

des bourses renferment quelquefois, dans la profondeur de leur parenchyme, des nids de cellules conjonctives qui en modifient la nature et l'évolution. Il arrive alors qu'à un moment donné la tumeur se développe rapidement, comme un vrai sarcome : on dit, en ces cas, qu'elle se transforme. Il serait plus sage de penser que, sous une influence quelconque, le plus souvent méconnue, les éléments cellulaires jeunes qui, au sein du fibrome, vivaient d'une vie latente, prolifèrent tout d'un coup abondamment et envahissent, émergeant du néoplasme, les tissus du voisinage.

L'observation de Karewsky (1), dont je parlais page 838, est un très intéressant exemple de ces tumeurs complexes : l'énorme néoplasme dont il pratiqua l'extirpation avait l'aspect d'un gros myome utérin ; sa surface extérieure, grossièrement lobée, avait la structure du lipome ; plus profondément, le tissu devenait plus compact, plus dur et prenait les caractères du fibrome ; mais, au centre, la consistance diminuait et le parenchyme n'était plus formé que par du sarcome à cellules fusiformes creusé de cavités irrégulières remplies des déchets ramollis du néoplasme.

ANGIOMES. — Quelques observations ont été rapportées d'angiomes veineux ; l'un d'eux s'est transformé en anévrisme cirsoïde. L'angiome se manifeste ordinairement au moment de la puberté, le plus souvent à l'occasion d'un traumatisme ; il s'accroît d'une manière intermittente, par poussées ; dans un cas de Ricord rapporté par Verneuil (2), de véritables phénomènes inflammatoires éclataient par crises. C'est de l'extirpation au bistouri que sont justiciables ces tumeurs.

KYSTES. — Les kystes qui se développent sur les bourses sont de deux sortes : sébacés ou séreux. Leur contenu justifie cette classification.

Des **kystes sébacés**, plus fréquemment observés que les autres, je dirai peu de chose : ils sont là ce qu'ils sont partout ailleurs. Deux caractères seulement sont à noter : la prédilection de ces tumeurs pour la région médiane du scrotum et, sur certains malades, leur multiplicité. Schwartz a compté une quarantaine de petites tumeurs sébacées, dont la plus grosse avait le volume d'une noisette, chez un malade de Labbé ; Galippe (3) a observé un cas analogue. Quand la tumeur est jeune, le contenu en est liquide ; il prend plus tard une consistance crémeuse ; en vieillissant, le kyste devient quel-

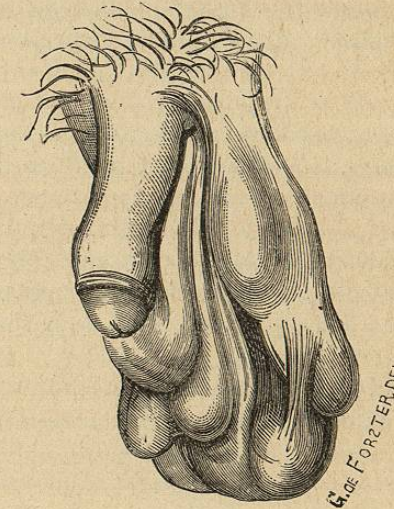
(1) F. KAREWSKY, Contribution à l'étude des tumeurs de la tunique vaginale (*Arch. für klin. Chir.*, XLIX, 3, p. 95 ; anal. dans *Sem. méd.*, 18 déc. 1895, n° 63, p. 544).

(2) VERNEUIL, *Gaz. des hôp.*, 1859.

(3) GALIPPE, *Journ. des conn. méd.*, 26 févr. 1891.

quefois dur par calcification de la paroi. A son niveau, il n'est pas rare que la peau se pigmente et prenne une teinte gris bleuâtre.

Les **kystes séreux** sont tout à fait rares, et leur pathogénie est entourée d'obscurité. Les uns semblent n'être qu'une forme kystique d'adénome sudoripare ou sébacé : par exemple, les cas de Kocher et de Curling (fig. 229) ; d'autres paraissent provenir simplement de la dégénérescence des cellules et de la substance intercellulaire d'une tumeur solide, d'un sarcome en particulier ; ce sont comme des cystosarcomes : tel le cas publié par Crampton et analysé par Curling ; d'autres peuvent être considérés comme le vestige d'une hématocele pariétale : par exemple, celui dont Bauchet (1) a rapporté l'observation, et qui contenait un liquide jaunâtre et filant ; quelques-uns, enfin, résulteraient de la transformation d'un kyste sébacé ; c'est, au moins, l'opinion de Kocher.



Je me demande s'il ne convient pas d'établir une analogie entre les kystes multiloculaires du scrotum et certains kystes du cou et d'en rechercher l'origine dans un angiome congénital.

L'examen anatomique pratiqué par Verneuil sur l'angiome dont je parlais plus haut justifie complètement cette manière de voir : la tumeur était formée « d'un substratum fibreux avec de petites masses graisseuses, des veines dilatées comme des hémorroïdes et, dans le centre, des kystes transparents, à contenu séreux ».

II

MALADIES CHIRURGICALES DE LA VAGINALE

VAGINALITES

Pathogénie. — Étiologie. — Dans la cavité d'une séreuse atteinte d'inflammation, quand cette inflammation ne réalise pas ou quand des lésions antérieures n'ont pas réalisé l'adhérence des deux feuillets, on trouve toujours de la sérosité, du sang, ou du pus.

(1) BAUCHET, *Arch. gén. de méd.*, 1858.

Lorsque l'inflammation est vive, aiguë, douloureuse, elle porte, pour ainsi dire, son diagnostic sur soi-même et s'impose tout à la fois au diagnostic et à la nomenclature : on dit alors qu'il y a *inflammation de la séreuse*. Quand, au contraire, la phlegmasie est peu accusée, qu'elle est lente, qu'elle détermine peu de réaction subjective, elle échappe, pour ainsi dire, au contrôle et, la cause disparaissant devant les effets, elle n'offre plus à la désignation nosologique que le plus important des symptômes objectifs qui lui font cortège, à savoir la collection liquide : on dit alors qu'il y a *épanchement dans la séreuse*.

Voilà pourquoi les inflammations aiguës de la vaginale, de quelque quantité de liquide qu'elles aient provoqué la formation, ne se sont jamais appelées autrement que des *vaginalites aiguës*. Voilà, par contre, aussi comment, pour les inflammations chroniques, l'effet dissimulant la cause, l'importance de l'épanchement masque aux yeux les lésions inflammatoires qui en sont la raison : aussi, de vaginalite chronique n'était-il autrefois nullement question ; l'on parlait seulement d'hydrocèle et d'hématocèle, suivant que le liquide contenu dans la vaginale était de la sérosité ou bien du sang. L'inflammation originelle était oubliée et la maladie ne s'appelait plus que du nom d'une de ses manifestations contingentes.

Et ce nom prit une telle importance que non seulement il désigna la maladie, mais encore qu'on l'utilisa dans les classifications nosologiques de cette maladie : l'on disait, par exemple, d'une hydrocèle qu'elle était *idiopathique* ou *symptomatique*, suivant qu'on trouvait ou non de quoi en expliquer la formation par des lésions plus ou moins apparentes des organes sous-jacents, testicule et épидидyme. Comme si l'on pouvait dire d'un épanchement qu'il est idiopathique, c'est-à-dire malade pour son propre compte !

Cela est employer un langage absurde ; de là sont nées beaucoup de confusions. Il convient donc que nous parlions seulement de vaginalites. Étudions leur pathogénie.

A. — VAGINALITES AIGÜES. — Voici comment P. Reclus (1) résume la pathogénie de l'inflammation des séreuses et de l'inflammation de la vaginale en particulier : « La division des vaginalites en essentielles et deutéropathiques est surannée, car les vaginalites traduisent une altération patente ou cachée de la glande spermatique et l'on peut dire que les vaginalites sont toujours secondaires. La pathologie générale nous apprend que les séreuses, peu susceptibles par elles-mêmes, sont, au contraire, très sensibles aux altérations des organes qu'elles enveloppent. »

La question devient ainsi très simple, mais je crois qu'elle est, en réalité, plus compliquée.

(1) P. RECLUS, art. VAGINALITES du *Traité de chirurgie* de S. DUPLAY et P. RECLUS, 2^e édit., t. VII, p. 1016 ; chez Masson, Paris, 1899.

L'infection des séreuses, en effet, ne s'opère pas toujours par le même mécanisme : comme dit J. Girode (1), c'est quelquefois un accident isolé qui se lie étroitement à la pathologie du parenchyme correspondant ; mais souvent aussi le microbe ou sa toxine s'abat d'une manière directe sur l'appareil séreux. A côté des pleurésies qui, dans le cours de la grippe, de la tuberculose, de la variole, du charbon et de plusieurs autres maladies infectieuses, se développent autour d'un foyer d'embolie, d'apoplexie, de gangrène pulmonaire, de broncho-pneumonie, de pneumonie lobaire ou d'abcès du poulmon, existent les inflammations pleurales, sans altération du parenchyme splanchnique, qu'on voit éclater dans la tuberculose, la scarlatine, la grippe, l'érysipèle, le rhumatisme, les pyohémies, la fièvre typhoïde, la colibacillose et, très exceptionnellement, dans la blennorrhagie (2). Dans tous ces cas, ainsi que le montrait récemment Ch. Achard (3) pour la fièvre typhoïde, la complication séreuse relève d'une détermination secondaire sur la séreuse, soit de l'infection primitive, soit d'une infection étrangère, surajoutée. De l'invasion indépendante des séreuses par les microorganismes, on trouve encore la preuve dans l'endocardite, la péricardite, le pseudo-rhumatisme infectieux qui se manifestent à l'occasion de plusieurs maladies microbiennes, la scarlatine, la streptococcie, la colibacillose et les paracolibacilloses, la blennorrhagie, les oreillons, la pneumococcie, etc. La péritonite elle-même, qui semble liée d'une manière si étroite aux lésions des organes qu'enveloppe le péritoine, laisse de temps à autre éclater son indépendance. Que de péritonites tuberculeuses se déroulent sans que la moindre manifestation de même nature apparaisse sur l'intestin ou son épanouissement glandulaire, l'utérus ou ses annexes ! A ce dernier exemple on peut objecter, sans doute, que la propagation n'est pas toujours facile à saisir et que les altérations séreuses peuvent provenir d'une plaie, d'une ulcération intestinale, ayant servi de porte d'entrée et ayant subi une cicatrisation rapide ; mais ce n'est là qu'une vue de l'esprit. Il y a vraiment des péritonites tuberculeuses qui apparaissent cliniquement avec tous les caractères d'une affection essentielle, d'une localisation primitive du mal.

Les germes peuvent donc se développer, en dehors de toute atteinte splanchnique, dans les grandes fentes lymphatiques que sont les cavités séreuses, « s'infiltrer dans leurs parois et dans leurs radicules lymphatiques » et y provoquer des lésions de réaction défensive plus ou moins intenses suivant le degré de leur virulence : exsudat concret fibrineux leucocytaire, épanchement

(1) J. GIRODE, art. MALADIES MICROBIENNES du *Traité de médecine et de thérapeutique* de BROUARDEL et GILBERT, t. I, p. 100 ; chez J.-B. Baillière, 1895.

(2) P. FAITOUT, La pleurésie blennorrhagique (*Gaz. méd. de Paris*, 5 oct. 1895, n° 40, p. 470).

(3) Ch. ACHARD, Pleurésies typhoïdiques (*Sem. méd.*, 19 oct. 1898, n° 52, p. 417).

séro-fibrineux, épanchement purulent, épanchement hémorragique.

Ainsi l'inflammation aiguë des séreuses reconnaît deux modes pathogéniques : dans l'un, les microbes pénètrent dans la cavité close par une véritable effraction viscérale, et les lésions de l'appareil de recouvrement sont dues soit à des altérations importantes et apparentes de l'organe sous-jacent (embolies, abcès, gangrènes), soit au développement de petits foyers d'inflammation aiguë superficielle, capables d'échapper à l'investigation clinique et analogues à ceux que A. Charrin et H. Claude (1) ont signalés dans le cours des septicémies pyocyaniques expérimentales, soit peut-être à de simples lymphangites viscéro-périviscérales ; dans l'autre, la séreuse est frappée d'emblée et organise pour son propre compte sa défense organique contre les microbes qui lui viennent par les vaisseaux ou les lymphatiques, sans atteinte de l'organe sous-jacent.

La vaginale n'échappe pas à cette loi commune : qu'il s'agisse de vaginalite aiguë ou de vaginalite chronique, l'inflammation est primitive ou secondaire, idiopathique ou symptomatique, essentielle ou deutéropathique. Mais, en pratique, il est souvent difficile de mettre une étiquette sur chacun des cas qui se présentent. Et cela tient à plusieurs causes que voici : 1° l'épanchement peut être abondant et masquer des altérations même importantes du testicule et de l'épididyme ; 2° ces lésions épидидymo-testiculaires peuvent se réduire à une manifestation inflammatoire très atténuée et échapper à l'observateur, même quand elles ne sont enveloppées que d'une mince couche de liquide ; 3° de même que les infections du testicule et de l'épididyme se propagent à la vaginale avec une telle facilité que certains auteurs considèrent, non sans apparence de raison, toutes les vaginalites comme consécutives à des orché-épididymites, de même les infections de la vaginale exercent une action rapide sur l'appareil glandulaire sous-jacent, si bien qu'il est souventes fois impossible de dire lequel a été frappé le premier, du viscère ou de son enveloppe. I. Straus (2) a bien démontré, par exemple, que le gonflement testiculaire qui survient après l'inoculation sous-cutanée de la morve et qui se termine par une véritable évacuation purulente, ne frappe, en réalité, le testicule, dans une proportion de 38 fois sur 40, qu'après avoir exercé son action sur la vaginale où la maladie fait son apparition sous forme d'un semis confluent de petits grains blanc jaunâtre, gros comme une tête d'épingle.

Telles sont les difficultés qui se présentent quand il s'agit de classer anatomiquement les vaginalites : aussi est-on obligé de s'en

(1) A. CHARRIN et H. CLAUDE, Note sur le développement des néomembranes péritonéales périviscérales au cours des septicémies aiguës (*C. R. hebd. des séances de la Soc. de biologie*, 17 juin 1898, n° 21, p. 646).

(2) I. STRAUS, Morve. Diagnostic par inoculation dans le péritoine du cobaye mâle (*Arch. de méd. expér. et d'anat. path.*, 1^{re} série, t. I, 1889, p. 460).

rapporter à la clinique, laquelle juge toujours d'une manière un peu grossière. En langage courant, on dit donc d'une vaginalite qu'elle est symptomatique quand la palpation des bourses permet au praticien de reconnaître sous elles une lésion évidente du testicule ou de l'épididyme ; on la dit idiopathique en toute autre occurrence ; mais il n'est pas douteux qu'un bon nombre de vaginalites cliniquement essentielles sont anatomiquement deutéropathiques.

Je vais donc, dans l'étude étiologique qui va suivre, diviser les vaginalites en deux groupes : le groupe des *vaginalites aiguës* et le groupe des *vaginalites chroniques*. Chacun d'eux sera subdivisé en deux variétés : celle des *vaginalites essentielles* ou primitives et celle des *vaginalites symptomatiques* ou secondaires. Les secondes, je le répète, sont celles qui se développent à la suite d'une manifestation pathologique d'un organe du voisinage : testicule, épидидyme, péritoine, peau et tissu cellulaire ; elles apparaissent comme fonction de l'infection par continuité ou, tout au moins, par contiguïté. Les premières se développent en dehors de toute lésion du voisinage, au cours de quelques états infectieux ; elles apparaissent comme fonction de l'infection par la voie sanguine. J'y comprendrai la vaginalite traumatique, laquelle se développe par contagion directe.

1° Vaginalites aiguës essentielles.

1° *Traumatismes*. — Je laisse de côté les prétendues vaginalites *par effort* : c'est là une fiction qui est née de faits mal interprétés et à laquelle quelques observations imparfaitement étudiées ont pu donner une apparence de réalité ; il n'y a pas lieu de s'y arrêter davantage.

Il existe des *vaginalites traumatiques* : j'entends par là qu'une contusion violente est capable de déterminer une poussée d'inflammation aiguë sur une vaginale déjà malade, ou que celle-ci peut être infectée, à la faveur d'une plaie pénétrante, de quelque nature qu'elle soit, par un pathogène ambiant. Les vaginalites consécutives aux explorations et aux interventions chirurgicales étaient autrefois fréquentes ; elles sont rares aujourd'hui. On en observe quelquefois à la suite de la cure radicale de la hernie inguinale et de la fixation opératoire du testicule. Ce sont, la plupart du temps, des réactions légères, conséquence d'infections atténuées. La présence d'un hématome vaginal dans lequel les microorganismes cultivent avec tant de bonheur, favorise singulièrement cette complication que prévient très facilement une hémostase bien faite.

Je ne parle pas des vaginalites artificiellement produites, pour raison thérapeutique, par les injections irritantes : celles-ci n'agissent évidemment qu'en engendrant une vaginalite aiguë à forme plastique et adhésive ; c'est une inflammation d'ordre chimique.

2° *Infections générales.* — Les maladies au cours desquelles a été noté le développement d'une inflammation isolée de la tunique vaginale sont : la variole, la scarlatine, le rhumatisme, les angines, la blennorragie, la tuberculose et la morve. La plupart des observations sur lesquelles repose cette étiologie sont vieilles pour la plupart et incomplètes; elles constituent, sauf pour ce qui concerne la tuberculose et la morve, des documents à coup sûr imparfaits. Pour s'en convaincre, il suffit de lire le mémoire où Rochoux (1) prétendait, il y a quelques années, démontrer que la prétendue orchite-épididymite blennorragique n'était rien autre chose qu'une simple vaginalite.

a. *Variole.* — Je ne crois pas que les observations déjà anciennes de Faneuil (2) sur l'*orchite variolique* aient été confirmées. Sur 24 cas de complications génitales survenues dans le cours de la variole, Faneuil aurait observé 17 fois la vaginalite avec épanchement, 5 fois l'orchite avec ou sans vaginalite, et 2 fois seulement l'épididymite seule, le tout siégeant presque toujours d'un seul côté. Cette surprenante statistique attribuée à la vaginalite sans lésions épididymo-testiculaires une part proportionnelle certainement trop considérable : c'est ce qui ressort de la lecture du mémoire déjà ancien de Béraud (3) et du travail plus récent de Chiari (4). Là où ceux-ci ont observé de la vaginalite, il y avait orchite parenchymateuse ou épididymite avec lésions péri-épididymaires plus ou moins marquées. Mais l'inflammation peut se cantonner à la queue de l'épididyme, ainsi que Quinquaud (5) en a publié deux exemples, et on s'explique ainsi combien est facile l'erreur clinique qui consiste à méconnaître, sous des lésions séreuses importantes, une manifestation splanchnique réduite à si peu de chose.

b. *Scarlatine.* — Je ne connais que 5 cas d'accidents survenus, au cours de la *scarlatine*, à l'appareil génital. Les voici : l'observation d'Hénoch (6) est nulle; un enfant mourut qui, au huitième jour d'une scarlatine, avait été atteint d'une double vaginalite volumineuse; on en pratiqua la nécropsie, mais on n'ouvrit pas la cavité vaginale (1); l'observation d'Horteloup (7) se rapporte à une vaginalite scarlatineuse consécutive à une inflammation épididymaire; l'observation de Depasse (8), très intéressante (si tant est que l'auteur ait

(1) ROCHOUX, Du siège et de la nature de la maladie appelée improprement orchite blennorragique (*Arch. gén. de méd.*, 2^e série, t. II, 1833).

(2) E. FANEUIL, Recherches sur l'orchite varioleuse, thèse de Paris, 1873, n° 433.

(3) J.-B. BÉRAUD, Recherches sur l'orchite et l'ovarite varioleuses (*Arch. gén. de méd.*, 5^e série, t. XIII, 1859, p. 274).

(4) CHIARI, Weitere Beiträge zur Lehre von der Orchites variolosa (*Zeitschr. für Heilkunde*, Bd X, 1889, p. 340).

(5) O. QUINQUAUD, *Arch. gén. de méd.*, t. XVI, 1870, p. 329.

(6) HÉNOCH, in thèse de CHEYNET, Étude sur la vaginalite aiguë, Paris, 1876, n° 270.

(7) HORTELOUP, Observation rapportée par V. AUGAGNEUR et D. MOLLIÈRE (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, t. XVI, p. 578).

(8) DEPASSE, *Revue des mal. de l'enfance*.

bien su se mettre à l'abri des causes d'erreur), concerne aussi un malade atteint d'épididymo-vaginalite scarlatineuse; l'observation de Faugère (1) paraît se rapporter plutôt à une vaginalite sans lésions viscérales; l'observation de Millien (2) a trait à une orchite-épididymite compliquée de vaginalite aiguë; sauf pour ce dernier cas, qui se termina par suppuration, les lésions furent bénignes et de courte durée. En résumé, la vaginalite scarlatineuse ne paraît être qu'à titre tout à fait exceptionnel une vaginalite primitive.

c. *Rhumatisme.* — Parmi les observations sur lesquelles s'étaie le mémoire de Bouisson (3), il en est deux qui se rapportent à une fluxion assez légère et assez éphémère de la vaginale pendant une attaque de *rhumatisme articulaire aigu*. Dhomont (4), dans sa thèse, en cite un fait intéressant : un jeune homme est atteint d'un rhumatisme polyarticulaire très aigu; avec les arthrites coexistent des fluxions séreuses (endocardite, pleurésie); au septième jour survient une douleur dans les bourses; celles-ci gonflent et la vaginale se remplit de liquide; au bout de quinze jours, tout rentre dans l'ordre et l'exploration ne décèle aucune modification du côté de la glande ou de l'épididyme.

Ces différentes observations se présentent — autant qu'il est possible de le dire — avec les caractères de simples fluxions vaginales. D. Mollière et V. Augagneur (5) pensent même que le rhumatisme articulaire aigu est incapable d'engendrer sur l'appareil génital autre chose qu'une vaginalite séreuse [et considèrent, avec Schwartz (6), qu'il convient d'insérer dans le cadre des pseudo-rhumatismes infectieux toutes les affections signalées par Bouisson comme du rhumatisme vrai au cours duquel se serait développée une véritable orchite. Faidherbe (de Roubaix) (7) me paraît avoir commis la même confusion que Bouisson; je reviendrai sur ce point à l'occasion des orchites.

En résumé, la vaginalite essentielle, sans orchite-épididymite, si rare qu'elle soit, paraît être la localisation ordinaire, sinon exclusive, du rhumatisme à l'appareil génital. Nous sommes loin, on le voit, de l'opinion que le professeur Panas (8) défendait récemment encore, à savoir que bien des épididymites blennorragiques ou seulement urétrales sont d'ordre purement rhumatismal. C'est une thèse qui trouverait, je crois, peu de défenseurs.

(1) FAUGÈRE, Orchite scarlatineuse (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 26 juillet 1896).

(2) M.-G. MILLIEN, Contribution à l'étude de l'orchite scarlatineuse, thèse de Paris, 1897, n° 553.

(3) BOUISSON, Orchite rhumatismale (*Montpellier médical*, t. IV, 1860, p. 336).

(4) DHOMONT, Du rhumatisme aigu polymorphe, thèse de Paris, 1880.

(5) DANIEL MOLLIÈRE et V. AUGAGNEUR, *loc. cit.*, p. 578.

(6) E. SCHWARTZ, *Encycl. intern. de chir.*, t. VII, p. 498.

(7) A. FAIDHERBE, Contribution à l'étude de l'orchite rhumatismale (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1894, n° 4, p. 306).

(8) PANAS, Ténonite et orchite doubles (*Sem. méd.*, 13 janv. 1897, n° 2, p. 10).