

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.

Comme l'examen du liquide a révélé, en certains cas, la présence de spermatozoïdes, les hydrocèles chyleuses ont été confondues longtemps avec les kystes spermatiques.

La distinction a été faite par VIDAL DE CASSIS et GRASSI, et l'intervention a permis de constater la rupture de spermato-cèle dans la cavité vaginale.

Cliniquement, ces variétés d'hydrocèle présentent les grands signes classiques, sauf la translucidité. L'affection est bilatérale, peut s'accompagner d'éléphantiasis du scrotum et des membres, avec envahissement testiculaire. C'est la ponction qui constitue le grand moyen diagnostique.

C'est sur l'hydrocèle acquise, type de l'adulte, que l'on observe, le plus souvent, les quelques complications signalées par les auteurs.

L'inflammation, si fréquente autrefois après la ponction, est rare aujourd'hui. Le plus souvent traumatique, elle est parfois spontanée. Rougeur, douleur, chaleur, tuméfaction phlegmoneuse, tels sont les caractères qui la révèlent au médecin. La fièvre s'allume. Puis tout s'apaise. A la suite de cette poussée inflammatoire, l'épanchement reste plus considérable; dans quelques cas exceptionnels, on l'a vu disparaître complètement.

La rupture de la vaginale est traumatique ou spontanée. Le mécanisme en est mal connu.

Quoi qu'il en soit, elle reconnaît souvent l'effort pour cause déterminante et se fait à la partie supérieure et antérieure de la séreuse, dans cette région de moindre résistance révélée par les expériences de SAINT-MARTIN.

La rupture s'annonce par une douleur brusque d'intensité variable, une diminution de la tumeur liquide centrale, une infiltration œdémateuse des bourses et une ecchymose qui peut envahir le pénis, les aines et le bas-ventre. Quelquefois, il ne s'agit pas d'une infiltration, mais d'une collection séro-sanguine dans la tunique celluleuse.

Suivant les cas, on s'abstiendra tout en favorisant la résolution par des applications résolatives et un pansement compressif ou bien on interviendra comme pour une cure radicale d'hydrocèle.

Quant à la transformation de l'hydrocèle en *hématocèle*, elle est rare et se rencontre surtout après une contusion ou une ponction dans les vieilles hydrocèles.

Telles sont les complications de l'hydrocèle. Sauf accident du genre de ceux qui viennent d'être indiqués, la marche de cette affection est insidieuse, lente, régulière, progressive, sans malignité, comme sans tendance à disparaître spontanément¹.

β) *Hydrocèle infantile*. — C'est une variété acquise; elle se montre chez le nouveau-né; sa fréquence est assez grande, avec une proportion de 1/12 et même de 1/10 d'après les statistiques de WECHSELMANN; on ne sait à quoi elle est due; on admet généralement une hypersécrétion de la vaginale à la suite d'une contusion de la glande testiculaire pendant l'accouchement. L'épanchement peut être considérable. C'est une hydrocèle avec ses caractères classiques. Le diagnostic est facile. Ce qu'il y a de mieux à faire, c'est d'attendre la résorption qui ne tarde guère: dans le cas contraire, on doit se considérer comme en face d'une hydrocèle ordinaire, et agir en conséquence.

2° **Hydrocèles congénitales**. — Les principaux caractères des hydrocèles congénitales sont les suivants:

Elles se rencontrent chez l'adulte comme chez l'enfant et se justifient par des anomalies du conduit vagino-péritonéal. Elles surviennent chez l'enfant par disposition congénitale évidente; ce caractère est nettement marqué par la présence du liquide dans un ou plusieurs segments du canal et par sa réduction possible d'une cavité segmentaire dans la cavité voisine ou dans la cavité abdominale. Elles se montrent chez l'adulte par *prédisposition*, plutôt que par disposition congénitale;

1. A la façon d'une pleurésie ou d'une synovite, la vaginalite chronique séreuse peut devenir séro-purulente et même purulente. Le fait a été observé par MANSON et VINCENTE chez un prostatique, porteur d'une hydrocèle, à la suite d'un cathétérisme urétral. Le pus contenait du streptocoque peu abondant et peu virulent. Quelque temps après la cure radicale de l'affection, le malade présenta une épididyme du même côté dans les mêmes circonstances.

elles sont restées latentes, réduites à leurs parois, avec la sérosité normale de glissement. Il n'y a pas excès de liquide, parce que la vaginale n'a pas à réagir en présence d'une glande

génitale saine. ou parce que le canal communique avec la cavité abdominale.

A un moment donné, ce canal s'ouvre à la suite d'un effort, sous la poussée abdominale; du liquide de la grande cavité abdominale fait irruption dans la petite cavité du doigt de gant inguino-scrotale. Ou bien, la séreuse qui tapisse le diverticulum s'enflamme par la propagation de lésions du péritoine (parfois tuberculeuses chez l'enfant ainsi qu'on le constate au cours de l'intervention) ou par la réaction de la vaginale au contact de lésions du testicule ou de l'épididyme.

L'accumulation du liquide distend les différents segments du canal vagino-péritonéal dont il révèle l'existence et accuse la forme. Ces hydrocèles congénitales sont donc ouvertes ou fermées du côté de la cavité abdominale. Si elles sont fermées, le liquide enkysté peut déterminer la formation d'une tumeur dont

le volume est parfois considérable, gonflant à l'excès la poche scrotale, soulevant la région inguinale et même le bas-ventre jusqu'à l'ombilic. Si elles sont ouvertes, elles présentent un signe clinique de premier ordre: la *réductibilité*.

Cette *réductibilité* se manifeste à des degrés divers. La simple pression de la tumeur entre les doigts peut suffire pour

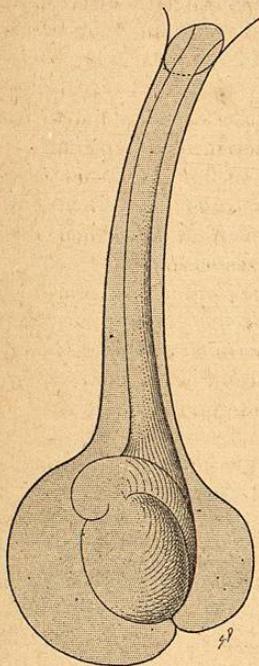


FIG. 4. — Hydrocèle congénitale.
(D'après DUPLAY, ROCHARD et
DEMOULIN.)

déterminer la réduction et le liquide passe avec une extrême facilité de la cavité vaginale dans la cavité abdominale; d'ailleurs, la réciproque est vraie, et l'hydrocèle, dès que le malade tousse ou se lève, se reproduit immédiatement. En d'autres cas, la réduction est lente à obtenir et nécessite une pression soutenue; quelquefois même, elle est nulle, malgré la présence possible d'un orifice suffisant de communication; cela tient à ce qu'il existe, au niveau de l'orifice inguinal interne, des replis valvulaires qui peuvent s'adosser les uns aux autres et fermer d'autant plus complètement l'orifice que la pression est plus forte. Mais il n'est pas rare de constater la réduction insensible de semblables hydrocèles et le matin, on constate la réduction spontanée de cette tumeur sur laquelle on s'était exercé vainement la veille.

Les hydrocèles congénitales présentent au plus haut point le phénomène de la translucidité et celle-ci est telle que chez l'enfant, de même chez l'adulte, l'ombre du testicule peut passer inaperçue.

Enfin, ce qui importe dans l'hydrocèle congénitale est moins la présence du liquide dont l'abondance ne saurait nuire, que la disposition anatomique même du canal qui s'accompagne fréquemment, soit d'une *pointe de hernie*, soit d'une *ectopie testiculaire*. Cette considération est de toute importance dans le traitement de l'affection, à tel point que c'est beaucoup moins de la tumeur liquide qu'il faut s'occuper que de la hernie en marche ou de la glande non descendue.

Je passerai rapidement en revue les diverses variétés d'hydrocèle congénitale.

L'hydrocèle *péritonéo-vaginale* ou congénitale proprement dite, se caractérise par une tuméfaction dont la forme allongée remonte dans le trajet inguinal; elle est donc inguino-scrotale; cette tuméfaction présente une réductibilité pathognomonique et subit la transmission de l'effort ou de la toux; il est vrai de dire que ce dernier caractère peut se retrouver même dans les hydrocèles congénitales irréductibles, car si la transmission du liquide sous pression ne peut se faire de la vaginale vers le péritoine, ce n'est pas une raison pour qu'elle ne puisse se

faire en sens inverse. L'épanchement diminue et même disparaît dans le décubitus horizontal et le matin au réveil. Si on cherche le testicule, on le trouve souvent en ectopie.

L'hydrocèle *péritonéo-funiculaire*, ainsi dénommée par CHASSAIGNAC, n'intéresse pas la cavité vaginale, laquelle est nettement isolée de la tumeur par un diaphragme ou un cordon fibreux; s'il n'existe qu'un diaphragme, il est difficile, pour ne pas dire impossible, de se rendre compte par le palper de l'indépendance de la vaginale: celle-ci peut même être remplie par la partie inférieure de la tumeur liquide qui repousse le diaphragme et enveloppe le testicule; en général, le testicule est *indépendant*, c'est là un bon élément de diagnostic. S'il existe un cordon fibreux, vestige du segment oblitéré du canal, les doigts isolent nettement la glande de la tumeur et saisissent une bride dure caractéristique. L'hydrocèle péritonéo-funiculaire est réductible et présente les caractères de la hernie correspondante.

Les hydrocèles *biloculaires*, ou de *Dupuytren*, ont été l'objet de communications intéressantes, en particulier de BAZY et de Pierre DELBET. Elles se manifestent par l'existence de deux poches: l'une abdominale, l'autre scrotale, réunies par un segment du canal vagino-péritonéal.

Le volume et la contenance de ces hydrocèles sont souvent considérables; la poche abdominale peut soulever la paroi abdominale jusqu'au niveau de l'ombilic. On peut faire refluer le liquide d'une poche dans l'autre, et le doigt perçoit, au niveau du détroit, un frémissement particulier. La poche scrotale n'offre rien de spécial. Au contraire, la poche abdominale présente une pathogénie discutée. Pour BAZY, le péritoine iliaque serait toujours décollé et prendrait la plus grande part à la constitution de la tumeur. Pour DELBET, les différentes formes observées s'expliqueraient par certaines dispositions du canal vagino-péritonéal dans sa portion inguinale; d'où, par analogie avec les hernies, les hydrocèles inguinales pro-péritonéales, interstitielles et superficielles.

Au point de vue du traitement, ces distinctions n'ont pas grande importance.

Les hydrocèles *enhystées du cordon* ou funiculaires intéressent un ou plusieurs segments du canal vagino-péritonéal et ne communiquent ni avec la cavité vaginale, ni avec la cavité péritonéale.

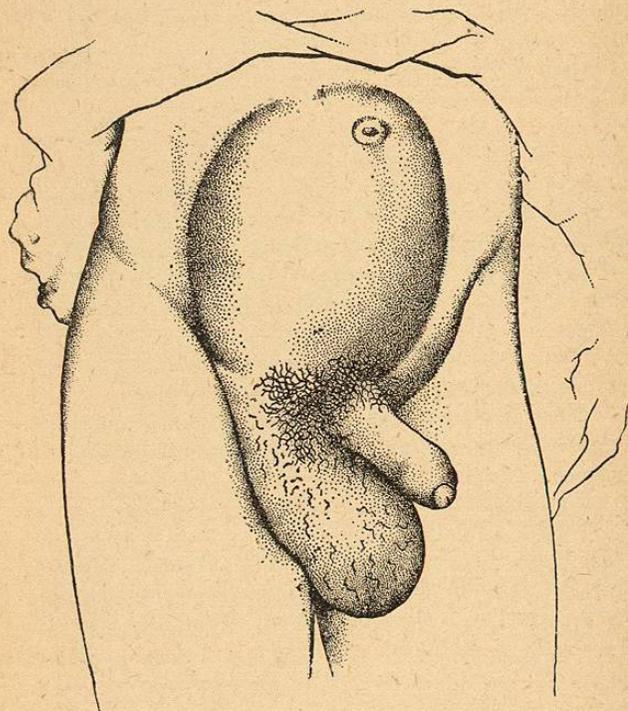


FIG. 5. — Hydrocèle en bissac (Bazy). (D'après DUPLAY et RECLUS.)

On distingue cliniquement les *grands kystes* et les *petits kystes*. Les grands sont allongés ou sphériques suivant les cas, avec une membrane d'enveloppe mince et bleuâtre; très tendus, on peut les saisir et les déplacer suivant le trajet

inguino-scrotal; ces mouvements entraînent les éléments du cordon qui peuvent être inclus dans la paroi du kyste au point de faire saillie dans la cavité. Les petits sont durs, gros comme des noisettes ou des noix, et glissent aisément quand ils sont pressés entre les doigts. La poche est dure et contient un liquide souvent sirupeux; les éléments du cordon peuvent être détachés facilement de la paroi kystique; il y a des cas où la petite tumeur s'est développée entre les éléments eux-mêmes; en général ils sont très adhérents.

Dans le voisinage de l'épididyme, on peut observer de semblables kystes, mais ils ne tirent pas leur origine du canal vagino-péritonéal, ainsi que ceux de la région inguino-funiculaire; GIRALDÈS les fait dériver des vestiges du corps de Wolff, ce sont donc des kystes para-épididymaires.

Enfin, je signalerai une dernière variété d'hydrocèle du type congénital, caractérisée par la présence d'une poche principale, formée aux dépens de la cavité vaginale, et d'une poche secondaire qui s'est développée dans le segment funiculaire du canal vagino-péritonéal.

Cette poche secondaire est quelquefois réduite à un simple diverticulum qui se détache de la cavité vaginale à la partie supérieure, et s'élève, ainsi que l'a démontré BROCA, sur le côté interne des éléments du cordon; en d'autres circonstances, il s'agit d'une tumeur bilobée avec partie étroite correspondant au rétrécissement pré- ou sus-testiculaire; ces variétés ont fait l'objet d'une clinique intéressante de FORGUES de Montpellier, qui les désigne sous le nom d'*hydrocèles funiculo-vaginales*¹.

V. — DIAGNOSTIC

Qu'elle soit acquise ou congénitale, une hydrocèle simple,

1. La distinction clinique entre une hydrocèle funiculo-vaginale et la tumeur bilobée, constituée par l'accolement d'un kyste du cordon et d'une hydrocèle vaginale, est souvent impossible à établir.

classique, vulgaire, ne peut, ne doit pas être méconnue. Elle offre des caractères nettement tranchés qui sont des éléments certains de diagnostic: aspect piriforme le plus souvent; surface lisse, régulière et arrondie; matité franche; fluctuation ou rénitence; testicule situé en arrière, en bas et en dedans; translucidité; évolution lente sans réaction douloureuse, sans trouble fonctionnel appréciable.

Dans l'examen, il sera indiqué de recourir à la ponction. Voici une tumeur offrant tous les signes extérieurs de l'hydrocèle; si la seringue de Pravaz amène du sang pur ou un liquide sanguinolent, ce n'est pas une hydrocèle, c'est un néoplasme, une hématocele, une hydro-hématocele. Hématocele et hydro-hématocele, en particulier, ne peuvent qu'exceptionnellement être déterminés par une ponction, blessant un vaisseau qui s'ouvre dans la poche. Une aiguille fine ne produit pas des hémorragies comme un trocart.

Ce n'est pas tout; la ponction donne des renseignements précieux sur la paroi kystique: épaisseur, consistance, etc. Si le liquide de la ponction est séro-sanguinolent et la paroi mince, c'est d'une hydro-hématocele qu'il s'agit; c'est une hématocele qui se présente, si le liquide séreux est contenu dans une paroi épaisse, dure: dans ce cas, le sang s'est déposé sur la vaginale en caillots fibrineux, organisés, et le sérum seul a surnagé.

Quel que soit l'aspect du liquide étudié, liquide citrin, laiteux, chyleux, il faut admettre que l'on a affaire à une hydrocèle.

En se tenant dans des limites purement cliniques, pour ce qui concerne les cas ordinaires, tels qu'on en observe le plus souvent, le diagnostic différentiel est simple.

S'agit-il d'une tumeur du testicule: *sarcocèle*, testicule *syphilitique* ou *tuberculeux*, la nature de cette tumeur sera établie par les caractères spéciaux à ces affections, par l'état général qui l'accompagne, par les antécédents et les commémoratifs.

Ces tumeurs sont solides, donnent du sang ou du pus à la ponction, ne sont pas régulières, etc.