

appendice à la partie inférieure de la vaginale, ce qui reste pour moi incompréhensible. On ne peut s'empêcher d'être un peu impressionné par le caractère par trop schématique des choses qu'il représente et la rareté vraiment exceptionnelle des choses qu'il décrit. Il est donc impossible de se prononcer. Si vraiment l'hydrocèle de Béraud n'était autre chose que la dilatation d'un diverticule supérieur de la séreuse, elle devrait figurer parmi les hydrocèles congénitales dont il sera question plus loin. En tout cas, je ne pense pas qu'il y ait lieu de s'arrêter à cette hypothèse émise, sous réserves d'ailleurs, par S. Duplay (1), à savoir qu'on pourrait attribuer à la distension des diverticules de Béraud une forme singulière d'hydrocèle observée et décrite par Kraske, par E. Lessert, par Steinhil, laquelle hydrocèle consiste en la formation, dans l'épaisseur des bourses, d'une trentaine de poches indépendantes les unes des autres ainsi que de la vaginale, flasques, fluctuantes, transparentes, contenant un liquide citrin tout à fait comparable à celui de l'hydrocèle, et coiffant la face externe de la séreuse. Il est évident qu'il s'agit là d'un lymphangiome kystique, lequel n'a rien à voir avec l'hydrocèle.

L'hydrocèle affecte assez souvent la forme suivante : à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur, un étranglement, qui n'est jamais complètement circulaire, déprime le kyste et lui donne plus ou moins l'aspect d'un rein, d'un haricot ; quand cette disposition, qu'on peut considérer comme normale, s'accentue, l'hydrocèle prend la forme d'une Calebasse, d'un sablier ; on dit alors qu'elle est *bilobée*. Béraud, qui a bien décrit ce caractère, l'attribue à la présence, sur la face extérieure de la vaginale, d'une sorte de ceinture inextensible qui, sous forme d'un ruban de 7 à 8 millimètres de hauteur et de 1 millimètre d'épaisseur, se présente comme un simple épaissement de la fibreuse commune ; Ch. Monod et Terrillon (2) pensent que la dépression « correspond au point où cette tunique fibreuse, qui n'adhère pas à la vaginale par sa partie supérieure, vient s'étaler à sa surface en se confondant avec elle ». Je ne partage pas cette opinion. Béraud est dans le vrai.

**b. Structure de la poche.** — Les lésions de la vaginalite séreuse sont loin de se traduire toujours sous le même aspect. Dans certains cas, la face endothéliale de la séreuse est lisse, lavée, blanche, comme exsangue ; il n'y a aucune néomembrane à sa surface et l'épaisseur de la trame conjonctive sur laquelle repose l'endothélium, loin de s'épaissir, a elle-même diminué d'épaisseur sous l'influence de la surdistension : les phénomènes inflammatoires sont alors réduits à leur minimum ; il semble qu'à l'irritation produite par quelque lésion épидидymo-testiculaire sous-jacente, visible ou non, la séreuse ait répondu sans participation phlegmasique véritable, par la simple

(1) E. FOLLIN et DUPLAY, *Traité de path. externe*, t. VII, fasc. 2, p. 244.

(2) Ch. MONOD et O. TERRILLON, *loc. cit.*, p. 170.

sécrétion d'une quantité plus ou moins considérable de liquide. C'est là l'exception ; d'une manière générale, la vaginale porte les traces d'une inflammation plus ou moins vive ; or, en matière d'inflammation, l'on peut observer tous les degrés entre les lésions les plus bénignes de la vaginalite séreuse, simple dépoli de la surface endothéliale, et les altérations les plus sérieuses de la pachyvaginalite qui, peu à peu, conduisent à la transformation calcaire de la poche. Dans les cas légers, il y a simple aspect trouble de la vaginale par flots ; des taches rouillées se développent à sa surface où s'établissent de véritables nids de néoformation cellulaire qui sont la première étape de la sclérose. Sur d'autres sujets, les lésions sont plus marquées : il y a formation de brides, de cloisonnements, d'adhérences, surtout au niveau des points où la vaginale subit sa réflexion ; c'est la forme plastique de l'inflammation, laquelle, au résumé, se traduit par des lésions conjonctives de deux formes : 1° adhérences en surface ; 2° adhérences par brides. Ailleurs apparaît la signature de la vaginalite hyperplasique ou végétante, sous la double formation d'un épaissement total ou segmentaire, avec sa densité, sa rigidité, ses plaques fibreuses, ses zones d'induration massive, ses placages calcaires ou cartilagineux, et d'une réaction endothéliale qui produit d'abord l'état rugueux, tomenteux de la surface, et se prépare pour la future production de néomembranes stratifiées. Par endroits, des végétations pédiculées se montrent, véritables petits appendices flottants qui restent suspendus à la place où ils sont nés, ou bien tombent dans la cavité et nagent dans le liquide qu'elle contient sous forme de corps libres de la tunique vaginale.

Parmi ces altérations multiples, il n'en est pas, au point de vue de la vaginalite séreuse, qui soit plus intéressante que la formation des brides et des cloisons de la vaginale. C'est à elle qu'on doit les *hydrocèles multiloculaires*. Circonscrites par des adhérences, des lamelles, de simples tractus plus ou moins larges, plus ou moins ténus et plus ou moins longs, on trouve incluses dans la grande cavité des cavités secondaires, des logettes complètement ou incomplètement fermées, dont le nombre peut être assez considérable.

Ces vésicules ont des dimensions, une forme, un siège très variables ; parmi elles, une variété curieuse est à signaler : ce sont les *hydrocèles sous-épididymaires*, qui résultent de la production, sur le bord externe de l'épididyme, d'adhérences qui ferment et isolent cette partie de la vaginale qui s'engage dans le sillon interépididymo-testiculaire et y forme un cul-de-sac plus ou moins profond.

Une variété très intéressante, autre conséquence des lésions symphysaires partielles de la vaginale, a été décrite par I. Brault (1) sous le nom d'*hydrocèle à double fond*. Sur un cadavre, celui-ci trouva le

(1) I. BRAULT, Quelques remarques sur la chirurgie des bourses (*Lyon médical*, 6 déc. 1896, n° 49, p. 476).

testicule serti par un bourrelet membraneux gonflé de liquide, et comme enchatonné dans une sorte de collerette godronnée, formant bourrelet polykystique. La figure 232 montre le curieux aspect

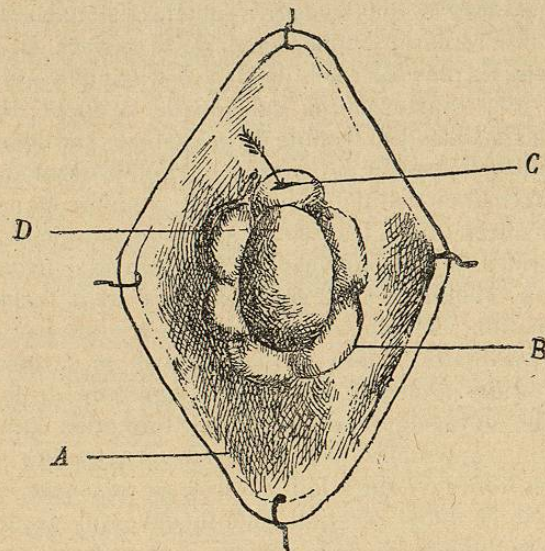


Fig. 232. — Hydrocèle enkystée, forme godronnée (d'après Brault). — A, vaginale ouverte et érigée; B, bourrelet pseudo-kystique; C, lieu initial de l'incision de l'arrière-cavité; D, hémisphère antérieur du testicule.

que présentait cette hydrocèle à double fond et le mécanisme adhésif par lequel s'était réalisée sa disposition.

3° Testicule et épидидyme. — Une double question se pose pour le testicule et l'épididyme : 1° quelle est leur topographie par rapport à la masse liquide ? 2° quelles lésions leur inflige et, conséquemment, quels troubles physiologiques provoque en eux l'évolution de la pachyvaginalite ?

a. Topographie de l'appareil épидидymo-testiculaire par rapport à l'épanchement. — D'une manière générale, on peut dire que, dans la pachyvaginalite, l'appareil épидидymo-testiculaire, quoique pour ainsi dire englobé par la tumeur, reste superficiellement fixé à la partie postérieure, inférieure et interne de celle-ci. En examinant les trois figures schématiques ci-jointes, on comprend, sans qu'il soit besoin de plus amples explications : 1° comment la glande, baignant dans le liquide, est incluse en quelque sorte au milieu de lui et échappe en grande partie à l'exploration, mais aussi comment, fixée en bas à la face profonde des bourses par le ligament gubernaculaire, vestige du gubernaculum testis, elle ne saurait se perdre complètement au milieu de la vaginale distendue (fig. 233) ; 2° comment le bord postérieur du testicule étant dépourvu de vaginale, le liquide de

l'hydrocèle ne peut s'accumuler derrière lui, ni, par conséquent, en empêcher sur ce point l'exploration (fig. 234) ; 3° comment, au contraire, l'épanchement masque le bord antérieur et les deux faces de l'organe, et même comment il en baigne complètement la face

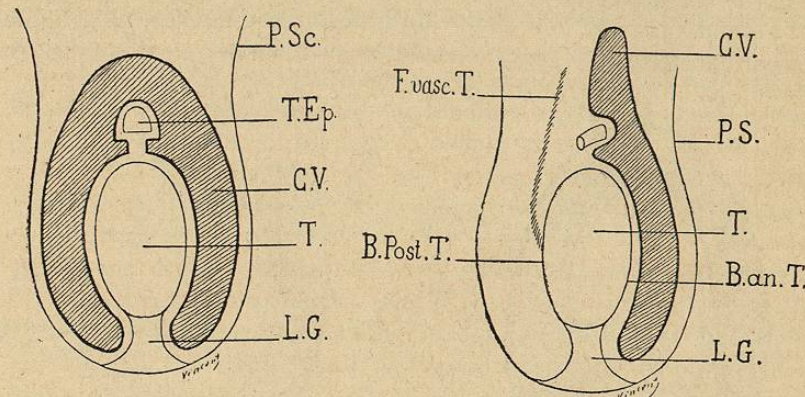


Fig. 233. — Coupe frontale de la vaginale (schématique).

Fig. 234. — Coupe antéro-postérieure de la vaginale (schématique).

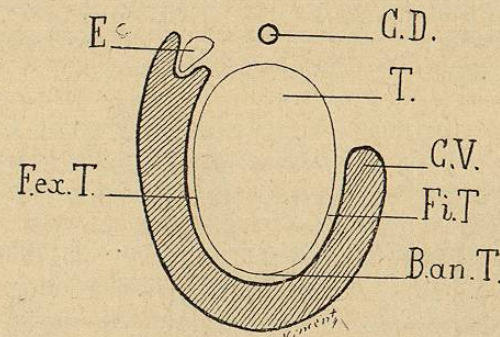


Fig. 235. — Coupe transversale de la vaginale (schématique). — F.vasc.T, faisceau vasculaire du testicule; CV, cavité vaginale; P. S, peau scrotale; T, testicule; B.an.T, bord antérieur du testicule; B.Post.T, bord postérieur du testicule; L.G, ligament gubernaculaire; CD, canal déférent; E, épидидyme; Fi.T, face interne du testicule; F.ex.T, face externe du testicule; C de SIET, cul-de-sac interépидидymo-testiculaire. Les figures 233, 234 et 235 sont faites d'une manière schématique d'après une coupe pratiquée sur un testicule supposé vertical.

externe, tandis qu'il s'étend sur une bien moindre partie de la face interne (fig. 235).

Mais il arrive assez souvent que des dispositions anatomiques individuelles modifient cette topographie classique du testicule par rapport au liquide de l'hydrocèle. Le professeur Le Dentu (1), le premier, a

(1) A. LE DENTU, Des situations habituelles et exceptionnelles du testicule dans le cas de tumeurs des bourses (*Études de clin. chir.*, p. 180; Masson, Paris, 1892).

signalé ces faits que j'ai étudiés plus complètement et que mes travaux sur la vaginale ont permis d'interpréter (1). Plusieurs exceptions cliniques sont créées par les anomalies dont je parle. Les voici :

1<sup>er</sup> cas. — Sur certains sujets, la vaginale recouvre toute la face externe du testicule, se développe même en arrière de l'épididyme et s'étend aussi sur tout le territoire de la face interne, si bien que le bord postérieur de l'organe se trouve, comme le reste de sa surface

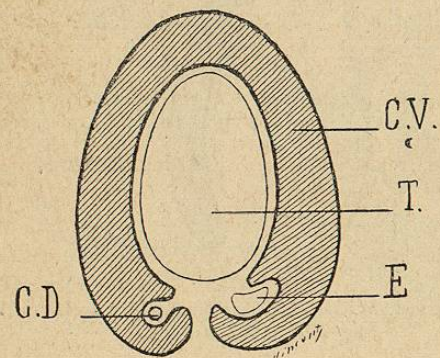


Fig. 236. — Coupe horizontale de la vaginale.

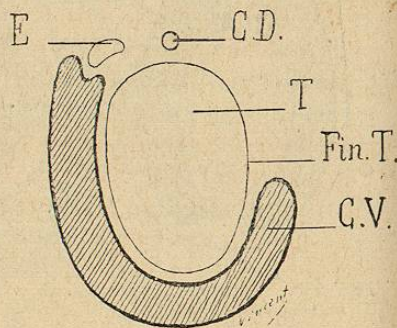


Fig. 237. — Coupe horizontale de la vaginale.

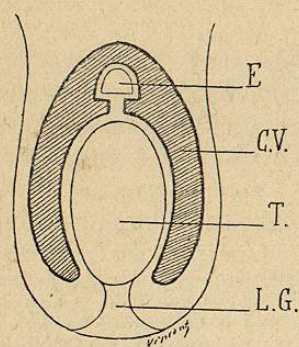


Fig. 238. — Coupe frontale de la vaginale.

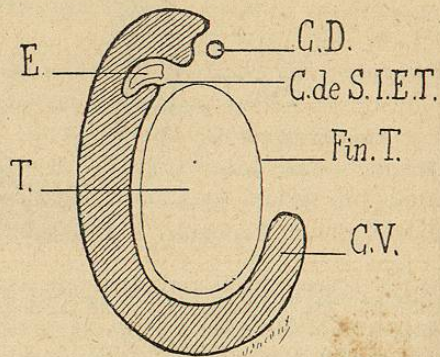


Fig. 239. — Coupe horizontale de la vaginale.

entouré par la séreuse. Alors le testicule devient inaccessible à l'exploration ; il est enfoui et perdu dans la tumeur (fig. 236).

2<sup>e</sup> cas. — La vaginale ne tapisse que partiellement la face interne du testicule et, sur la face externe, aboutit à peine à l'épididyme. Alors, s'il y a hydrocèle, la glande génitale reste libre par une

(1) Pierre SEBILEAU, La situation du testicule dans l'hydro-hématocèle de la tunique vaginale (*Presse méd.*, 8 juin 1898, n° 48, p. 305).

grande partie de sa surface et on la trouve, en quelque sorte, comme énucléée de la tumeur et faisant saillie au dehors d'elle (fig. 237).

3<sup>e</sup> cas. — Avec cette dernière disposition coexiste souvent celle dans laquelle on voit le pôle inférieur du testicule tout à fait dégagé de la cavité vaginale ; alors, en cas d'épanchement, on peut sentir et mobiliser le testicule en relief sur la tumeur et, même, imprimer des mouvements à son pôle inférieur (fig. 238).

4<sup>e</sup> cas. — Enfin, mais tout à fait exceptionnellement, on peut voir le liquide de l'hydrocèle remplir un énorme cul-de-sac postérieur et externe et repousser le testicule en dedans et en avant (fig. 239).

Je reviendrai plus loin sur les conséquences cliniques de ces curieuses dispositions que font bien comprendre les quelques schémas ci-contre.

Telle est la topographie respective en laquelle peuvent se trouver l'épanchement et le testicule, celui-ci étant en position régulière. Je n'ai pas besoin de dire qu'à son tour l'inversion, c'est-à-dire l'orientation anormale du testicule, crée de nouveaux rapports entre celui-ci et la masse liquide. Je ne puis entrer ici dans des détails qui feraient double emploi avec ceux que je donnerai au chapitre des anomalies du testicule. Qu'il me suffise de dire que sur les sujets atteints d'inversion antérieure du testicule (c'est de beaucoup la plus répandue et la plus intéressante des inversions), la vaginale est située en arrière et en bas, si bien que, s'il y a formation de liquide, la glande est repoussée en avant.

Enfin, des adhérences pathologiques, ainsi que je l'ai déjà dit, peuvent s'établir entre les deux feuillets de la séreuse et faire occuper au testicule, par rapport à l'épanchement, une situation quelconque.

b. Topographie de l'épididyme par rapport au testicule. — Dans presque toutes les vieilles hydrocèles, à condition qu'elles aient atteint un certain volume, les relations topographiques du testicule et de l'épididyme subissent de sérieuses modifications. Ces modifications sont de deux sortes : 1<sup>o</sup> ou bien, comme l'a remarqué Curling, le cul-de-sac interépididymo-testiculaire s'enfonce, se distend sous la pression du liquide et forme une cavité profonde, une sorte d'hydrocèle partielle, de diverticule dont « le fond est dirigé en dedans et dont l'orifice, qui regarde en dehors, vient s'ouvrir dans la cavité vaginale entre le bord supérieur du testicule et le corps de l'épididyme » ; 2<sup>o</sup> ou bien, comme l'a encore indiqué Curling et comme l'ont bien étudié et expliqué plus tard Lannelongue (1) et son élève Marimon (2), Reclus et son élève Festal (3), si l'hydrocèle devient

(1) LANNELONGUE, *Bull. de la Soc. de chir.*, 16 juillet 1873.

(2) MARIMON, Recherches sur l'anatomie pathologique des grosses hydrocèles, thèse de Paris, 1874.

(3) P. RECLUS et FESTAL, Hydrocèle vaginale. Déroulement de l'épididyme (*Bull. de la Soc. anat.*, t. VIII, 1883, 4<sup>e</sup> série, 2<sup>e</sup> fasc., p. 295).

très volumineuse, si l'élasticité du feuillet pariétal est débordée et si la tension du liquide fait appel à la complaisance du feuillet viscéral, celui-ci obéit à la traction, entraînant avec lui l'épididyme dont le corps, qui est libre, s'écarte du testicule et se développe en arc de cercle, en écharpe, tandis que la cavité inter-épididymo-testiculaire disparaît par déplissement. Puis, peu à peu, la tête s'allonge, s'amincit, se déroule, se sépare du testicule par étirement des vaisseaux efférents, tandis que la queue, solidement fixée, résiste. Alors le cordon épидидymaire s'étale sur la paroi externe

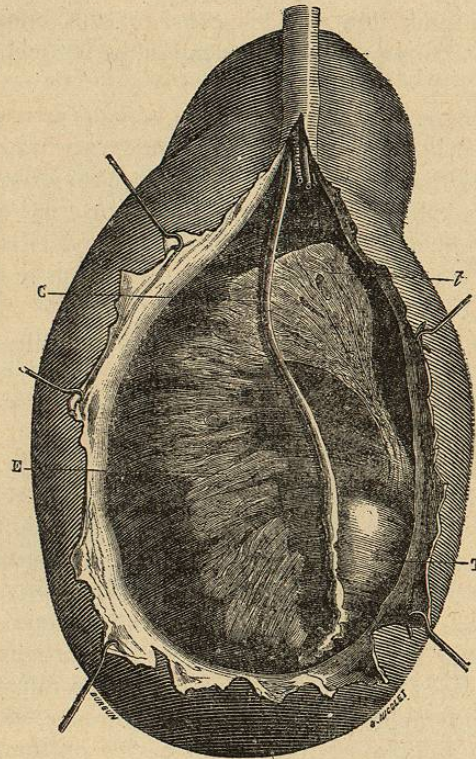


Fig. 240. — Hydrocèle de la tunique vaginale. — T, testicule; E, corps de l'épididyme sous forme d'un ruban finement étalé sur le feuillet sous-séreux; t, tête de l'épididyme de laquelle partent des travées qui sont les cônes séminifères allongés; C, canal déférent (MARIMON).

de la poche avec laquelle il fait corps, sous la forme d'un ruban allongé presque méconnaissable (fig. 240).

c. **Lésions du testicule et de l'épididyme.** — En dehors des lésions primitives qu'ils peuvent l'un et l'autre présenter et qui, précisément, ont pu provoquer la vaginalite, le testicule et l'épididyme sont-ils atteints secondairement, du fait de la vaginalite? Pour l'épididyme, la

chose n'est pas douteuse; les tubes efférents sont allongés et amincis, d'où communication difficile ou impossible entre la glande et son appareil excréteur; l'épididyme lui-même, pris dans le travail de sclérose, s'atrophie. Quant au testicule, il paraît subir, suivant les cas, des altérations différentes: la plupart du temps, il conserve sa forme, son volume, son aspect normaux; en certains cas, il serait « pâle et anémié », dit Gosselin, par la pression du liquide; enfin, sur d'autres sujets, on l'a trouvé affaissé, petit, dur, moins sous l'influence de la compression exercée sur lui par l'épanchement, que sous l'influence de l'action étouffante de la gangue conjonctive et des lésions de sclérose qui, à la longue, se développent dans son parenchyme. Je reviendrai sur cette question à propos de la pachyvaginalite.

4<sup>e</sup> **Organes en rapport avec l'épanchement.** — L'intestin en hernie affecte quelquefois des rapports avec la poche de la vaginalite: c'est là un des points intéressants de l'histoire de celle-ci, et non des moins obscurs. Disons d'abord comment les choses se présentent; nous les interpréterons ensuite.

Trois dispositions ont été observées:

1<sup>er</sup> cas. — Simples rapports de contiguïté plus ou moins proche entre le sac herniaire et la poche vaginale: ou bien la hernie est éloignée; ou bien elle est voisine; ou bien elle entre en contact avec l'hydrocèle.

2<sup>e</sup> cas. — La hernie se développe derrière le sac vaginal, en déprime la paroi postérieure qui s'affaisse et vient faire saillie dans l'intérieur de celui-ci. Ainsi, l'intestin se trouve renfermé dans un sac péritonéal et, celui-ci s'insinuant dans la vaginale distendue, cette vaginale forme à l'intestin une seconde enveloppe. Le sac herniaire est donc renfermé dans la vaginale sans être contenu dans sa cavité: c'est la *hernie à double sac*, la *hernie à sac intravaginal*, la *hernie enkystée de la tunique vaginale* de A. Cooper.

3<sup>e</sup> cas. — L'intestin pénètre véritablement dans la cavité vaginale elle-même, soit complètement à nu, soit encore recouvert de son sac.

L'interprétation de ces différents cas de topographie herniaire n'est pas facile et a suscité beaucoup de discussions.

Pour ce qui concerne les faits du *premier ordre*, rien de plus simple: une hernie acquise ou congénitalement développée dans la partie supérieure d'un conduit vago-péritonéal fermé dans le reste de son étendue, vient se mettre en rapport plus ou moins proche avec une hydrocèle fermée.

Pour ce qui concerne les faits du *second ordre*, on ne peut les interpréter raisonnablement qu'en ayant présentes à l'esprit les notions suivantes: c'est que, dans certains cas, la dissection permet de distinguer très nettement la paroi herniaire et la paroi vaginale, séparées l'une de l'autre par une mince couche de tissu cellulaire, tandis que, sur d'autres sujets, la membrane qui sépare l'intestin de

la cavité vaginale est fort mince, qu'elle se compose d'une seule couche de tissu fibreux doublée en haut, du côté de l'intestin, et en bas, du côté de la vaginale, d'un revêtement séreux, mais qu'il est impossible de trouver un clivage qui permette de croire à la pénétration réciproque de deux sacs à parois indépendantes. Dans ces conditions, il saute aux yeux que la hernie enkystée de la tunique vaginale ne reconnaît pas toujours la même pathogénie. Pour les cas où il y a double paroi, il faut admettre qu'une hernie acquise est venue rencontrer, puis déprimer la paroi d'une hydrocèle remontant très haut, c'est-à-dire d'une hydrocèle congénitale vagino-funiculaire. Les cas où il y a paroi unique s'expliquent de la manière suivante : l'oblitération du conduit vagino-péritonéal s'est produite sur un seul point; au-dessous, dans la portion inférieure, s'est développée une hydrocèle; au-dessus, dans la portion supérieure, s'est développée une hernie péritonéo-funiculaire congénitale qui, déprimant peu à peu le diaphragme d'oblitération, s'est lentement insinuée dans la poche de l'hydrocèle, tout en restant séparée du liquide par ce diaphragme distendu et déprimé en doigt de gant.

Pour les faits du *troisième ordre*, ils sont également justiciables de deux interprétations : ou bien — dans l'hypothèse précédente d'un double sac — par la rupture seule de la paroi de l'hydrocèle, si l'intestin baigne habillé dans le liquide, et concurremment par la rupture de la paroi du sac herniaire et de la paroi de l'hydrocèle (Dupuytren, P. Broca, Tripier) si l'intestin plonge à nu dans la cavité; ou bien — dans l'autre hypothèse, celle d'un simple diaphragme séparant la vaginale de l'intestin — par la déchirure de ce diaphragme, ou même par l'existence, sur lui, d'une perforation, résultat d'une oblitération membraneuse incomplète du canal vagino-péritonéal (Trélat, A. Broca); ce dernier mécanisme paraît devoir s'adapter à la majorité des cas.

Ce qu'il faut, en résumé, retenir de tout cela, c'est la coexistence assez fréquente de la vaginalite et de la hernie inguinale. C'est cette coexistence qui constitue ce qu'on dénomme la *hernie compliquée*. On a interprété cette coïncidence de deux manières : comme Reclus, on peut considérer la hernie comme le premier accident et faire jouer à l'intestin le rôle d'un irritant de la vaginale quand il vient à son contact; l'hydrocèle serait en ce cas postérieure à la hernie et engendrée par elle; on peut, au contraire, comme Curling, Sarrazin, Heckel, faire de l'hydrocèle le premier accident et dire que, par la traction qu'elle exerce sur le cordon spermatique, celle-ci déprime la fossette inguinale externe, dissocie les éléments du cordon et prédispose à la hernie; la vaginalite serait donc, en ce cas, antérieure à la hernie et l'engendrerait. A. Broca (1) pense que pour un bon nombre de cas cette seconde hypothèse est réfutée par les faits et la date.

(1) A. BROCA, Pièces relatives aux hernies inguinales congénitales et acquises (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, LXIII<sup>e</sup> année, 9<sup>e</sup> fasc., mars 1888, p. 272).

**Symptômes.** — La symptomatologie de l'hydrocèle vulgaire est des plus simples. C'est, le plus habituellement du moins, une tumeur dont la tension masque souvent la mollesse, fluctuante, irréductible et transparente. On a donc tôt fait de reconnaître ses caractères fondamentaux et le diagnostic de l'hydrocèle est, en général, un jeu de débutant.

Le malade présente, au niveau des bourses, le plus habituellement d'un seul côté, une tumeur ovoïde, légèrement piriforme, à grosse extrémité inférieure, dont le grand axe est à peu près vertical et dont le pôle inférieur se redresse quelquefois pour se pointer en avant. Le volume de cette tumeur offre des dimensions très variables : son sommet peut s'élever, dans certains cas, jusqu'au niveau de l'anneau inguinal externe, tandis que le fond en peut descendre plus ou moins bas le long des cuisses. Alors, pour se développer ainsi, l'hydrocèle fait appel à l'élasticité de la peau des régions voisines; les téguments de la verge sont attirés vers le scrotum, le pénis s'enfouit sous le prépuce et, de l'organe copulateur, il ne reste plus en apparence que l'orifice de l'opercule balanique plus ou moins déformé, rouge et excorié par l'urine.

La peau du scrotum, plus ou moins tendue suivant les cas, conserve sa coloration habituelle; elle est comme amincie, transparente et sillonnée de petites veines bleuâtres quand la tumeur est volumineuse et tendue; du côté opposé à l'hydrocèle, le scrotum, qui reste petit mais saillant, laisse ordinairement deviner, par sa forme, la présence du testicule sain refoulé par la masse et plaqué sur le fond de celle-ci.

Mais il faut palper la tumeur pour constater les caractères objectifs fondamentaux de l'hydrocèle.

Le scrotum est indépendant de la tumeur. Il n'est ni chaud, ni rouge, ni altéré; il conserve, au-dessus des couches profondes, sa mobilité habituelle. Si l'on prend la masse des bourses à pleine main, et que, de l'autre, on explore leur surface, on remarque que la tumeur offre des contours le plus souvent lisses et réguliers. Pas de bosselures, pas de saillies, à moins qu'il n'y ait hernie de la séreuse au travers de la fibreuse éraillée. Dans l'ensemble, elle se laisse déprimer très légèrement par les doigts, et donne ordinairement la sensation de fluctuation.

Mais les notions que le chirurgien tire de l'examen objectif varient suivant deux conditions que voici : 1<sup>o</sup> l'épaisseur des parois de la poche; 2<sup>o</sup> la tension du liquide.

A un épaissement uniforme et peu marqué correspondent des sensations très nettes de mollesse, de dépression et de fluctuation; un épaissement uniforme et notable, comme c'est habituellement le cas dans les hydrocèles très anciennes, correspondent des sensations de rénitence, d'élasticité, de tension; à un épaissement irrégulier correspondent des sensations, ici de fluctuation, là de rénitence,