

adhérences, qu'on ne peut rompre, l'intervention sanglante est indiquée; il faudra libérer le testicule, ainsi que sa vaginale, et le fixer à son ancienne place, au fond des bourses, par la célorrhaphie (TUFFIER), ou la suture bi-testiculaire (VILLEMIN).

DES HYDROCÈLES

I. DÉFINITION

L'*hydrocèle* est le terme générique, sous lequel on désigne toutes les collections séreuses de la région inguino-scrotale (DUPLAY). Cette définition doit être précisée. Il s'agit de collections circonscrites, prenant origine dans le système séreux de la glande génitale : testicule et annexes. Je laisse donc de côté l'*œdème du scrotum* fréquent chez les cardiaques, les albuminuriques, les cachectiques et en particulier chez les enfants rachitiques et athrepsiques; les *phlyctènes* plus ou moins volumineuses de la région et les *hydrocèles diffuses du cordon* qui consistent en une infiltration séreuse du tissu cellulaire et qui s'observent chez les sujets ascitiques ou porteurs d'un bandage herniaire.

II. CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

Avant de décrire les différents types d'hydrocèle, acquis ou congénitaux, je dois étudier l'origine, l'évolution et la disposition de la séreuse péritesticulaire; ce préambule d'anatomie et d'embryologie est absolument indispensable à la connaissance clinique des cas observés. Sur cette question, nous possédons maintenant des notions précises grâce aux travaux et recherches de NÜCK, MÉRY, POTT, HUNTER, CAMPER, ZUCKER-KANDL, FERÉ et surtout de Ramonède et Hugo Sachs.

Le testicule, qui se développe dans la région lombaire, migre

vers la région inguino-scrotale, par un mécanisme encore mal connu, mais qui, suivant GODARD, s'explique par la traction élastique des trois chefs du *gubernaculum testis*. Cette

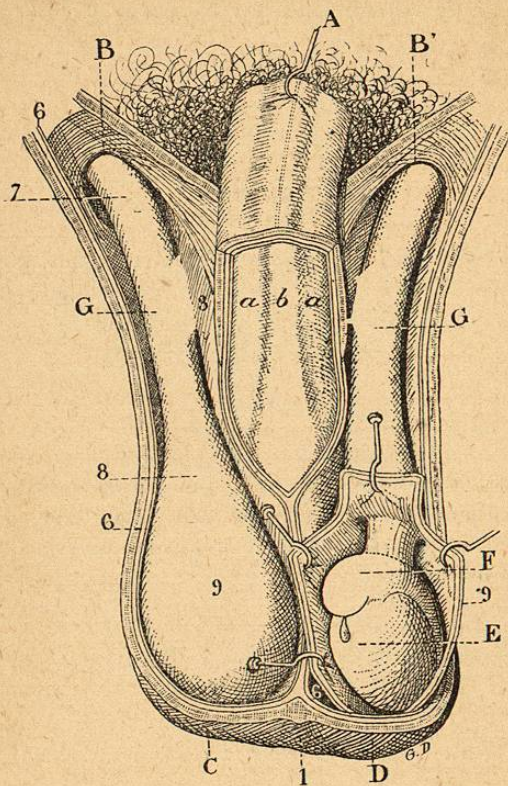


FIG. 2. — Enveloppes des bourses. Disposition de la vaginale.
(D'après DUPLAY, ROCHARD et DEMOULIN.)

descente de la glande génitale, qui entraîne ses annexes, est réglée par une invagination préformée du péritoine; la partie de ce diverticulum qui se trouve en rapport immédiat avec

le testicule et l'épididyme prend des proportions plus vastes que ce qui reste du conduit. Cette portion restante s'appelle canal *vagino-péritonéal*.

Ce canal offre des détails intéressants à connaître: il suit le trajet du cordon et présente une série de dilatations et de rétrécissements:

1° Une première dilatation, conique à base inférieure, s'ouvrant dans la cavité vaginale. C'est la portion *funiculo-vaginale*;

2° Un premier rétrécissement ou diaphragme. C'est le rétrécissement *pré ou sus-testiculaire*;

3° Une deuxième dilatation, fusiforme, dite *funiculaire* proprement dite ou *sous-inguinale*, en raison de sa situation;

4° Un deuxième rétrécissement correspondant à l'orifice superficiel du canal inguinal;

5° Une troisième dilatation, dite *interstitielle*, dans le trajet inguinal;

6° Un troisième rétrécissement, au niveau de l'orifice profond du canal inguinal;

7° Une quatrième dilatation, dite *propéritonéale* ou *rétro-pariétale*, due à un repli du péritoine; elle est en général rudimentaire, mais peut servir de point d'appel à une hernie ou à une hydrocèle;

8° Un quatrième rétrécissement correspondant au bord libre de ce repli.

Ce canal vagino-péritonéal n'a qu'une existence éphémère; c'est une route fermée normalement dans les premiers jours de la vie; il n'est plus représenté que par des débris histologiques semés çà et là dans la masse cellulaire du cordon. Mais il peut rester béant chez l'enfant et même chez l'adulte; il peut même se rouvrir alors qu'on n'y croyait plus, sous la pression intestinale dans un effort ou par l'accumulation progressive croissante du liquide de sécrétion de la séreuse dans les lésions de la glande génitale.

Le mode d'évolution de l'appareil séreux péritesticulaire, cavité vaginale et conduit vagino-péritonéal, permet de classer les hydrocèles en deux catégories:

1° Le conduit est oblitéré sur toute son étendue et la vaginale est indépendante : c'est la disposition de l'hydrocèle *acquise* de l'enfant ou de l'adulte ; c'est l'hydrocèle proprement dite, sans épithète ;

2° Le conduit est perméable sur toute l'étendue ou sur une portion de son trajet. A cette disposition correspondent les hydrocèles dites *congénitales*.

Dans l'étude qui va suivre, je conserverai ces deux types « acquis et congénital ».

Mais, à côté des caractères *particuliers* propres à chaque variété, l'hydrocèle présente des caractères *généraux* tirés de l'étiologie, de l'anatomie pathologique et de la symptomatologie.

C'est par ces derniers que je commencerai ; puis je passerai en revue les diverses formes cliniques. Viendront enfin le diagnostic et le traitement.

III. CARACTÈRES GÉNÉRAUX DE L'HYDROCÈLE

1° **Étiologie.** — Observée depuis l'antiquité, l'hydrocèle — la *hargne aqueuse* d'Ambroise Paré — n'est scientifiquement connue que depuis le siècle dernier. Après Hunter et Percival Pott, Velpeau en 1844 et Panas en 1872 démontrèrent que, dans le plus grand nombre des cas, l'hydrocèle est toujours symptomatique de lésions de l'appareil général, en particulier de l'épididyme. Les recherches de Gosselin, Trélat, Lannelongue confirmèrent cette manière de voir.

Cela ne veut pas dire que ces lésions soient toujours évidentes ; le plus souvent, c'est le contraire qui existe et la définition ne comprend pas les épanchements qui accompagnent les affections *proclamées* de la glande génitale.

L'hydrocèle est une affection de tous les âges, se rencontrant particulièrement dans l'enfance et dans la vieillesse. Sa fréquence est variable suivant les pays et, à ce point de vue, les climats chauds et humides : Antilles, Indes, Egypte, jouissent d'une incontestable supériorité.

Les causes de cette affection sont d'ordre divers : *locales* ou *générales*, *prédisposantes* ou *occasionnelles*.

L'hydrocèle se montre souvent à la suite d'un traumatisme des bourses : froissement de la glande, chute à califourchon, marche prolongée, course à cheval, à bicyclette, coup de pied de cheval dans l'observation de RECLUS. La variété infantile rentre dans cette catégorie.

L'hydrocèle peut être symptomatique de la présence, dans la vaginale, de corps étrangers fibreux ou calcâires ; d'affections primitives du testicule et de l'épididyme, tels que kystes spermatiques, testicule en ectopie, sclérose blennorrhagique ; de lésions du voisinage comme celles de l'urètre postérieur, du col de la vessie ou de la prostate. Enfin elle peut accompagner une hernie inguinale.

L'hydrocèle s'observe aussi au cours de maladies générales et dans certaines diathèses. J'ai observé dans le service de PANAS un rhumatisant qui présentait à la fois une hydarthrose du genou droit, une ténionite de l'œil droit, et une hydrocèle du côté gauche.

Bouisson cite le cas d'un malade atteint d'hydropéricardé, au cours d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu ; une hydrocèle qui survient fait disparaître la complication. Cette hydrocèle est traitée par la ponction et l'injection iodée ; l'hydropéricarde se reproduit et le malade meurt.

En somme, l'hydrocèle est suivant l'expression de Kocher, une *vaginalite chronique séreuse* de réaction, dont la cause se trouve au niveau de la vaginale elle-même (traumatisme, rupture vasculaire, épanchement sanguin, présence de corps étrangers) ou dans une maladie générale.

Les causes d'excitation de la vaginale dont le réseau lymphatique communique largement avec ceux de l'épididyme et du cordon et qui peut aussi réagir par voie sanguine, expliquent à la fois la production et la répétition des hydrocèles.

On sait que PANAS et RECLUS invoquent en dernier ressort l'épididymite aiguë ou chronique, latente ou patente, comme la cause la plus fréquente et la plus active de l'état pathologique de la séreuse vaginale.