

a pas là d'erreur, il faut donc admettre, ou bien que les traumatismes répétés, la blennorragie et toutes autres maladies infectieuses, sont capables de provoquer directement, sans participation de l'appareil spermatique, après une attaque de vaginalite aiguë souvent assez légère pour passer inaperçue, peut-être même sans attaque aiguë, des lésions chroniques de la séreuse, ou bien que les altérations de l'épididyme à la suite desquelles éclate tout d'abord la réaction vaginale peuvent être assez superficielles pour disparaître sans laisser aucune trace, tandis qu'au contraire subsistent les restes de cette réaction vaginale.

Voilà comment se complique le problème de la pathogénie des vaginalites chroniques et comment, par exemple, en présence d'une hydrocèle dont une lésion évidente de l'appareil funiculo-testiculaire n'est pas la compagne, il est impossible de dire s'il s'agit d'une vaginalite primitive ou secondaire, idiopathique ou deutéropathique, d'une vaginalite vraiment ou apparemment essentielle.

Il est cependant un fait qu'on ne peut s'empêcher d'envisager comme corroborant puissamment l'opinion de ceux qui se refusent à considérer les vaginalites comme toujours consécutives à des lésions épididymo-testiculaires : c'est l'existence d'hydrocèles développées dans des vaginales ayant accompli sans le testicule leur migration dans les bourses, et l'existence de kystes nés dans les vestiges du canal vagino-péritonéal. Sans doute, on peut dire de ces hydrocèles qu'elles ne sont rien autre chose que la marque de péritonites extérieurisées (!) et que l'inflammation de la séreuse n'est dans ces cas qu'une inflammation propagée du péritoine, mais on ne saurait objecter un pareil argument contre les hydrocèles enkystées du cordon. Or, si le canal vagino-péritonéal peut, loin du testicule, s'enflammer pour former une hydro-vaginalite funiculaire enkystée, pourquoi la vaginale elle-même, près du testicule, ne pourrait-elle pas s'enflammer, sans participation de ce testicule, pour former une hydro-vaginalite scrotale ?

Au total, voici comment on peut résumer tout ce que je viens de dire de la pathogénie des vaginalites chroniques. Celles-ci, quelle que forme qu'elles affectent (adhésive, plastique, séreuse) se divisent en trois catégories : 1° les unes apparaissent vraiment comme idiopathiques : ainsi quelques rares vaginalites tuberculeuses, la vaginalite rhumatismale et, peut-être, les vaginalites de quelques grandes pyrexies ; 2° les autres sont certainement deutéropathiques et consécutives à une lésion de l'appareil épididymo-testiculaire. Ces dernières se divisent en deux groupes : le premier renferme les vaginalites dont on peut dire qu'elles sont anatomiquement et cliniquement symptomatiques, la réaction vaginale n'occupant vis-à-vis la maladie principale que le second plan : ainsi l'hydrocèle du cancer, de la tuberculose épididymaire ; le second renferme les vaginalites qui sont anatomiquement symptomatiques, mais cliniquement essen-

tielles, l'affection causale disparaissant par sa bénignité devant les manifestations inflammatoires de la séreuse : ainsi l'hydrocèle que provoquent les petits kystes de l'épididyme ; 3° les dernières enfin, dont il est impossible de déterminer exactement la nature, qui se présentent cliniquement comme des vaginalites primitives, mais qui, si on les étudie attentivement, au point de vue anatomique, paraissent, au moins pour un certain nombre de cas, se développer autour de lésions insignifiantes et quasi physiologiques de l'épididyme et du testicule : ainsi apparaissent un certain nombre d'hydrocèles de vieillards, dont on peut dire que si toutes sont apparemment essentielles, quelques-unes seulement le sont en réalité.

A. — VAGINALITES AIGUËS.

Anatomie pathologique. — Dans la vaginalite aiguë, les deux feuillets de la vaginale sont congestionnés ; on y voit se dessiner une arborisation vasculaire en foyers ; la séreuse est épaissie, dépolie et rugueuse, en raison de la desquamation endothéliale, et pointillée de rouge. Une mince couche de fibrine jaunâtre recouvre les deux feuillets ; en certains points, près du ligament gubernaculaire surtout, cette couche s'épaissit ; on la voit, par exemple, former, au niveau de la queue de l'épididyme et de l'origine du canal déférent, une sorte de gangue plastique qui se moule sur les organes et les masque ; cette gangue est formée de plusieurs couches stratifiées qu'on peut décortiquer en lambeaux ; quelquefois les assises superficielles s'en détachent complètement ou partiellement et flottent plus ou moins librement dans le liquide qui, d'une manière constante, se forme, mais quelquefois en très minime quantité, dans la cavité vaginale. La trame de la séreuse est infiltrée de globules blancs ; les capillaires sanguins sont dilatés ; les capillaires lymphatiques sont larges et bourrés de leucocytes. Le liquide est transparent, fibrineux ; il se prend en masse gélatiniforme dans le vase où on le dépose après l'avoir retiré par ponction. Tordu dans un linge, il se change en « une sorte de résidu fibrineux, de membrane que teintent en rose les globules rouges contenus dans ses mailles ».

En résumé, voici comment évoluent les lésions. Autour de l'épididyme ou du testicule malade, les vaisseaux dilatés de la séreuse laissent exsuder la fibrine qui se répand à la surface de la membrane ; cette fibrine forme une mince pellicule sans cellules. Mais l'endothélium réagit ; ses cellules apparaissent tuméfiées, avec un protoplasma plus abondant, un noyau plus gros. Les cellules conjonctives sous-endothéliales et les leucocytes mono- et polynucléaires prolifèrent, pénétrant les uns et les autres la fibrine.

Telles sont les lésions invariables du début ; elles évoluent, suivant les cas, d'une manière très différente.

Premier cas : *évolution résolutive* : les sécrétions inflammatoires, liquide et fausses membranes, disparaissent par résorption définitive.

Second cas : *évolution vers la vaginalite plastique adhésive* : sous la couche de fibrine qui la tapisse, la séreuse réagit ; des bourgeons se détachent de sa surface, formés de tissu embryonnaire et de capillaires néoformés ; ils pénètrent les travées fibrineuses, au milieu desquelles, par clivage, s'établissent des loges irrégulières ; puis s'organisent en un véritable tissu conjonctif dont les expansions vont former les brides, les adhérences, les cloisons ; à la fausse membrane sans organisation succède ainsi la néomembrane organisée. Chez certains malades, la cavité vaginale est complètement oblitérée ; dans d'autres cas, elle est seulement clivée ; on constate alors qu'elle renferme plusieurs cavités, plusieurs loges complètement ou imparfaitement fermées dans lesquelles s'accumule le liquide.

Troisième cas : *évolution vers la vaginalite plastique hypertrophiante* : au lieu de se souder l'un à l'autre en symphyse totale ou en adhérences partielles, les deux feuillets de la vaginale s'épaississent d'une manière uniforme et se recouvrent de néomembranes stratifiées qui font corps avec eux ; la cavité vaginale subsiste, large et pleine de liquide séreux quand les néomembranes sont minces, souples et ne saignent pas (vaginalite séreuse, hydrocèle), étroite et remplie de sang quand ces néomembranes sont épaisses, rigides et saignent (pachyvaginalite, hématocèle).

Quatrième cas : *évolution vers la vaginalite suppurée* : le liquide devient louche et séro-purulent ; quelquefois il contient un peu de sang ; d'abondantes fausses membranes jaunâtres, fibrineuses, molles, sans adhérence, tapissent les deux feuillets de la vaginale et s'en détachent pour former dans la sérosité louche des flocons plus ou moins épais ; sous elles, la vaginale est rouge, congestionnée, tomenteuse. Le testicule est enfoui au milieu du pus épais ou fluide qui remplit la cavité et des produits pseudo-membraneux qui en tapissent les parois ; dans certains cas, il y a sur l'albuginée une perte de substance au travers de laquelle des tubes séminifères émergent de la profondeur du parenchyme. Cette perforation se fait de dedans en dehors ; elle est consécutive à la suppuration du testicule. Les bourses sont œdémateuses, infiltrées, rouges, puis violacées ; elles font corps avec le feuillet pariétal de la vaginale, puis bombent et crèvent sur un ou plusieurs points, laissant écouler le pus qui distend la vaginale.

Symptômes. — On sait que, dans la grande majorité des cas, la vaginalite aiguë est consécutive à l'orché-épididymite ; aussi est-il impossible de dissocier les symptômes de l'une et l'autre affection. Les bourses sont chaudes, rouges, tendues, luisantes, dépliées, quelquefois œdémateuses ; elles doublent de volume, et marquent

par leur asymétrie la localisation unilatérale du processus. Il y a de la douleur spontanée, dans les premières heures surtout ; cette douleur n'a pas toujours son maximum dans la région malade ; elle irradie vers la cuisse, l'aîne et les lombes, où elle atteint quelquefois son plus haut degré. Je l'ai vue si violente dans la région du flanc qu'elle simulait une péritonite péri-appendiculaire. Le plus petit attouchement, le seul poids des couvertures est intolérable ; le malade se défend contre toute exploration : celle-ci est donc impossible ou très difficile dans un bon nombre de cas. Il faut dire que cette réaction subjective est très variable ; l'épididymo-vaginalite aiguë provoque chez certains sujets des douleurs extrêmement vives ; chez d'autres, elle est presque indolore ; affaire de susceptibilité individuelle et d'intensité inflammatoire.

Quand l'exploration est possible, voici ce qu'elle apprend : s'il n'y a pas de liquide dans la cavité vaginale, on perçoit un frottement sec, une sorte de crépitation neigeuse qui éclate quand on fait glisser l'un sur l'autre les deux feuillets de la séreuse. S'il y a formation de liquide, l'examen pratiqué, soit concurremment avec les deux mains, soit avec une seule main dont le pouce se met en opposition des autres doigts, tandis que la main opposée, maintenant la racine du scrotum, fixe la région malade, l'examen, dis-je, suivant le degré de tension du liquide dans la vaginale, fournit une des trois sensations suivantes : rénitence, fluctuation, ballottement testiculaire.

Soit en raison de l'épanchement qui en masque la surface, soit en raison de la douleur, l'examen de l'appareil épидидymo-testiculaire au cours d'une vaginalite aiguë est impossible ou infructueux dans un bon nombre de cas. C'est ordinairement au déclin de la maladie, quand les symptômes de réaction inflammatoire ont diminué et que le liquide a subi une résorption partielle, que l'exploration permet de découvrir la glande testiculaire et son épидидyme plus ou moins malades.

Les symptômes généraux qui accompagnent la vaginalite aiguë dépendent de sa propre intensité et de son évolution. Ils sont nuls en certains cas ; d'habitude, il y a de la fièvre au début, un état saburral marqué, de la céphalalgie ; j'ai observé des vomissements. Ces symptômes diminuent peu à peu d'intensité quand la vaginalite aiguë entre en résolution ou passe à l'état chronique ; mais si la transformation purulente survient, les signes de la résorption septique éclatent : frissons, sueurs, fièvre à oscillations grandes et à exaspération vespérale, sécheresse de la langue, etc.

Évolution. — Trois terminaisons s'offrent, en effet, à la vaginalite aiguë : la *résolution pure et simple* ; le *passage à l'état chronique* ; la *suppuration*.

Résolution. — La résolution s'opère plus ou moins vite suivant la

violence du processus et, surtout, suivant l'état de l'appareil spermatique ; elle est parfaite quand il ne reste aucune adhérence, incomplète quand se produisent des synéchies. Les formes sèches produisent plutôt ces dernières que la forme séreuse.

Chronicité. — Quand les vaginalites aiguës avec ou sans épanchement passent à l'état chronique, c'est-à-dire deviennent plastiques, elles déterminent des adhérences, ou bien des épaissements, des stratifications de néomembranes, qui augmentent considérablement l'épaisseur de la vaginale et diminuent proportionnellement la contenance de sa cavité.

Suppuration. — La transformation purulente est assez rare ; je crois n'en avoir observé que trois cas : deux fois il s'agissait d'une vaginalite consécutive à une épididymite urétrale chez de vieux prostatiques ; le troisième fait se rapporte à une vaginalite subaiguë survenue chez un homme vigoureux, récemment syphilité, au cours d'une blennorrhagie peu violente. Les deux premiers ne sont pas sans quelque ressemblance avec l'intéressante observation publiée par Vignerot (1) d'un homme de soixante-quatorze ans qui, ayant eu autrefois plusieurs blennorrhagies et ayant subi à plusieurs reprises la dilatation du canal de l'urètre, fut atteint, longtemps après, d'une vaginalite suppurée produite par la rupture, dans la cavité séreuse, d'un gros abcès testiculaire qui avait perforé l'albuginée. J'ai déjà dit par quels signes généraux s'annonce la suppuration de la vaginale ; localement, elle produit l'œdème du scrotum, la rougeur violacée et la tension de la peau des bourses, puis une tuméfaction localisée et fluctuante. Son évolution est très variable : l'ouverture est-elle large et la cavité bien drainée, le pus s'évacue facilement et la vaginale bourgeonne, comblant l'abcès ; quelquefois la glande est éliminée en totalité ou en partie. Quand, au lieu de trouver issue à l'extérieur, le pus fuse dans les régions voisines, remontant avec le cordon dans la région inguinale ; ou bien quand, la cavité vaginale étant incomplètement ouverte, l'évacuation se fait mal et qu'il y a stagnation du pus, des accidents de septicémie grave peuvent apparaître qu'on a vus capables d'emporter le malade. Enfin, pendant longtemps, si le traitement chirurgical a été mal dirigé, peuvent subsister des fistules multiples du scrotum, avec abcès à répétition.

Traitement. — Qu'elle soit ou non compagne d'une orchio-épididymite, toute vaginalite aiguë qui n'est pas suppurée commande l'abstention chirurgicale ; on a dit que l'évacuation du liquide, dans les cas très douloureux, produisait au malade un soulagement marqué ; comme Reclus, je crois cependant que les indications de la

(1) VIGNEROT, Abcès du testicule. Vaginalite suppurée consécutive. Castration. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, LXIV^e année, 5^e série, t. III, juillet 1889, 21^e fasc., p. 486).

ponction sont très rares ; personnellement, je n'ai jamais eu l'occasion de la pratiquer. Elle nécessite, bien entendu, l'emploi de la plus stricte asepsie.

Comme un abcès chaud, la vaginalite suppurée est justiciable de l'incision large suivie de drainage. Si l'affection date de quelque temps déjà, un coup de curette détruira avantageusement les fongosités et les néomembranes des parois.

B. — VAGINALITES CHRONIQUES.

I. — VAGINALITE SÉREUSE.

(Hydrocèle.)

1^o HYDROCÈLE NON CONGÉNITALE.

Pour l'intelligence de ce qui va suivre, je suis obligé de résumer en quelques mots le chapitre que j'ai écrit sur la pathogénie des vaginalites, chapitre auquel on voudra bien se reporter.

Les vaginalites chroniques — quelle que soit leur forme anatomique — doivent être groupées sous trois étiquettes : 1^o les premières sont ou, en tout cas, peuvent être *réellement idiopathiques* (j'entends par là que les lésions de la vaginale n'y sont pas provoquées par des lésions des organes voisins) : ainsi certaines formes rares de vaginalite tuberculeuse ; 2^o les secondes sont *réellement deutéropathiques* et consécutives à des troubles survenus dans l'appareil funiculotesticulaire ; elles se divisent en deux groupes : l'un comprend les vaginalites anatomiquement et cliniquement symptomatiques, dans lesquelles la réaction vaginale ne joue, vis-à-vis l'affection causale, qu'un rôle tout à fait effacé (ainsi l'hydrocèle qui se développe autour du cancer, de la tuberculose, de la syphilis épididymo-testiculaire) ; l'autre comprend les vaginalites qui sont anatomiquement symptomatiques, mais cliniquement essentielles, dans lesquelles la maladie originelle disparaît par sa bénignité devant les manifestations inflammatoires de la séreuse (ainsi l'hydrocèle qu'engendrent les petits kystes de l'épididyme) ; 3^o les troisièmes, enfin, sont *apparemment idiopathiques*, mais (tout porte à le croire) *réellement deutéropathiques*. Prouver cette dernière affirmation est chose impossible ; d'abord parce que les lésions épididymo-testiculaires peuvent être très légères et s'éteindre au point de ne laisser aucune trace ; ensuite parce que, parmi ces altérations, les unes sont tout à fait insignifiantes, en quelque sorte physiologiques, et ne sont justiciables que d'un diagnostic microscopique : telles se présentent beaucoup d'hydrocèles de vieillards, provoquées, sans aucun doute, par la transformation scléreuse de l'épididyme.

On voit par là combien grandes sont les difficultés qui se présentent