

jusqu'au testicule, et noue les deux extrémités de chaque fil. La tunique vaginale est ainsi plissée, réduite à un volume minimum et forme, pour ainsi dire, autour du testicule une sorte de cordon froncé. Suture de la peau. Storp a mis son procédé en pratique dix-neuf fois; il n'a jamais constaté de récurrence. Cet enroulement de la vaginale n'est pas sans ressembler au procédé dit « de l'éversion », opération assez élégante qui a été exécutée par Vautrin (1), puis par Jaboulay, par Bérard (2), par Delore (3), et qui a fait le sujet de la thèse inaugurale de Barral (4).

La technique de Jaboulay comprend les quatre temps que voici : « a) incision longitudinale du scrotum, aussi étendue que dans la cure radicale ordinaire; b) décortication du feuillet fibro-vaginal et de son contenu, comme si l'on voulait pratiquer une castration; c) incision, dans toute sa hauteur, de la vaginale décortiquée, évacuation du liquide et retournement de cette enveloppe autour de la partie inférieure du cordon et de l'épididyme, fixation dans la nouvelle position par une suture lâche et peu étendue au catgut; d) réintégration des organes dans la poche scrotale, sutures cutanées à la soie ou au fil métallique, drainage à volonté. » F. Legueu (5), ayant constaté deux récurrences consécutives au déroulement de l'éversion, conseille, pour prévenir cette complication, de fixer avec soin le feuillet pariétal de la vaginale retournée au cordon spermatique par plusieurs points de catgut. Il importe encore, pour éviter ce retournement et la réintégration par le testicule de sa loge séreuse, d'abord que l'incision pratiquée sur le feuillet pariétal de la vaginale soit très petite, juste suffisante pour permettre l'exclusion de la glande, ensuite que la vaginale soit bien décollée des couches sous-jacentes. Pour assurer rigoureusement cette séparation, F. Legueu conseille, non sans raison, de faire le décollement total, « circonférentiel », de la poche liquide et d'extraire, pour ainsi dire, l'hydrocèle du scrotum par effraction digitale.

2° Valeur comparée des traitements de la vaginalite séreuse.

Indications. — De tous les traitements employés contre la vaginalite séreuse, deux subsistent aujourd'hui : l'injection modificatrice et la cure sanglante. Il importe d'en comparer les indications, les résultats et la valeur.

En ce qui concerne les vaginalites indiscutablement symptomatiques — anatomiquement et cliniquement symptomatiques — ou même les vaginalites raisonnablement supposées symptomatiques,

(1) VAUTRIN, Nouv. élém. de path. et de clin. chir., par GROSS, ROHMER et VAUTRIN, t. III, p. 249; chez J.-B. Baillière, Paris, 1893.

(2) BÉRARD (de Lyon), *Prov. médicale*, 24 mars 1895.

(3) DELORE, Opération de l'hydrocèle par l'éversion de la vaginale (*Lyon médical*, 1897, n° 48, p. 385).

(4) BARRAL, Inversion de la vaginale dans le traitement de l'hydrocèle, thèse de Lyon, 1896.

(5) F. LEGUEU, Du traitement de l'hydrocèle par l'inversion vaginale (*XIII^e Congrès de chirurgie*, Paris, 1899, p. 664; chez F. Alcan).

L'hésitation n'est évidemment pas de mise : il faut inciser largement, vider la cavité vaginale, en explorer les culs-de-sac, les prolongements, étudier la surface extérieure du testicule et de l'épididyme sous-jacents et, vis-à-vis des uns et des autres, décider séance tenante, sur le vu des dégâts, l'action chirurgicale appropriée aux lésions mises à nu : extraction d'un corps libre ou flottant de la vaginale, ablation d'un kyste épидидymaire, curage d'un foyer tuberculeux, castration, peut-être, s'il s'agit d'un néoplasme, que sais-je? Et puis, pour ce qui concerne la séreuse elle-même, on peut, suivant les cas, soit en détruire l'endothélium par cautérisation, soit en pratiquer le curage, l'excision partielle ou totale, l'éversion. En résumé, il faut ouvrir et voir.

Pour les vaginalites idiopathiques, j'entends cliniquement idiopathiques (car il reste bien entendu que bon nombre de vaginalites cliniquement idiopathiques sont anatomiquement symptomatiques), pour les hydrocèles ordinaires et banales, au résumé, ces grosses hydrocèles des adultes âgés dont nous méconnaissons la plupart du temps la cause, il importe au plus haut point d'établir une distinction.

Parmi elles, les unes ont une paroi épaisse; elles sont lourdes, dures, peu fluctuantes, élastiques, à peine rénitentes quelquefois, peu ou pas transparentes. A celles-là convient, sans discussion possible, l'ouverture large de la poche suivie de résection partielle ou, mieux encore, de résection totale de la vaginale : c'est la cure sanglante de l'hydrocèle. On remarquera que je ne conseille pas l'éversion de la vaginale. Je crois, en effet, comme Legueu, que cette intéressante méthode ne s'applique qu'aux petites hydrocèles peu épaisses et à parois minces, c'est-à-dire aux cas où précisément j'emploie systématiquement, et avec un succès constant, l'injection iodée dont je vais avoir à parler maintenant.

Les autres ont une paroi mince; elles sont molles, fluctuantes ou très rénitentes, très transparentes. A celles-ci, quel traitement faut-il appliquer? L'injection modificatrice, disent les uns; la cure sanglante, disent les autres. Pour résoudre la question, il faut examiner tour à tour l'innocuité, l'efficacité et la commodité pour le malade, la facilité pour le chirurgien de chacune des deux méthodes.

Pour l'innocuité. — Que reproche-t-on à l'injection iodée? 1° La *piqûre du testicule*? C'est un accident si exceptionnel qu'il est négligeable. Et quand même? 2° Le *phlegmon des bourses*? Exceptionnel encore et, d'ailleurs, facile à éviter; la méthode ne saurait être rendue responsable des maladroites de l'opérateur. 3° La *suppuration de la vaginale ou du testicule*? Cela n'existe pas, quoiqu'en prétende la prodigieuse statistique de Wendling (1): 19 suppurations ou gangrènes

(1) WENDLING, Contribution à l'étude des traitements modernes de l'hydrocèle simple, thèse de Nancy, 1886.

sur 100!! ce qui n'est pas précisément à l'honneur des chirurgiens sur les pratiques aseptiques desquels repose son relevé. 4° Des accidents réflexes consécutifs à la douleur : la syncope (Cortyle) (1), des convulsions passagères (Bertrand) (2), des contractures et des paralysies éphémères, comme en présenta le malade de Boursier et Loumeau (3)? Ces accidents sont d'ordre banal, absolument exceptionnels, et il n'est pas d'opération à qui on ne puisse les imputer. 5° Des phénomènes d'iodisme (coryza, catarrhe des muqueuses, éruptions cutanées), ainsi que Spallanger en a publié trois cas? Ils sont impossibles si, comme je le recommande, on pratique l'irrigation détersive de la vaginale. 6° L'intensité des phénomènes inflammatoires et la lenteur de leur résolution? Ils ne se produisent jamais non plus si l'on prend soin de laver la cavité. Mes malades se lèvent et marchent le lendemain ou le surlendemain de l'opération; le scrotum grossit très peu; il n'est ni rouge ni douloureux. Bref, toutes ces accusations ne portent pas ou, si elles portent, il n'y a aucune raison d'en exonérer la cure sanglante. A ce compte, il faut relever contre cette dernière nombre d'hématomes suppurés, de gangrènes, de phlegmons des bourses. Alberts (de Berlin) (4) a noté deux morts, deux phlegmons du scrotum, trois gangrènes de la vaginale. Et pourtant cette opération n'a guère été pratiquée jusqu'à ce jour que par des hommes au moins familiarisés avec les choses de la chirurgie. Je veux dire ceci : adroitement et proprement exécutées, la cure sanglante et l'injection iodée sont également bénignes; mais, à coup sûr, un praticien malhabile et malpropre fait courir beaucoup plus de risques à son malade en pratiquant la résection de la vaginale qu'il ne lui en fait courir en pratiquant la ponction suivie de cautérisation; à cela, d'ailleurs, il faut ajouter les risques de la chloroformisation qui me paraît indispensable ou, tout au moins, presque nécessaire à la bonne exécution d'une « cure sanglante ».

Pour l'efficacité. — Mettons donc au pair l'innocuité des deux méthodes bien appliquées. Reste le point important de la querelle qui est celui-ci : l'injection iodée ne serait pas efficace. Et les partisans de la cure sanglante appuyent cette affirmation sur des arguments de deux ordres : théorique et pratique. Théoriquement, ils affirment que l'hydrocèle est, pour ainsi dire, toujours symptomatique et que la simple ponction ne saurait permettre de voir ni d'enlever la cause du mal. Pratiquement, ils affirment que l'hydrocèle traitée par les injections iodées récidive sur un grand nombre de malades.

Que vaut le premier argument? Que la presque totalité et même,

(1) CORTYLE, thèse de Paris, 1862.

(2) BERTRAND, thèse de Paris, 1856.

(3) BOURSIER et LOUMEAU, *Gaz. hebdomadaire de Bordeaux*, juin 1886.

(4) ALBERTS, Beitrag zur Statistik der Hydrocelen. Inaug. Diss. Berlin, 1889.

si l'on veut, la totalité des vaginalites séreuses soit symptomatique d'une lésion épидидymo-testiculaire, je n'en disconviens nullement. Mais ce dont il faut encore moins disconvienir, c'est que les lésions causales de ces vaginalites pseudo-primitives et réellement deutéropathiques sont, dans les neuf dixièmes des cas, des lésions fort petites, tout à fait insignifiantes, sans importance et sans gravité, si minuscules souvent qu'après avoir exploré le testicule et l'épididyme, l'on se demande encore sous quelle influence a bien pu se produire la réaction de la séreuse. Et, s'il est vrai qu'on découvre quelquefois un petit kyste épидидymaire ou bien un corps étranger de la vaginale, que de fois ne trouve-t-on pas tout simplement — quand on trouve quelque chose — de maigres excroissances vaginales, quelques petites plaques indurées sans épaisseur ni étendue, un simple dépoli, une simple hypervascularisation de la séreuse, lésions pour lesquelles il est vraiment déraisonnable de prétendre que s'impose la résection de la vaginale.

Que penser du second argument? C'est la statistique qui va répondre. D'après elle, en effet, les récidives de l'hydrocèle après l'injection iodée varient, suivant les chirurgiens, de 0 ou 1 p. 100 [Duplay, Martin (de Calcutta)] à 33 p. 100 (Wendling), ce qui veut dire que, parmi les chirurgiens, les uns savent pratiquer l'injection et les autres pas, ou, si l'on veut encore, que les uns savent, parmi les cas, distinguer ceux qui sont justiciables de cette injection et ceux qui ne relèvent pas d'elle, ce que précisément ignorent les autres. Au reste, la cure sanglante met-elle à l'abri de la récidive? Non. Ch. Monod et Terrillon, Schwartz, Reclus, Zancarol (1), Legueu, l'ont observée après l'opération de Volkmann, après l'opération de Julliard, après l'opération de Bergmann, après l'opération de Vautrin. Sans doute, elle est rare après la résection totale, mais elle existe. Faute opératoire, dira-t-on; soit, mais pourquoi ne pas faire bénéficier le traitement iodique des avantages de cette même fin de non-recevoir?

Chose à noter : si les deux thérapeutiques donnaient une égale proportion de récidives, il est certain que, malgré cela, la statistique chargerait la cure iodée et déchargerait la cure sanglante, et voici pourquoi. Je pratique la cure radicale d'une vaginalite cliniquement idiopathique; au cours de l'opération, je constate une tuberculose épидидymaire cantonnée, par exemple. Que la récidive de l'hydrocèle survienne; je n'inscrirai pas cette récidive au passif du traitement, sachant qu'il s'agit, dans l'espèce, d'une vaginalite symptomatique par excellence. Qu'au contraire, je pratique la cure modificatrice : la lésion épидидymaire pourra m'échapper et, quand se manifestera de nouveau l'hydrocèle, je ne manquerai pas d'incriminer le traitement.

(1) ZANCAROL, *Journ. des Praticiens*, 1894, p. 369.

Pour la facilité. — Je considère la cure sanglante comme une opération facile : sur ce point, cependant, elle doit évidemment céder le pas à la ponction suivie d'injection. Je laisse, à cet endroit, la parole à F. Legueu (1), partisan convaincu de la résection de la vaginale : « Cette résection, pour être bien faite et inoffensive, exige plus de soins, une technique un peu plus complexe, une habitude un peu plus grande des opérations, et c'est précisément pour cela qu'elle ne saurait donner tout ce qu'elle vaut entre toutes les mains. » C'est la solution du problème.

Pour la commodité du malade. — Je fais lever mes malades le lendemain ou le surlendemain de l'opération ; je ne leur applique aucun pansement ; ils peuvent ne pas interrompre le cours de leurs occupations. Qu'on compare à cela les suites de la cure sanglante : pour beaucoup, c'est le chloroforme ; pour tous, c'est l'obligation d'un petit séjour au lit, la nécessité de porter un gros pansement protecteur ; pour quelques-uns, c'est un point de suture qui manque sa réunion, un fil qui coupe les téguments, un hématome qui retarde la guérison.

Bref, en admettant que la cure sanglante (je parle de la résection totale) mette plus sûrement à l'abri de la récurrence, elle n'en reste pas moins une opération plus grave, plus difficile, plus compliquée, beaucoup moins à la portée de l'ensemble des praticiens. Et c'est pour toutes ces raisons que la très grande majorité des chirurgiens de Paris, ainsi que cela ressort de la consultation qu'a prise chez eux M. Baudouin (2), restent, malgré la sécurité et les facilités que donne la pratique de l'asepsie, partisans du vieux traitement de l'hydrocèle par la méthode de Defer ou celle de Martin (de Calcutta).

Le mot de L. Labbé résume tout le débat : « Depuis quarante ans, j'ai vu guérir les hydrocèles simples par tous les procédés. » C'est donc au plus facile et au plus bénin qu'il faut donner la préférence, et cela, pour les malades de toute catégorie et de toute condition sociale, car je ne saurais approuver les conclusions de V. Carlier (3), quand il conseille, toutes choses étant égales, d'ailleurs, la cure sanglante pour les malades de l'hôpital et l'injection pour ceux de la clientèle privée.

Vaginalite séreuse symptomatique.

(Hydrocèle symptomatique).

Je ne crois pas qu'il ait été écrit de monographie sur les hydro-

(1) F. LEGUEU, Du traitement de l'hydrocèle par l'inversion de la vaginale (*XIII^e Congrès de chirurgie*, p. 665 ; chez F. Alcan, Paris, 1899).

(2) BAUDOUIN, Le traitement de l'hydrocèle simple dans les hôpitaux de Paris (*Sem. méd.*, 23 avril 1891, n^o 20, p. 78).

(3) V. CARLIER, Traitement de l'hydrocèle vaginale (*Écho méd. du Nord*, 5 juin 1898, n^o 23, p. 268).

cèles symptomatiques depuis la publication de l'excellente thèse d'A. Boursier (1).

Celles-ci présentent quelques caractères particuliers que je vais noter :

Le liquide est quelquefois altéré ; il devient louche, jaune verdâtre, sale, visqueux, contient souvent une petite quantité de sang et peut renfermer des leucocytes en assez grande abondance pour devenir séro-purulent. On y trouve, dans certains cas, des éléments cellulaires de diverses sortes : des cellules variées dans le cancer, des spermatozoïdes dans les kystes rompus, des poils et des cellules épidermiques dans les hydrocèles symptomatiques des inclusions fœtales. La quantité du liquide contenu dans la poche est très variable ; cependant, les hydrocèles symptomatiques atteignent rarement le volume des hydrocèles ordinaires, au moins de celles qui sont anciennes.

La séreuse porte toujours les traces d'une inflammation plus ou moins étendue, plus ou moins intense et plus ou moins ancienne ; on y trouve régulièrement des néomembranes à un degré d'organisation variable : simples filaments fibrineux lâches au début, puis fausses membranes molles, gélatineuses et peu adhérentes, enfin plaques de tissu fibreux plus ou moins épaisses, réalisant des adhérences, des tractus, des poches, ou bien un blindage irrégulier.

L'hydrocèle du *kyste fœtal* n'a comme caractéristique que la présence de poils, de débris fœtaux, d'éléments épidermiques.

La *syphilis du testicule* provoque souvent la formation d'une hydrocèle dont le professeur Fournier (2) a décrit les caractères depuis déjà longtemps. Cet épanchement est toujours de quantité minime ou, tout au moins, de quantité moyenne. Chose curieuse : il paraît moins fréquemment provoqué par l'épididymite syphilitique que par l'orchite syphilitique ou la gomme du testicule, malgré qu'on prétende, ainsi que je l'ai dit en traitant la pathogénie des vaginalites, que les lésions de l'épididyme influencent plus facilement la vaginale que les lésions du testicule. La syphilis produit souvent une inflammation adhésive, sans épanchement.

A l'encontre de ce qu'enseignait autrefois M. Fournier qui prétendait « que l'absence constante d'hydrocèle symptomatique dans la tuberculose du testicule était, dans les cas douteux, un signe suffisant pour distinguer cette affection de la syphilis », cette *tuberculose* s'accompagne très souvent de vaginalite séreuse. Rien, dans les caractères de l'épanchement, ne permet d'établir le diagnostic ; le liquide est quelquefois très peu abondant et sous petite tension,

(1) P.-André BOURSIER, Étude sur les hydrocèles symptomatiques, thèse de Paris, 1888.

(2) A. FOURNIER, Le testicule syphilitique (*Mouvement médical*, 1874, nos 41, 43, 44, 46).

ce qui permet l'exploration des organes sous-jacents ; mais, dans certains cas, l'épanchement prend assez d'importance pour masquer les lésions testiculo-épididymaires. Trélat, rapporte Tuffier, insistait volontiers sur cette forme plusieurs fois observée par lui et souvent bilatérale. Il est juste de dire que le développement de cette hydrocèle étant assez rapide, le volume n'en est jamais très considérable, les limites d'extensibilité de la vaginale étant rapidement atteintes. La plupart du temps, la sérosité n'a aucun caractère particulier et ne contient des bacilles de Koch que si la vaginale présente elle-même des lésions tuberculeuses ou si une gomme s'est vidée dans sa cavité.

Mais le liquide d'une hydrocèle symptomatique de la tuberculose épидидymaire, même s'il ne renferme aucun germe et si la séreuse ne présente aucune altération bacillaire, peut être virulent et, inoculé dans le péritoine d'un cobaye, déterminer la mort de l'animal : Tuffier (1) a donné trois exemples de ce fait qui intéresse à la fois la science bactériologique, le diagnostic et le traitement de la tuberculose épидидymo-testiculaire.

L'hydrocèle du *cancer du testicule* est, pour ainsi dire, constante ; ou plutôt, ce qui est constant, c'est la réaction vaginale. Cette réaction n'aboutit, il est vrai, souvent qu'à l'inflammation adhésive. Quand il y a formation de liquide, c'est presque toujours en petite quantité qu'on le trouve et il n'est pas rare qu'il soit rouge, ou, pour le moins, qu'il contienne un assez grand nombre d'hématies.

2° DES HYDROCÈLES CONGÉNITALES OU PÉRITONÉO-VAGINALES.

La cavité vaginale est une dépendance de la grande cavité abdominale ; ces deux cavités communiquent l'une avec l'autre, dans le cours de la vie fœtale, par l'intermédiaire d'un canal étroit derrière lequel cheminent les éléments du cordon : ce canal est dénommé canal *vagino-péritonéal*. Chez la plupart des sujets, le canal vaginal s'oblitére après la naissance par adhérence, par fusion de ses parois et, dans le cours du premier mois, plus tôt quelquefois, la poche vaginale, désormais fermée, perd toute communication avec le péritoine. Cette oblitération se produit seulement chez l'homme et, au dire de Godard, chez le chimpanzé d'Afrique ; chez tous les autres animaux, le canal vagino-péritonéal reste perméable. On ignore absolument la véritable cause de ce processus adhésif auquel est soumise la vaginale de l'homme ; il paraît vraisemblable que l'attitude bipède n'y est pas étrangère.

Dans certains cas, cependant, l'oblitération ne s'opère pas, ou bien

(1) TUFFIER, De la virulence du liquide de l'hydrocèle symptomatique de la tuberculose testiculaire (*Congrès pour l'étude de la tuberculose*, 2^e session, 1891, p. 683).

elle s'opère incomplètement : l'anomalie reproduit alors plus ou moins fidèlement chez l'homme la disposition qui est normale dans la série animale.

Ainsi naissent les hydrocèles péritonéo-vaginales, encore appelées — sans bonheur, du reste — hydrocèles congénitales. On peut ainsi définir ces dernières : formations liquidiennes dans un canal vagino-péritonéal non ou incomplètement oblitéré.

Deux questions, par conséquent, se posent ici tout d'abord :

1° Quelle est la proportion de fréquence des vices d'oblitération du canal vagino-péritonéal ? 2° En quoi consistent ces vices d'oblitération ?

Voici pour la fréquence : sur des fœtus âgés et des nouveau-nés, Camper trouve la proportion suivante : 56 cas de perméabilité simple ou double sur 70 sujets, soit les huit dixièmes. Sur 62 enfants âgés de moins d'un mois, Ch. Féré rencontre 38 perméabilités, soit les six dixièmes environ. Sur 100 enfants dans les trois premiers mois, Zuckerkandl constate 37 perméabilités, soit les quatre dixièmes environ. H. Sachs, sur 100 sujets allant du cinquième au douzième mois, note 34 perméabilités, soit les trois dixièmes environ. Enfin Ramonède, sur 215 individus âgés de quinze à vingt-quatre ans, ne découvre plus que 32 perméabilités, soit un dixième et demi environ. On peut donc dire que la grande majorité des enfants (les huit dixièmes) naissent avec une communication péritonéo-vaginale, mais qu'à la fin de la première année les proportions se trouvent renversées et que la même majorité (les huit dixièmes) se retrouve du côté des oblitérations. Comme il faut, pour engendrer l'hydrocèle congénitale, un double facteur, la persistance du canal vagino-péritonéal d'une part et, d'autre part, une lésion de la séreuse qui en forme les parois ; comme, de plus, cette anomalie confère le droit à d'autres maladies congénitales (hernie inguinale, ectopie testiculaire), il est facile de comprendre comment le nombre des hydrocèles péritonéo-vaginales est infiniment moins considérable que le nombre des perméabilités.

Voici maintenant les différentes variétés d'oblitération nulle ou incomplète ; ces anomalies ont été fort bien décrites par Jules Cloquet (1).

PREMIÈRE VARIÉTÉ. — La communication reste complète entre la vaginale et le péritoine. Suivant les cas, le canal vagino-péritonéal est court, large, régulièrement calibré, ce qui est l'exception ; ou bien il est long ; étroit, alternativement dilaté et rétréci, ainsi que Ramonède (2) l'a décrit (fig. 242).

(1) Jules CLOQUET, Recherches sur les hernies de l'abdomen, p. 40 ; chez Méquignon-Marvis, Paris, 1817.

(2) Léopold RAMONÈDE, Le canal péritonéo-vaginal et la hernie péritonéo-vaginale étranglée chez l'adulte, thèse de Paris, 1883, n° 101, p. 10.