

C. — TUMEURS PAR INCLUSION (VERNEUIL). — TÉRATOMES (KOCHER)

Bibliographie. — VELPEAU, *Gaz. méd. de Paris*, 1840. — VERNEUIL, *Arch. gén. de méd.*, 1855. — DOLBEAU, *Gaz. des Hôp.*, 1855. — BÖCKEL, VERNEUIL, *Gaz. des Hôp.*, 1878. — KALNIG, *Inaug. Diss.*, Dorpat, 1876. — PILATE, NEPVEU, *Soc. de chir.*, 1880. — CORNIL, *Acad. de méd.*, février 1885.

Les tumeurs par inclusion fœtale ont été signalées par DUVERNEY en 1666; VERNEUIL, en 1855, pouvait réunir douze (12) observations de ce genre et écrire l'histoire de cette monstruosité; la majorité des auteurs admettent avec VERNEUIL, que les inclusions fœtales siègent dans les couches sous-cutanées en dehors de la glande séminale.

La tumeur occupe de préférence le côté droit des bourses où elle constitue une masse dont le volume oscille entre celui d'un œuf et celui d'une orange. Pendant de longues années ce néoplasme reste absolument indolent; sous l'influence d'un coup, d'une irritation quelconque il s'enflamme, augmente de volume, puis se forment des fistules, des abcès par lesquels s'éliminent des os, des poils, des dents, des muscles plus ou moins complets.

Le diagnostic a rarement été fait avant l'opération ou l'issue des matières précitées, et cela parce que les signes physiques de la masse sont des plus variables: « C'est une tumeur généralement dure et d'une consistance ferme, tantôt régulière et lisse, tantôt inégale et bosselée, à texture d'autant plus serrée qu'elle est plus récente » (VERNEUIL). Toutefois il existe un symptôme précieux, la *congénialité*. En interrogeant avec soin le malade et ses proches, on arrive presque toujours à reconnaître que cette tumeur remonte à la naissance; ce caractère joint à l'irréductibilité, l'indolence et l'apyrexie éclaireront le chirurgien.

Tant qu'elles ne gênent pas les malades, les inclusions scrotales doivent être respectées; dès qu'arrive la période inflammatoire, il faut les enlever. Autant que possible l'opérateur tentera d'isoler le testicule; VERNEUIL cependant conseille la castration.

D. — ÉPITHÉLIOMA DU SCROTUM

SYN. — Cancer des ramoneurs. — Chimney-sweeps cancer (Angl.).

Bibliographie. — POTT (PERCIVAL), *Chirurgical Observations*, etc., 1775. — ROUGE, *Bull. de la Suisse romande*, 1868. — CAMERON, *Glasgow Med. Journ.*, 1879.

POTT en 1718, attira le premier, l'attention sur une variété de cancer qu'il avait observée principalement chez les ramoneurs et qu'il attribuait à l'action irritante de la suie; depuis lors SCHAFFNER (d'Heidelberg) a montré que les muletiers mexicains, dont les bourses sont soumises à des contusions répétées, étaient aussi atteints de la même affection; enfin, dans ces dernières années, plusieurs praticiens d'outre-Manche ont signalé la fréquence de cette variété de néoplasme sur les ouvriers qui travaillent la paraffine.

Spéciale à l'âge adulte, la maladie se montre d'ordinaire chez des sujets âgés de trente à quarante ans. Elle débute par la partie inférieure du scrotum où elle forme d'abord une petite excroissance noirâtre qui s'ulcère bientôt et laisse échapper un liquide sanguinolent et sanieux; rapidement ce cancer envahit toutes les tuniques des bourses, attaque la glande séminale et retentit sur les ganglions du pli de l'aîne et de la cavité abdominale.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'une tumeur épithéliale à marche excessivement rapide. La seule thérapeutique est l'intervention chirurgicale, qui doit être aussi hâtive et aussi large que possible.

2. — Affections de la tunique vaginale.

1° HYDROCÈLE

Bibliographie. — SÉGALAS, *Arch. gén. de méd.*, 1^{re} série, t. XXVII. — DUPUYTREN, *Leçons orales*, t. IV, 1834. — VELPEAU, *Presse méd.*, 1837. — BÉRAUD, *Arch. gén. de méd.*, 1856, 5^e série, t. VII, et *Mém. de la Soc. de chir.*, 1863. — PANAS, *Arch. gén. de méd.*, 1872. — LANNELONGUE, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1873. — MÉHU, *Arch. gén. de méd.*, t. XXV, 6^e série, 1875. — NICAISE, *Gaz. méd. de Paris*, 1875. — CH. STEELE, *The Lancet*, 1875. — VIGUIER, *Progrès méd.*, 1877. — FIFIELD, *Boston Med. and Surg. Journ.*, 1877. — GUYON, DESPRÉS, POLAILLON, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1879. — HOUZÉ DE L'AULNOIT, *Acad. de méd.*, 1880. — STOLTZ, *Centralbl. f. Chir.*, 1883. Thèses de Paris. — 1825, J. WALS. — 1827, LEROY (Agrég.). — 1837, GAGNEBÉ, ALLARD, LAGUE, GRIMAUT, ROUSSEAU. — 1839, GUYONNET. — 1844, BABAUT, PROAL. — 1846, DULAC, DAUDIBERTIÈRES. — 1847, BÉTIS, FLAIN. — 1848, PAUGER. — 1849, COLAS, HÉMELOT. — 1851, BILLOT, CRIBIER, VILLETTE. — 1852, THOMAS, MUNOZ. — 1853, BLAD. — 1856, MAZOYER, BERTRAND, DUVAL. — 1858, VÉRY, BIÉBUYCK. — 1862, CORTIL. — 1868, CARAYAMIPOULO. — 1872, VÉTAULT. — 1873, LOBIT. — 1874, MARIMON, GALVANI. — 1875, RAMOS DE FONSECA. — 1877, LABAT, OSMAN WAUL. — 1878, GUILLERMIN. — 1879, CHOLLET. — 1880, BOURSIER, ROL. — 1881, DELBREIL. — 1882-1883, SAINT-MARTIN. — 1883-84, CARTON. — 1885, FAFOURNOUX.

Incision antiseptique. — VOLKMANN, *Berl. klin. Wochens.*, 1876, in *Med. Record*, 1876, et *Deutsch. Zeitsch. f. Chir.*, 1876. — ANGERER, *Fünf Jahre im Augusta Hospital*, Berlin, 1877. — JACOBSON, *The Lancet*, 1877, t. II, p. 309. — GENZMER, *Sammlung klinischer Vorträge in Verbindung*, etc., 1878. — SOCIN, *Jahresbericht über die Abtheilung*, 1881. — KRASKE, *Centralbl. f. Chir.*, 1881. — MAC CORMAC, *Antiseptic Surgery*, 1880. — J. BÖCKEL, *Chir. antisept.*, 1882. — ROBERT ABBE, *New-York Med. Journ.*, 1883. — JULLIARD (de Genève), *Revue de chir.*, 1884.

Thèse de Bordeaux. — 1881, LABADIE. — Thèse de Montpellier. — 1883, MEHLING.

Définition. — On désigne sous le nom d'hydrocèle, une accumulation de liquide dans la tunique vaginale.

Variétés. — L'hydrocèle est simple ou double, suivant qu'une seule ou les deux vaginales sont envahies. Cette dernière variété serait particulièrement commune aux Indes; sur mille (1000) cas d'hydrocèle traités à l'hôpital des natifs de CALCUTTA, GROSS a relevé trois cent soixante-dix (370) hydrocèles doubles.

Pathogénie. — Au siècle dernier, HUNTER et P. POTT avaient avancé que les lésions de l'épididyme étaient susceptibles de déterminer l'hydrocèle; pendant la première moitié de notre siècle, toutes les hydrocèles simples ou doubles étaient considérées comme idiopathiques, se développant spontanément, en quelque sorte sans cause. Vers 1844, VELPEAU fait remarquer que cette affection est souvent symptomatique de lésions du testicule ou de l'épididyme; PANAS, en 1872, démontre que dans un grand nombre de cas, alors qu'on supposait le testicule sain, un examen attentif permettait de découvrir un noyau d'induration, indice de lésions inflammatoires chroniques; les recherches de TRÉLAT, LANNELONGUE, TERRILLON, MONOD, KEUSTNER, BOURSIER, sont venues confirmer cette manière de voir; avec les auteurs précités, nous pouvons affirmer que l'hydrocèle vaginale est constamment symptomatique d'une altération quelconque de la glande.

Anatomie pathologique. — a. *Liquide de l'hydrocèle.* — Le liquide contenu dans l'hydrocèle est en quantité excessivement variable; tantôt il en existe plusieurs litres, d'autres fois quelques grammes seulement. En général il conserve une fluidité remarquable et filtre aisément à travers le papier. « Cette grande fluidité tient à l'absence de la fibrine dans ce liquide pendant toute la durée de l'épanchement. Il est principalement formé par de la sérine et de la fibrine dissoute de DENIS (de Commercy); presque toujours ce liquide est alcalin et présente une teinte jaune plus ou moins marquée, jamais il n'est incolore; à la suite d'un épanchement sanguin, quelquefois le liquide est rosé ou rouge si l'épanchement sanguin est récent, brun ou couleur café noir ou suie, dans le cas où le sang épanché a subi une lente transformation » (MÉHU).

La présence de la cholestérine, considérée comme fréquente, serait rare d'après le même auteur.

b. *Lésions de la séreuse. Cavité de l'hydrocèle.* — Lorsque la maladie est de date récente, la séreuse amincie n'offre aucune modification appréciable; plus tard cette membrane s'épaissit, ainsi que le tissu sous-séreux, on a même signalé dans sa trame des dépôts cartilagineux ou osseux, et à la surface pendent parfois de petites productions analogues aux corps étrangers articulaires et qu'ASTLEY COOPER avait déjà notées.

Au lieu d'être unique, cas le plus commun, la cavité de l'hydrocèle peut être divisée par un certain nombre de cloisons; au lieu d'avoir son aspect piriforme, la tumeur se montre alors bilobée, trilobée. Dans la majorité des circonstances on a affaire à une hydrocèle simple compliquée d'une hydrocèle enkystée du testicule, ou à la variété décrite par DUPUYTREN sous le nom d'hydrocèle en bissac; c'est une tumeur en forme de gourde dont une des poches occupe le scrotum, tandis que la seconde se trouve située sur le trajet du canal inguinal; cette hydrocèle en bissac s'accompagne assez fréquemment de hernie.

Loin d'être la règle, l'inflammation simple de la vaginale atteinte d'hydrocèle nous paraît une exception. Sur cinquante (50) tumeurs de cette nature opérées par l'incision, JULLIARD (de Genève) a trouvé « trente-trois (33) fois des kystes implantés sur le testicule, sur l'épididyme ou la vaginale; trois fois des corps étrangers libres ou enveloppés dans un repli de la séreuse; six fois des

fausses membranes qui, dans un cas, avaient la consistance du carton; en tout quarante-deux (42) fois des productions anormales qu'il fallut enlever. Dix-sept (17) fois la tunique vaginale était épaissie, et, dans un cas, cet épaississement dépassait 0^m,02. Dans la plupart des cas, la vaginale était rouge, hyperhémie, parsemée de taches brunes ou jaunâtres. Trois fois elle était d'un blanc nacré, dans deux cas elle présentait la consistance du parchemin; cinq fois seulement il n'existait aucune altération appréciable et la séreuse avait son apparence normale ».

Situation du testicule. — La glande séminale occupe habituellement la partie inférieure de la cavité vaginale, cette situation n'est cependant pas absolument fixe; il se pourrait, en effet, que le testicule eût contracté au préalable des adhérences avec la partie antérieure de la cavité dans laquelle il est contenu, ou qu'il y eût une inversion. LANNELONGUE et MARIMON expliquent cette position constante du testicule par l'inégale extensibilité des différentes parties de la séreuse.

Étiologie. — Tous les âges sont sujets à l'hydrocèle, plus commune toutefois chez l'enfant et à l'âge adulte que chez le vieillard; on l'observe particulièrement dans les pays chauds (Indes).

Les causes qui déterminent l'apparition d'une hydrocèle sont efficientes ou occasionnelles; dans le premier groupe rentrent toutes les affections inflammatoires aiguës ou chroniques ainsi que les tumeurs du testicule; parmi les causes occasionnelles, on cite les coups, les chutes, les marches forcées, etc.

Symptômes. — L'hydrocèle se présente sous la forme d'une tumeur ovoïde, piriforme, élastique, rénitente plutôt que fluctuante, proéminente, qui dépasse rarement les dimensions d'un gros œuf de dinde. Cette masse lisse, unie, transparente, quelquefois bosselée, ne diminue pas sous l'influence de la pression non plus que dans le décubitus dorsal. Elle débute toujours par les parties déclives du scrotum et gagne ensuite peu à peu du côté de l'anneau inguinal; son développement se fait d'ordinaire d'une façon insensible. Ces tumeurs restent indolores et gênent uniquement par leur poids et la place qu'elles occupent.

Les divers signes ci-dessus énumérés permettent de soupçonner l'existence d'une hydrocèle, mais le chirurgien ne doit se prononcer qu'après avoir reconnu la transparence (caractère pathognomonique). Plusieurs moyens sont mis en usage pour constater ce symptôme. Le malade étant placé en pleine lumière, on regarde à travers un stéthoscope dont le pavillon est appliqué sur la peau du scrotum; ou bien un aide approche une bougie du scrotum pendant que le chirurgien regarde sur la partie opposée, en ayant soin de placer sur le bord supérieur de la tumeur sa main disposée en auvent pour empêcher l'arrivée de la lumière diffuse; dans ces diverses explorations, il faut prendre la précaution de tendre fortement la peau du scrotum qui, lorsqu'elle est ridée et ratatinée, se laisse difficilement traverser par la lumière.

La transparence constitue un signe précieux; malheureusement elle manque lorsque le liquide contient du sang épanché ou que la vaginale s'est épaissie.

Diagnostic. — La régularité de la tumeur, son mode de développement, l'indolence, la transparence suffisent largement pour affirmer l'existence d'une hydrocèle. Cette affection peut être confondue avec les hydrocèles enkystées, les hernies scrotales, l'hématocèle et le cancer du scrotum : cependant les hydrocèles enkystées ont un volume moins considérable, une forme ovale ou sphérique et de plus constituent une masse distincte et isolable du testicule. Les hernies offrent aussi un certain nombre de caractères distinctifs; la hernie se développe de haut en bas, l'hydrocèle de bas en haut, de plus le gargouillement, la sonorité et la percussion, la réductibilité éclaireront le diagnostic.

Dans le cancer, la présence de parties dures et d'autres ramollies, la non transparence, l'état des ganglions de la fosse iliaque permettront d'éviter l'erreur. Enfin l'apparition brusque du mal, l'absence de transparence différencient l'hydrocèle de l'hématocèle.

Marche. Complications. — Abandonnée à elle-même, l'hydrocèle, bien qu'on ait rapporté un petit nombre d'observations de guérison spontanée, a une tendance manifeste à rester stationnaire dès qu'elle a acquis un certain volume. Dans quelques circonstances, la quantité de liquide augmente graduellement et la vaginale, distendue outre mesure, se rompt. Cette rupture peut encore survenir sous l'influence d'un effort, ou reconnaître pour cause une contusion, un coup porté sur la tumeur. Presque toujours alors la collection augmente de volume et perd sa transparence; en même temps la peau des bourses se teinte en noir. En incisant ces tumeurs, on constate que le liquide contenu dans la vaginale est mélangé de sang et qu'il existe du sang infiltré entre les feuillets des bourses; cette hydrocèle ainsi altérée prend le nom d'hydro-hématocèle.

Pronostic. — Ces tumeurs sont gênantes par leur volume et leur poids; si le malade n'a pas la précaution de les soutenir avec un suspensoir, elles tirent sur le cordon et déterminent de la douleur; lorsque leur développement est très considérable, la peau de la verge fait partie intégrante de la masse et l'organe déformé rend la miction difficile.

Il ne faudrait pas croire qu'il soit indifférent de laisser une hydrocèle s'accroître outre mesure; LANNELONGUE a montré en effet que l'épididyme pouvait subir alors des modifications très importantes, d'où résulteraient des troubles graves du côté de la sécrétion spermatique.

Traitement. — a. *Traitement palliatif.* — Il consiste à ponctionner la cavité vaginale, avec un trocart ou mieux avec l'aiguille d'un appareil aspirateur, et à retirer le liquide toutes les fois que par son volume la masse gêne le malade, car la sérosité se reproduit sans cesse. Ce moyen suffit chez les vieillards.

Traitement curatif. — Nous citerons pour mémoire les dérivatifs, les applications sur la tumeur de gros vin, de chlorhydrate d'ammoniaque, les frictions avec l'onguent mercuriel, les vésicatoires répétés (A. COOPER), les onctions avec la pommade émétisée (HUDSON), le séton (GUY DE CHAULIAC). Parmi les méthodes actuellement en usage, il convient de signaler les injections d'alcool, la cautérisation de la cavité, la ponction suivie d'injection et l'incision de l'hydrocèle.

a. *Injections d'alcool* (CH. MONOD). — Ce chirurgien retire de la cavité de l'hydrocèle, à l'aide du trocart de la seringue de Pravaz, une cuillerée à soupe environ de liquide, et le remplace par 1 gramme d'alcool à 40° coupé avec moitié eau; il laisse ensuite le malade vaquer à ses occupations habituelles.

Cette manière de faire, expérimentée par plusieurs auteurs, a donné quelques succès; mais cette injection empêche rarement la reproduction de la sérosité.

b. *Cautérisation de la face interne du sac* (DEFER, de Metz). — Préconisé par TERRILLON, ce procédé, que nous avons vu employer maintes fois par GAUJOT, se recommande par la simplicité du manuel opératoire et de l'appareil instrumental. Avant d'intervenir on fait fondre un fragment de crayon de nitrate d'argent, l'extrémité d'un stylet de trousse est plongée dans le liquide ainsi obtenu et se recouvre d'une légère couche de nitrate d'argent sur une étendue de 0^m,03 ou 0^m,04; l'opérateur vide ensuite la vaginale par une ponction avec le trocart, puis introduit le stylet dans la cavité et le promène sur toute la paroi interne de la séreuse. Il se produit une réaction très vive et tout se passe comme après l'injection iodée.

c. *Ponction et injection d'un liquide modificateur.* — La ponction de l'hydrocèle suivie de l'introduction dans la vaginale d'un liquide modificateur remonte à CELSE, qui faisait pénétrer dans la séreuse une solution de nitre. Depuis lors, une foule de liquides ont été mis en usage, signalons : la solution de sublimé dans l'eau de chaux (LAMBERT, 1667); l'alcool, le vin (MONRO, EARLE, VELPEAU); l'ammoniaque liquide (BONNAFONT); le chlorure de zinc (POLAILLON); le perchlorure de fer, solution à 1 p. 100 (BRÉCHEMER); les solutions de nitrate d'argent, etc.

La majorité des chirurgiens se servent actuellement d'une solution de teinture d'iode, dans la proportion de moitié eau, moitié teinture, ou de deux tiers d'eau, un tiers de teinture, avec addition de 2 à 4 grammes d'iodure de potassium pour empêcher la précipitation du métal. Cette méthode a été employée en France par VELPEAU, dès 1836, à la suite des succès obtenus par un chirurgien américain du nom de MARTIN. Un trocart de volume moyen, dit trocart à hydrocèle, et une seringue en gutta-percha ou en tout autre substance inattaquable par l'iode constituent l'appareil instrumental.

Après avoir déterminé la position du testicule, le chirurgien, tendant fortement la masse de la main gauche, enfonce le trocart du côté opposé, c'est-à-dire habituellement sur la partie antéro-externe du scrotum; dès que la pointe de l'instrument est libre, il retire le poinçon et le liquide s'écoule au dehors, de légères pressions facilitent l'issue des dernières gouttes. La vaginale étant vidée, l'opérateur place l'extrémité de la seringue dans la canule et injecte 30 à 50 grammes de solution iodique. Après avoir laissé le liquide dans la cavité pendant quatre ou cinq minutes, on le fait ressortir aussi complètement que possible, la canule est alors retirée et la plaie obturée avec du collodion; une inflammation assez vive se produit dès le lendemain de l'opération, parfois elle se fait attendre quatre ou six jours, le dixième jour la résorption commence et du vingtième au trentième jour tout est terminé.

De 1862 à 1878, GOSSELIN a pratiqué cent quarante-neuf (149) fois l'injection iodée sur cent quarante et un (141) malades atteints d'hydrocèle vaginale,

huit (8) ont été opérés des deux côtés, cent vingt-deux (122) ont guéri, quatorze (14) ont été guéris après une deuxième ponction simple, chez trois (3) autres la ponction itérative a été suivie de suppuration, six (6) fois seulement une deuxième ponction a été nécessaire.

Parmi les complications possibles de l'intervention, nous devons signaler la piqûre du testicule et l'injection du liquide modificateur entre les couches du scrotum. La piqûre du testicule n'est pas grave; cependant, si cet organe venait à être touché, il serait prudent de ne pas injecter de liquide.

Pour éviter l'infiltration de la teinture d'iode dans les tuniques des bourses, il suffit de faire tenir la canule par un aide, de façon que son extrémité reste bien dans la cavité de la séreuse.

d. *Incision de la tumeur.* — Jusque dans ces dernières années, la ponction suivie d'injection iodée restait la seule méthode de traitement de l'hydrocèle; toutefois il y avait des récurrences, fait parfaitement compréhensible si l'on se rappelle les nombreuses altérations que nous avons signalées du côté du testicule, de l'épididyme et de la séreuse. Aussi, encouragé par les brillants résultats de la méthode antiseptique, VOLKMANN songea-t-il à revenir à l'incision préconisée jadis par CELSE et pratiquée couramment au siècle dernier. Dès 1876, cet auteur fit connaître une série de dix-sept (17) cas traités de la sorte; depuis lors il a répété cette opération plus de trois cents (300) fois, toujours avec succès. Nombre de chirurgiens, parmi lesquels il convient de citer REYHER, SCHEDE, ALBERT, BARDENHEUER, SOCIN, SAXTORPH, JULLIARD et J.-L. REVERDIN (de Genève), ont suivi son exemple; en France, cette méthode n'a pas encore trouvé place dans la pratique; toutefois J. BÖCKEL et POINSOT y ont eu recours, mais le premier de ces auteurs pense que l'on doit réserver l'incision de VOLKMANN « pour les cas absolument rebelles à tout autre mode de traitement, ou encore pour les hydrocèles anciennes à parois épaisses et indurées ».

Le manuel de l'opération de VOLKMANN est des plus simples; après avoir nettoyé et lavé la région avec une solution phéniquée au 1/20, l'opérateur pratique sur la peau une grande incision de 0^m,10 à 0^m,12 et coupe couche par couche jusqu'à la tunique vaginale; les vaisseaux sont liés successivement avec du catgut; la vaginale est alors incisée sur toute l'étendue de la plaie, le liquide s'écoule, puis le chirurgien procède à l'examen de la cavité vaginale, du testicule et de l'épididyme, se rend compte de l'état de ces organes et règle sa conduite sur les lésions observées. La face interne de la séreuse est ensuite lavée avec une solution antiseptique, il reste à suturer.

Le professeur de Halle fait un grand nombre de points de suture; les fils doivent être disposés de façon à réunir la séreuse à la peau, cela dans le but d'empêcher les produits de la sécrétion ou de la suppuration de fuser dans les mailles du tissu scrotal; le drainage n'est pas absolument indispensable, on l'emploie lorsque la vaginale se montre plissée en entonnoir; dans les autres cas la compression doit suffire à produire l'adhérence des feuillets de la séreuse; le pansement consiste en une accumulation de gaze et d'ouate antiseptiques maintenue par un caleçon exerçant une forte compression.

Un certain nombre de modifications ont été apportées à cette manière de faire; ainsi MAC CORMAC, au lieu de sectionner la vaginale dans toute son étendue

avec le bistouri, ponctionne la poche à sa partie supérieure, puis introduisant deux doigts de la main gauche dans la cavité, sectionne la séreuse avec des ciseaux conduits sous la main. Cette modification est préconisée par JULLIARD; ce dernier auteur conseille encore de réséquer une partie de la vaginale, de façon à faciliter l'adossement des feuillets pariétal et viscéral de la séreuse.

La durée de la guérison est de dix jours en moyenne, il n'y a jamais de fusées purulentes, jamais de phlegmon des bourses, ni d'orchite, pas de rechute. L'incision antiseptique ne paraît pas plus douloureuse que l'injection, le chloroforme est inutile.

2° HYDROCÈLE CONGÉNITALE

On nomme congénitale, l'hydrocèle qui se développe dans une cavité vaginale dont le canal de communication a persisté.

Cette affection a été observée de préférence chez les jeunes enfants; toutefois, d'après CURLING, elle serait susceptible de se développer chez l'adulte en cas de descente tardive du testicule non accompagnée de hernie.

Symptômes. — La tumeur présente tous les caractères de l'hydrocèle ordinaire, et de plus une pression douce et longtemps prolongée fait passer le liquide dans la cavité abdominale, la masse se réduit; la toux, les efforts communiquent à la main qui explore ces hydrocèles un choc manifestement appréciable, enfin leur volume paraît moins considérable le matin que le soir.

Diagnostic. — Pour différencier l'une de l'autre l'hydrocèle ordinaire et l'hydrocèle congénitale, il suffit de se rappeler que cette dernière constitue une tumeur réductible et qu'elle se montre pendant la première période de l'existence; la transparence écartera l'idée de hernie.

Pronostic. — Il est facile d'obtenir la guérison de cette petite infirmité qui disparaît fréquemment d'elle-même.

Traitement. — En général, on se contente de faire porter aux enfants un bandage inguinal qui, par la pression, détermine les adhérences des deux feuillets de la séreuse; quant au liquide, il se résout peu à peu. L'incision antiseptique et l'injection iodée, mettant en danger la vie des enfants, doivent être réservées pour des cas exceptionnels.

3° HYDRO-HÉMATOCÈLE

Bibliographie. — J.-L. PETIT, *Traité des maladies chirurg. et des opérations qui leur conviennent*, Paris, 1790. — PELLETAN, *Cliniques chir.*, 1810. — ASTLEY COOPER, *Œuvres complètes*, trad. CHASSAIGNAC et RICHELOT, p. 491, 1857. — WALTER, *British Med. Journ.*, 1857. — DENUCÉ, *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, t. II, p. 227. — DESPRÈS, *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, nouvelle série, t. VII, 1881, p. 341. — J.-L. REVERDIN, *Ann. des maladies des organes génito-urinaires*, 1883, t. I^{er}.