiseptiques. On prescrira les toniques à l'intérieur.

Il n'est pas rare d'observer la *vaginalite*. Cette inflammation de la tunique vaginale est quelquefois idiopathique; mais le plus souvent elle est symptomatique d'une orchite, d'un tubercule du testicule, d'un fungus, etc.

Elle détermine de la douleur; il y a un peu de tuméfaction; quelquefois on sent un bruit de frottement produit par le contact des deux feuillets de la tunique vaginale, tapissés de fausses membranes.

Ne peut-elle pas devenir l'origine d'une hydrocèle? Nous croyons que l'hydrocèle de la tunique vaginale est une inflammation lente de cette membrane, comme nous avons admis que l'hydarthrose est une arthrite légère, séreuse.

I. — HYDROCÈLE DU SCROTUM.

Toute accumulation de sérosité dans les enveloppes du testicule constitue une hydrocèle du scrotum¹.

On distingue l'hydrocèle par infiltration et l'hydrocèle de la tunique vaginale ou par épanchement.

1° Hydrocèle par infiltration.

On lui donne encore le nom d'*œdème du scrotum*. Tantôt cet état morbide est déterminé par l'anasarque dans une maladie de Bright ou dans une maladie du cœur; tantôt elle est le résultat de la rupture d'une hydrocèle, surtout chez les nouveau-nés; tantôt, enfin, elle se montre chez les sujets débilités dont les bourses sont pendantes, ou à la suite d'une ponction malheureuse d'hydrocèle.

Le scrotum est considérablement tuméfié; c'est un œdème des plus marqués. La peau est blanche, luisante; les plis sont effacés. Souvent, la peau de la verge est envahie; il semble que cet organe ait, pour ainsi dire, disparu.

On ne peut pas méconnaître cette infiltration. A moins qu'elle ne soit symptomatique d'une hydropisie, on condamne le malade au repos. Si le liquide ne paraît pas diminuer et qu'il détermine une grande gêne, on pourra pratiquer de petites ponctions avec une aiguille à cataracte; les incisions exposent au phlegmon et à la gangrène du scrotum.

1. Nous disons hydrocèle du scrotum, pour la distinguer de l'hydrocèle du cordon.

2° Hydrocèle de la tunique vaginale.

L'épanchement de sérosité dans la tunique vaginale est ordinairement simple; mais il peut se montrer des deux côtés à la fois.

Causes. — L'hydrocèle survient souvent sans cause appréciable. Elle peut être la conséquence d'irritations diverses du testicule, du scrotum et du cordon.

Anatomie pathologique. — La *tunique vaginale* est distendue par le liquide; elle est blanche, souvent un peu épaissie. On n'observe pas de fausses membranes, à moins qu'il n'y ait eu une hématocele antérieure. Lorsque la cavité de la tunique vaginale communique avec le péritoine, on dit qu'il y a hydrocèle congénitale.

Ordinairement, le *testicule* se trouve en arrière et en dedans de l'épanchement; il peut occuper d'autres positions, surtout dans les cas d'inversion. Cet organe est souvent comprimé, aplati. Si une orchite a été le point de départ de l'hydrocèle, il conserve des dimensions un peu supérieures à celles de l'état normal. D'une manière générale, la substance du testicule reste saine, à moins que l'hydrocèle ne soit trop ancienne.

Le *liquide* est citrin, transparent, comme de la sérosité. Quelquefois, il est un peu visqueux et même coloré en brun; il n'est pas rare de le voir séro-sanguinolent. Il existe de l'albumine en dissolution dans ce liquide, et, dans quelques cas, des cristaux de cholestérine en suspension. La quantité de liquide peut varier depuis quelques cuillerées jusqu'à un litre et même plus.

Symptômes. — Le *début* est ordinairement *lent*. Les *fonctions génitales* ne sont pas altérées. Il est rare que la tumeur soit *douloureuse*; elle est plutôt gênante par son volume.

La tumeur est *ovoïde*, à grosse extrémité dirigée en bas; la *peau* est normale, quant à sa couleur et à sa température; les *tuniques superficielles* du scrotum glissent facilement sur la tumeur; sa *surface* est unie et très-régulière; aucune position ne la fait changer de volume.

On peut constater la *transparence* de la tumeur en la plaçant entre l'œil et la flamme d'une bougie. Il faut, pour bien percevoir ce phénomène, percer un trou de 5 à 6 centimètres de diamètre, au milieu d'un écran, d'un carton, par exemple; on place la tumeur entre l'écran et la lumière; puis on regarde par cette ouverture. Avec un peu d'habitude, on parvient facilement à reconnaître que le testicule occupe la partie postérieure.

Ordinairement, la tumeur est *molle et fluctuante*.

Il n'y a jamais de symptômes généraux; l'affection est toute locale.

Variétés. — L'hydrocèle type, que nous venons de décrire, est facile à reconnaître. Il y a une foule de formes insolites qui embarrassent souvent le chirurgien. 1° Il y a des hydrocèles très-petites, qui ne dépassent pas le volume d'un œuf; 2° le liquide est tellement abondant, dans certains cas.

que la tunique vaginale est énormément distendue, et qu'il n'y a pas de fluctuation. Il faut alors soulever la tumeur de la main gauche, et tendre la peau au-dessus d'elle, pendant que la main droite frappe un coup sec sur la partie la plus saillante; ce choc détermine un ébranlement, une ondulation caractéristique de la présence du liquide. 3° La forme de l'hydrocèle est quelquefois altérée. La tumeur peut être divisée en deux parties par une ligne circulaire, sorte de lien constricteur qui lui donne la forme d'un bissac. Cette dépression n'est-elle point due à une portion de la tunique fibreuse qui s'est tassée à ce niveau, et qui empêche le libre développement de la tunique vaginale? Quelquefois, l'hydrocèle semble surmontée d'une autre tumeur; celle-ci est souvent placée au-dessus: il s'agit, dans ces cas, d'un kyste développé dans un diverticulum de la tunique vaginale. Béraud a signalé des culs-de-sac en forme de doigt de gant, situés à la partie supérieure de cette séreuse; l'un de ces culs-de-sac n'est autre que la partie inférieure du canal vagino-péritonéal non oblitéré du côté de la tunique vaginale.

Lorsqu'ils existent et qu'il se forme une hydrocèle, le liquide de celle-ci pénètre dans le diverticulum qu'il distend, et comme la tunique fibreuse, amincie à ce niveau, ne lui apporte pas obstacle, le diverticulum devient quelquefois plus grand que la tumeur elle-même. En ce point, l'hydrocèle est encore plus transparente. C'est dans des cas semblables qu'on a décrit des cloisons fibreuses plus ou moins complètes dans la cavité de l'hydrocèle.

Marche. Durée. Terminaison. — Certaines hydrocèles se développent très-rapidement, en quelques semaines; on pourrait les appeler aiguës; mais, ordinairement, leur marche est lente et chronique. Elles durent pendant des années entières, et restent stationnaires, si l'on n'y porte remède. Dans des cas rares, on a observé la disparition spontanée de l'épanchement. Cette disparition a été remarquée aussi à la suite d'un accident, chute, choc, déchirant la tunique vaginale et forçant le liquide à passer dans les mailles du tissu cellulaire, où il s'infiltré pour être résorbé. Souvent, après un semblable accident, la récurrence a lieu. Une violence extérieure peut rompre un vaisseau; il se produit une hémato-cèle dont le sang se mélange au liquide séreux de l'hydrocèle. Enfin, il arrive que la tunique vaginale s'enflamme; on a alors une hydrocèle avec vaginalite. On conçoit que, dans ces deux derniers cas, la transparence de la tumeur soit troublée; s'il y a vaginalite, on constate, de plus, de la douleur.

Diagnostic. — Le diagnostic est facile lorsque la tumeur se présente avec ses caractères francs. Mais le petit volume, la forme irrégulière, le défaut de transparence et les complications peuvent être causes d'erreur. On a vu l'hydrocèle prise pour un cancer, une hernie inguinale irréductible, une hémato-cèle, un kyste du testicule, une hydrocèle enkystée du cordon.

On reconnaîtra le cancer à ses bosselures, aux veines variqueuses du scrotum, aux douleurs lancinantes et au défaut de transparence.

Le malade donnera des renseignements précieux sur la *hernie inguinale*,

sur son mode de développement; la tumeur sera sonore si c'est une entérocèle, mollasse si c'est une épiplocèle; on verra manifestement que la tumeur se prolonge dans le canal inguinal par un pédicule, ce que ne fait pas l'hydrocèle. Souvent, elle sera facilement réductible.

L'hémato-cèle n'est difficile à reconnaître que si elle est récente; le défaut de transparence et l'ecchymose de l'hémato-cèle traumatique seront les seuls éléments de diagnostic. Ajoutons que l'hémato-cèle se développe plus rapidement que l'hydrocèle.

Le kyste du testicule pourrait être pris pour une petite hydrocèle. Il faut se rappeler que le kyste constitue une tumeur de forme irrégulière, et que le testicule est toujours placé au-dessous. Il arrive quelquefois, néanmoins, qu'une erreur de diagnostic soit commise, et que l'on ne s'en aperçoive que par la ponction. Cela n'a pas, d'ailleurs, une grande importance.

L'hydrocèle enkystée du cordon sera décrite plus tard.

L'hydrocèle congénitale est réductible; on peut, par la pression, refouler le liquide dans le péritoine. On la distinguera de la *hernie congénitale* aux caractères suivants: la hernie est sonore à la percussion, elle rentre avec un bruit de gargouillement; si, la tumeur une fois réduite, on applique le doigt sur l'anneau et qu'on fasse tousser le malade, la hernie ne se reproduira pas; le liquide de l'hydrocèle, au contraire, rentrera peu à peu dans la tunique vaginale.

Pronostic. Traitement. — La maladie n'est pas grave. Dans quelques cas, cependant, la peau de la verge est attirée en bas; cet organe disparaît, pour ainsi dire; les fonctions sont gênées.

On a guéri un petit nombre d'hydrocèles sans opération, par les *dérivatifs*, des applications d'une solution de *chlorhydrate d'ammoniaque*, des *vésicatoires*, etc.

Certaines opérations ont été suivies de succès: l'*incision* avec suppuration; l'*excision* d'une portion de la tunique vaginale; la *cautérisation* de la paroi de la tumeur; la *canule à demeure*; le *séton*; l'*électricité*. Mais toutes ces opérations échouent le plus souvent, ou elles sont fort douloureuses.

Aujourd'hui, la *ponction suivie d'injection iodée* est devenue une opération vulgaire. On ne se borne plus à la ponction simple, qui est constamment suivie de récurrence.

La ponction et l'injection iodée se font comme nous l'avons dit pour l'hydarthrose. (*Voy. Hydarthrose.*)

Il survient après l'injection une inflammation de la tunique vaginale, qui disparaît au bout de quelques semaines, et la guérison est souvent définitive.

La récurrence se montre dans quelques cas. Alors on opère de nouveau.

L'inflammation consécutive est parfois très-intense; il peut se former un abcès dans les parois du scrotum; dans ce cas, on donne issue au pus. Il peut arriver que la *tunique vaginale suppure*; il sort du pus, sou-

vent mélangé de gaz, par l'ouverture; alors, il faut ouvrir la tunique vaginale qui suppure; la maladie guérit par des adhérences cicatricielles. On a observé la *péritonite* soit par propagation de l'inflammation à travers le cordon, soit par suite de la non-oblitération du canal vagino-péritonéal.

Des accidents peuvent résulter de l'opération : piqûre du testicule, blessure d'un vaisseau important du scrotum, blessure d'une veine du cordon, injection du liquide dans les parois du scrotum.

La *piqûre du testicule* n'offre pas de dangers sérieux, et l'on peut faire l'injection iodée; cependant il vaut mieux s'abstenir. On évite cette

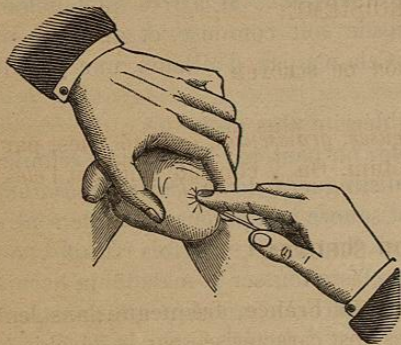


FIG. 48. — Point d'élection pour la ponction dans l'hydrocèle.

L'injection du liquide irritant dans le tissu cellulaire du scrotum est suivie de phlegmon diffus et de gangrène. Cet accident est grave. Il peut survenir, soit que le trocart ait piqué la paroi opposée, soit que le liquide reflue entre la canule et les bords de l'ouverture, ce qui indique un mauvais instrument, soit que l'extrémité de la canule soit plongée au milieu des tuniques, et que le liquide y soit injecté directement.

Lorsqu'on soupçonne avoir fait une ponction de la paroi opposée, il faut vider la poche et attendre que l'hydrocèle se soit reproduite pour recommencer l'opération.

On évite le reflux du liquide en employant un bon instrument, qui ne produise pas le décollement des tuniques lorsqu'on l'introduit dans la tumeur.

Enfin, pour empêcher la canule de sortir de la cavité vaginale, il faut, après avoir extrait le poinçon, l'enfoncer un peu plus et se contenter de la diriger, sans prendre la peau avec elle et sans la fixer; car le crémaster, qui se contracte quelquefois, pourrait abandonner l'extrémité de la canule au milieu des tuniques, dans le dartos.

1° Tout liquide irritant peut remplacer la teinture d'iode : vin chaud, alcool, solution de nitrate d'argent, etc.

M. Maisonneuve cautérise directement l'intérieur de la poche avec le

piqûre en enfonçant le trocart à la partie inférieure, antérieure et un peu externe de la tumeur (fig. 48). Du reste, il faut bien s'assurer de la position du testicule, par la pression et la transparence de la tumeur, cet organe pouvant occuper un point insolite.

Un *vaisseau blessé* donnera, après l'opération, une hématocele pariétale ou de la tunique vaginale. Blandin a vu un malade succomber à la phlébite des veines du cordon.

crayon de nitrate d'argent. Mais on s'accorde à donner la préférence à la teinture d'iode.

2° Lorsqu'il existe une *hydrocèle congénitale*, le liquide pouvant refluer dans le péritoine, on s'abstient d'injection iodée. Cependant, quelques chirurgiens font l'opération, malgré les accidents qui ont été observés. Dans ce cas, ils exercent une compression, longtemps continuée, sur le canal inguinal, au moyen d'un bandage.

ARTICLE TROISIÈME

LÉSIONS DE NUTRITION DU SCROTUM

Des tumeurs de diverse nature, *fibreuses, graisseuses*, ont été vues, par exception, dans les tuniques du scrotum. On y constate souvent l'*éléphantiasis*.

ÉLÉPHANTIASIS DU SCROTUM¹.

Cette maladie, cette difformité, rare en France, fréquente dans les pays qui se rapprochent des Tropiques, est caractérisée par le développement considérable du scrotum, tenant à une hypergénèse des éléments du derme.

La tumeur atteint fréquemment le milieu de la cuisse, descend parfois jusqu'au genou et même plus bas.

M. Larrey rapporte l'histoire d'un malade qui s'asseyait sur son scrotum comme sur un siège, lorsqu'il était fatigué. La peau du scrotum présente une épaisseur considérable; sa coupe a l'aspect de celle du lard, du squirre. On trouve souvent de petits kystes dans ce tissu. L'épiderme se détache par petites plaques. Du reste, la surface de la peau est saine. Ordinairement les testicules sont sains; ils peuvent être atrophiés. Dans quelques cas, le pénis est également affecté. (*Voyez* *Éléphantiasis en général.*)

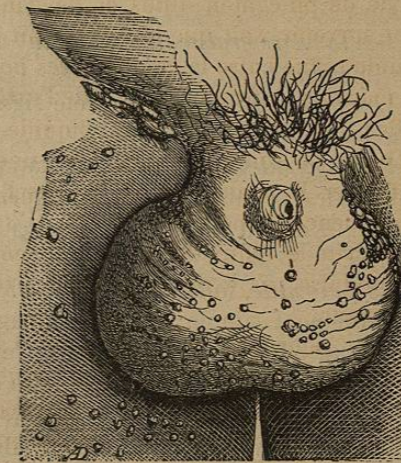


FIG. 49. — Éléphantiasis du scrotum.

La peau du pénis est entraînée par la tumeur; il semble qu'il n'y ait

1. *Voyez* une excellente monographie, in *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. IV, p. 547, par M. H. Larrey.

plus de verge; l'urine s'écoule par un canal que la peau, attirée en bas, forme à l'extrémité de l'organe.

Il n'y a rien à faire contre une semblable infirmité, qui ne guérit pas spontanément. Quelquefois, on a tenté de faire une opération. Dans ce cas, il faut toujours, en extirpant la masse morbide, ménager une certaine quantité de peau au voisinage de son pédicule, afin de pouvoir recouvrir la verge et les testicules. La récurrence n'est-elle pas à craindre, lorsqu'on n'enlève pas tout le tissu morbide? Cette lésion n'est-elle pas comparable à une tumeur disséminée? C'est là l'opinion d'un certain nombre de chirurgiens.

CHAPITRE TROISIÈME

MALADIES DU CORDON SPERMATIQUE

Si l'on excepte l'hématocèle, l'hydrocèle et le varicocèle, on peut dire que les maladies du cordon sont rares.

La contusion et les plaies ne présentent aucun phénomène particulier, si ce n'est que, dans les plaies du cordon, les artères divisées se rétractent et sont difficiles à lier.

Les tumeurs syphilitiques du cordon sont extrêmement rares; ce sont des tumeurs gommeuses, souvent adhérentes à la peau en même temps.

Des tumeurs graisseuses y existent quelquefois; elles ont les caractères du lipome.

Les kystes du cordon ont été signalés. Ils ne sont pas plus fréquents que les tumeurs précédentes.

Les tubercules du cordon spermatique sont excessivement rares comme tubercules primitifs; ils compliquent quelquefois le tubercule du testicule. Il en est de même du cancer primitif; on ne l'y observe presque jamais.

La funiculite, inflammation du cordon, se rencontre quelquefois; elle est rarement simple; elle accompagne souvent les tubercules du testicule; un effort, un coup la déterminent. Le cordon est douloureux et tuméfié; le repos suffit pour la faire disparaître.

On a vu des abcès du cordon, à la suite d'une opération sur le cordon, ligature, etc. Vidal y a observé un abcès scrofuleux.

I. — HÉMATOCÈLE DU CORDON.

On donne ce nom à l'infiltration ou à l'épanchement de sang dans le tissu cellulaire du cordon.

Comme dans le scrotum, on distingue une hématocèle par infiltration et une hématocèle par épanchement.

Causes. — Une violence extérieure produit les deux espèces, qui ne diffèrent l'une de l'autre que par la disposition du sang, infiltré ou réuni en foyer.

Anatomie pathologique. — L'infiltration se comporte comme dans le scrotum; elle se résorbe. Mais le sang de l'épanchement peut subir une transformation analogue à celle que nous avons vue se produire dans la tunique vaginale. Il en résulte souvent un kyste hématisé du cordon, siégeant, dans la plupart des cas, au centre du cordon, au-dessous des fibres du crémaster.

On comprend que l'hématocèle du cordon puisse se compliquer d'hématocèle du scrotum et de la tunique vaginale.

Symptômes. — Une tumeur se montre rapidement. Elle s'accompagne de douleurs souvent fort vives, et parfois d'une ecchymose assez étendue. La tumeur se développe de bas en haut; elle ressemble à un gros boudin (Malgaigne). Elle peut atteindre l'anneau inguinal; elle descend jusqu'au testicule. On peut sentir le testicule à la partie inférieure de cette tumeur allongée; la peau est mobile sur la tumeur; il n'est pas possible de trouver le canal déférent sur la partie postérieure. Cette tumeur est molle, rarement fluctuante, à moins d'épanchement considérable.

Terminaison. — Le sang peut se résorber; il peut se former des caillots plus ou moins considérables et des masses fibrineuses; un kyste hématisé peut en être la conséquence; enfin, la tumeur s'enflamme quelquefois; il se forme un abcès.

Diagnostic. — On ne la confondra pas avec l'hématocèle de la tunique vaginale, parce que, dans celle-ci, il est difficile de trouver le testicule. Du reste, la tumeur est ovoïde et non allongée, comme dans l'hématocèle du cordon.

La hernie épiploïque en diffère par sa réductibilité et par le temps qu'elle emploie à descendre au fond du scrotum. L'hydrocèle du cordon ne survient jamais brusquement.

Pronostic. Traitement. — L'hématocèle par épanchement est assez grave; elle nécessite parfois la ligature du vaisseau, si la tumeur continue à faire des progrès.

Il faut attendre. Par le repos au lit, de légers purgatifs et les résolutifs, on obtiendra souvent la disparition de la tumeur. On devra surtout surveiller les complications. Si le foyer s'enflamme, il faut l'inciser. Si l'épanchement ne se limite pas rapidement, il faut comprimer le cordon spermatique au niveau de l'anneau (Malgaigne). On incisera aussi dans les cas d'épanchement considérable, dont on ne peut pas espérer la résolution.