

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, Égypte, 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.

Quant à l'hydrocèle essentielle, elle n'est le plus souvent qu'une hydrocèle symptomatique dont la cause a échappé aux investigations.

2° Anatomie pathologique. — Je n'ai pas à parler, dans ce chapitre, de la disposition du canal vagino-péritonéal dans l'hydrocèle dite congénitale; cela n'a rien de pathologique et a été traité antérieurement.

Je passerai rapidement en revue les caractères anatomopathologiques du contenu et du contenant de toute hydrocèle, quelle qu'en soit la variété.

Le *liquide* est en quantité variable, de quelques grammes à plusieurs litres; colorations différentes: jaune pâle, jaune citrin, teinte de sérum, rose ou rouge, avec, quelquefois, des paillettes de cholestérine et de la graisse en émulsion (hydrocèles chyleuses); densité: 1025; réaction *alcaline*, due aux chlorures de sodium et de potassium; 8 à 10 pour 100 de matières albuminoïdes.

La *vaginale* ne présente parfois aucune altération, sauf un aspect « lavé »; mais, il peut y avoir des lésions évidentes; infiltration et épaissement du tissu sous-séreux, fausses membranes, plaques calcaires, se pédiculisant du côté de la cavité pour devenir des corps étrangers. Sa disposition anatomique change avec la forme considérée, d'où les aspects *uni* ou *pluri-lobés* de la tumeur. Béraud a montré qu'à la partie moyenne de la fibreuse se trouvait une bande circulaire de renforcement qui résistait à la distension du liquide, tandis que les parties sus et sous-jacentes de la fibreuse cédaient plus facilement à la pression de l'épanchement. Dans les hydrocèles anciennes, il est fréquent de trouver des adhérences qui unissent différents points de la paroi kystique. Ces adhérences s'opposent à la distension uniforme de la tumeur, ce qui justifie les hydrocèles *vésiculeuses* ou *hydatiques* de LARREY. Quelquefois, elles offrent une disposition spéciale et déterminent la formation de deux cavités dépendant l'une de l'autre, comme dans l'*hydrocèle de Béraud* et l'*hydrocèle à type sous-épididymaire*.

Le *testicule*, avec l'*épididyme*, se trouve, sauf inversion,

situé en *arrière*, en *bas* et en *dedans* de la tumeur. Cette situation s'explique, ainsi que l'ont montré LANNELONGUE et MARIMON, par la présence du ligament scrotal qui retient la glande en arrière et par le développement exagéré du cul-de-sac de

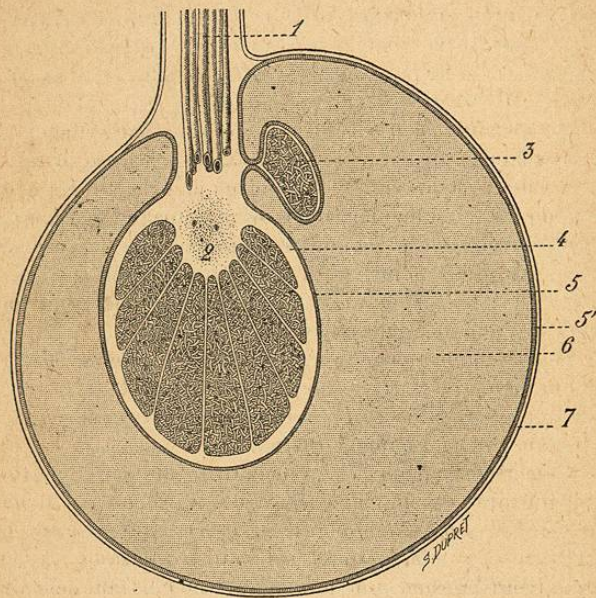


FIG. 3. — Hydrocèle (coupe transversale). (D'après DUPLAY, ROCHARD et DEMOULIN).

réflexion de la vaginale, au niveau de l'épididyme. Les altérations du testicule et de l'épididyme sont variables; je ne parle pas des hydrocèles symptomatiques qui accompagnent, dans son évolution, une grave affection de la glande et qui figurent au second plan; il s'agit des hydrocèles simples, dans lesquelles on trouve un allongement de l'épididyme qui se détache du testicule, un déroulement des cônes efférents, un certain degré

d'atrophie ou d'anémie de la glande génitale, suivant l'opinion de Gosselin. Encore s'agit-il de cas anciens. Quelquefois même, on peut observer des troubles profonds du côté de la spermatogénèse avec dégénérescence granulo-graisseuse des animalcules.

3^o Symptomatologie. — Le tableau clinique de l'hydrocèle — sans tenir compte des différentes classifications qui ont été établies — est admirablement tracé dans une leçon clinique de A. de SAINT-GERMAIN. Le voici :

« Nous observons une tumeur sphéroïde, parfois piriforme, régulière, enveloppant le testicule de toutes parts, sans qu'il soit possible, par le palper, de trouver le point où cet organe se dissimule; tout au plus arrive-t-on à déterminer sa présence par la provocation de la *douleur testiculaire* à la pression, et par l'existence d'un point, peut-être un peu opaque, au milieu de la masse absolument translucide que présente la tumeur examinée à la lumière.

« De la présence ou de l'absence du testicule au bas de la tumeur scrotale, découle en effet l'indication de ponctionner, comme on le fait d'habitude, au sommet de la tumeur ou, au contraire, sur les parties latérales.

« Ceci nous amène à la constatation du signe vraiment pathognomonique de l'hydrocèle, je veux parler de la *transparence* ou, pour être plus correct, de la *translucidité*. Loin d'affirmer, en effet, comme certains chirurgiens et entre autres PERCIVAL POTT, que la transparence doit être considérée comme le signe le plus trompeur et le plus incertain, nous sommes, au contraire, absolument convaincu que ce signe existe dans l'immense majorité des cas et qu'il est facile à percevoir à l'aide de certaines précautions sur lesquelles nous allons insister.

« La première condition est d'éviter le grand jour. La seconde de bien tendre la peau des bourses. La troisième, de placer la lumière assez près des bourses, pour que l'œil de l'observateur, suffisamment isolé de la lumière ambiante, soit à l'aide de sa main disposée en cornet, soit à l'aide du stéthoscope ou du bonnet d'astrologue de CHASSAIGNAC, puisse

percevoir nettement l'éclairage de la cavité kystique. Les cas d'erreur de diagnostic viennent, en effet, d'un manquement à ces divers préceptes : ou les rideaux mal fermés laissent pénétrer trop de lumière diffuse, ou, et c'est le cas le plus fréquent, la peau du scrotum mal tendue conserve, par suite, une épaisseur beaucoup trop grande pour que les rayons lumineux puissent la traverser, ou bien enfin l'aide chargé de tenir la lumière, craignant de brûler le malade, la porte à une trop grande distance, alors qu'il est indispensable de la porter presque au contact.

« La translucidité est donc un signe pathognomonique de l'hydrocèle; il a pu arriver, dans certains cas exceptionnels, qu'on ait trouvé certaines hydrocèles dépourvues de transparence, mais une exception aussi rare n'ôte rien à l'autorité du signe en lui-même; le fait observé par Roux, que certains sarcoécèles sont translucides, serait beaucoup plus grave, s'il était admis; mais sans rien ôter à la grande autorité du célèbre chirurgien de l'Hôtel-Dieu, ne peut-on pas supposer qu'il a été induit en erreur par cette mince couche de liquide qui borde pour ainsi dire quelquefois le sarcoécèle et qui peut faire illusion, dans un examen un peu superficiel? Les cas d'hydrocèles sans translucidité sont absolument exceptionnels. Dans le cas cité par VIDAL, le liquide était absolument laiteux; dans les autres cas, le liquide avait la couleur et la consistance du chocolat, mais, comme le fait observer VELPEAU, ce sont là des cas d'hydrohématocèle et non pas d'hydrocèle pure. Quant aux cas dans lesquels l'épaisseur des parois peut déterminer l'opacité, ils appartiennent aux hydrocèles chroniques très anciennes; celles-ci, en particulier, n'appartiennent jamais à l'enfance.

« La *fluctuation* franche de l'hydrocèle, si différente de la sensation élastique que l'on trouve dans le cancer encéphaloïde, nous éclaircirait également, si la tension extrême de la poche, due à l'abondance du liquide, ne rendait pas quelquefois ce signe difficile à percevoir. Il est alors nécessaire d'employer, pour le retrouver, la manœuvre suivante : la tumeur est, pour ainsi dire, cernée à l'aide de deux doigts de la main gauche et de deux doigts de la main droite, puis on enfonce

brusquement la pulpe de l'index droit au sein de la masse distendue. Une sensation de flot refoulé, d'abord en arrière, puis revenant battre le doigt, sensation absolument identique au ballottement perçu comme signe de la grossesse ou à la fluctuation des abcès rétro-pharyngiens, ne pourra laisser de doute, si elle est nettement perçue.

« Les deux signes précédents, à savoir la fluctuation et la translucidité, ont une bien plus grande valeur que la *pesanteur spécifique* légère de la tumeur dans l'hydrocèle. NÉLATON a insisté, avec raison, sur les difficultés extrêmes que présente l'évaluation de cette pesanteur spécifique, étant donnée l'adhérence intérieure de la tumeur avec des tissus de densité différente; aussi NÉLATON pense que la valeur de ce signe est absolument contestable, pour ce qui touche au diagnostic entre l'hydrocèle et des tumeurs réputées beaucoup plus pesantes, telles que l'hématocèle et la sarcocèle.

« Rarement douloureuse, si ce n'est dans les cas de vaginite, l'hydrocèle ne se révèle, le plus souvent, que par son volume et par la gêne qu'elle apporte au libre exercice de la marche. »

IV. — CARACTÈRES PARTICULIERS DES HYDROCÈLES FORMES CLINIQUES

1° Hydrocèles acquises. — Les principaux caractères des hydrocèles *acquises* sont les suivants : elles surviennent chez l'adulte et le vieillard ou l'enfant nouveau-né ; elles sont toujours symptomatiques d'altérations de la glande génitale, de lésions uréthro-prostatiques ou d'un état général particulier ; celles qu'on dit idiopathiques ou essentielles tendent à disparaître de jour en jour, à mesure qu'on les connaît mieux ; l'épanchement remplit une cavité vaginale close de toutes parts et n'ayant aucune communication avec un segment perméable du canal vagino-péritonéal ; la tumeur est donc *irréductible* ; de plus elle est mate, fluctuante ou rénitente, en

général translucide avec un testicule en place, c'est-à-dire situé en arrière, en bas et en dedans, sauf inversion.

Il existe deux types d'hydrocèle acquise : le type de l'*adulte* et le type *infantile*.

a) *Hydrocèle de l'adulte.* — Tout le monde en a vu. L'aspect est caractéristique. Le plus souvent, l'hydrocèle est unilatérale en forme de poire, de calabasse ou de masse bilobée. Quelquefois, elle est bilatérale et peut être si volumineuse qu'il en résulte une diminution progressive de la longueur de la verge ; les corps caverneux s'enfoncent profondément dans la masse ; le fourreau est réduit et le gland avec le prépuce apparaît, comme un ombilic, au centre de la tumeur. Dans ce cas, la miction est difficile, le coït impossible.

L'hydrocèle de l'adulte est en général unicavitaire.

Cependant il existe des formes anatomiques caractérisées par la présence d'adhérences qui divisent la cavité principale en cavités secondaires.

Depuis l'hydrocèle à deux cavités de BÉRAUD et l'hydrocèle à type sous-épididymaire, jusqu'aux hydrocèles vésiculeuses ou hydatiques de LARREY, il y a tous les intermédiaires.

La ponction de l'hydrocèle donne un liquide d'aspect et de nature variable ; ce liquide est fluide et séreux dans la forme classique, il est épais dans les formes *gélatineuses* et laiteux dans les formes *chyleuses*.

Les variétés laiteuses, chyleuses, graisseuses ou *galactocèles* sont encore à l'étude. Elles s'observent à tout âge.

MANSON, LEWIS et LE DENTU disent que cette affection est causée par la présence dans le sang d'un parasite, d'un ver nématode, la *filaire*. L'hydrocèle graisseuse serait une *lymphorrhagie filarienne* de la cavité vaginale, suivant l'expression consacrée. Et voilà pourquoi ce serait une maladie de pays exotiques : Brésil, Antilles, la Réunion, Chine, Indes, Australie, etc.

Mais LE DENTU lui-même et CHALOT citent des observations où la galactocèle est survenue chez un Français n'ayant jamais quitté son pays et chez un enfant de six semaines. La filariose ou l'obstruction des réseaux lymphatiques ne donnent pas la raison de cette hydrocèle.