

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.

SECONDE VARIÉTÉ. — L'oblitération se produit en bas, près du testi-



Fig. 242.

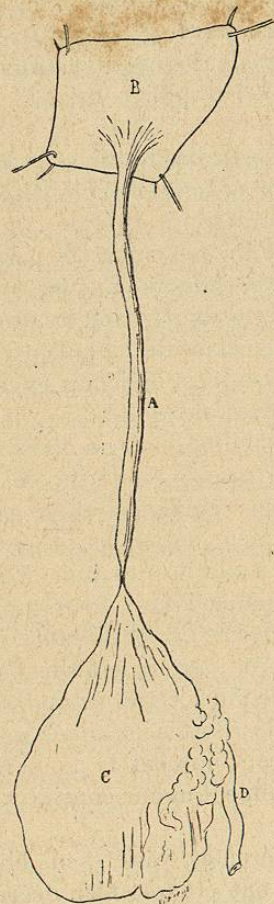


Fig. 244.

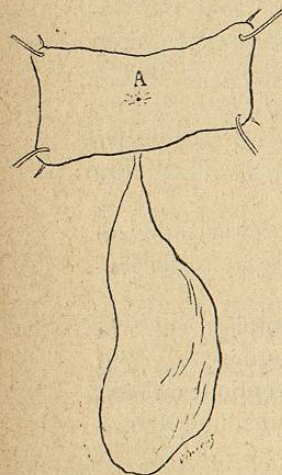


Fig. 243.

Fig. 242 à 245. — Les vices d'oblitération du canal vagino-péritonéal (d'après Jules Cloquet). — A, canal vagino-péritonéal; B, péritoine; C, cavité vaginale; D, canal déférent.

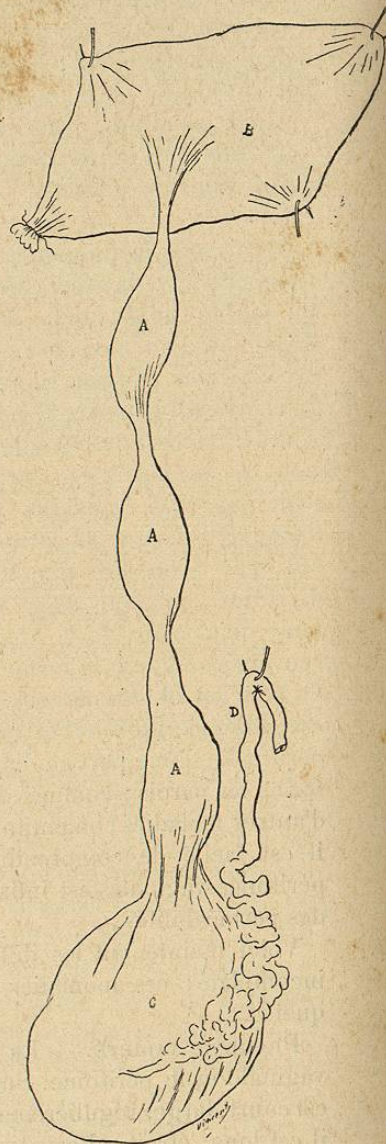


Fig. 245.

cule, et le canal reste perméable en haut, près du péritoine : quelquefois le canal dépasse l'orifice extérieur du canal inguinal ; quelquefois, au contraire, il reste enfermé dans l'intérieur de ce canal (fig. 243).

TROISIÈME VARIÉTÉ. — L'oblitération se produit en haut, près du canal inguinal, et le canal reste perméable au-dessous. Sur certains sujets, la lumière du conduit est large, la perméabilité totale ; sur d'autres, le canal est réduit à un cul-de-sac plus ou moins long, atrophié, de calibre étroit, rectiligne ou contourné en pas de vis, ainsi que j'ai pu l'observer, et qui, d'ordinaire, va en s'effilant vers son extrémité longue ; il s'agit là d'un véritable cul-de-sac diverticulaire (fig. 244).

QUATRIÈME VARIÉTÉ. — Le canal vagino-péritonéal, oblitéré en haut et en bas, reste perméable au milieu de son parcours ; le travail adhésif s'opère d'une façon irrégulière, par places, et le conduit prend alors la forme d'un véritable chapelet avec ses dilatations et ses rétrécissements (fig. 245).

Tels sont les faits anatomiques autour desquels roule toute l'histoire des hydrocèles congénitales. Il faut y ajouter ceci : A. Broca (1) a décrit, sur le canal vagino-péritonéal perméable, des valvules irrégulières sous lesquelles s'ouvrent de véritables tunnels ascendants ou descendants qui s'enfoncent, sous la séreuse, dans le tissu cellulaire du cordon.

Ainsi se trouve tout établie, par l'anatomie, la classification des hydrocèles congénitales. Supposons que, sous une influence pathologique quelconque, du liquide soit sécrété par le péritoine, par la vaginale ou bien enfin par la séreuse vagino-péritonéale ; que va-t-il arriver ?

A la première disposition anatomique répondra l'hydrocèle péritonéo-vaginale proprement dite ; à la seconde, l'hydrocèle péritonéo-funiculaire ; à la troisième, l'hydrocèle vagino-funiculaire ; à la quatrième, l'hydrocèle enkystée du cordon, avec poche unique ou multiple. Enfin, l'existence des diverticules tunnelaires de Broca explique bien la disposition bizarre de certaines formes d'hydrocèle vagino-funiculaire anormale.

C'est dans cet ordre que je vais étudier toutes ces variétés, après avoir fait seulement remarquer, en matière d'étiologie, que les différentes variétés d'hydrocèle par persistance totale ou partielle du conduit vagino-péritonéal peuvent se manifester non seulement chez l'enfant, mais encore chez l'adulte et le vieillard et que, par conséquent, le terme de congénitales, sous lequel on les désigne généralement, s'applique exclusivement à la disposition qui en permet la genèse, et nullement à l'âge de ceux qui en peuvent devenir les porteurs.

(1) A. BROCA, art. INGUINAL du *Dict. encycl. des sc. méd.*, 4^e série, t. XV, 2^e partie, p. 792 ; chez Masson, Paris.

Hydrocèle péritonéo-vaginale.

Causes. — L'hydrocèle péritonéo-vaginale peut donc se rencontrer à tous les âges de la vie; elle est cependant très rare chez l'adulte et tout à fait exceptionnelle chez les vieillards; mais enfin, il n'est point d'âge où la perméabilité vagino-péritonéale ne puisse s'affirmer à l'occasion d'une ascite ou d'une vaginalite séreuse, sous forme d'une tumeur liquide communicante. Mais je veux laisser ces exceptions cliniques de côté, pour parler de l'hydrocèle péritonéo-vaginale telle que nous avons accoutumé à l'observer, c'est-à-dire de l'hydrocèle péritonéo-vaginale de l'enfant. Cette affection est en effet l'apanage des sujets jeunes et se voit particulièrement dans le cours de la seconde enfance, entre trois et dix ans. Le nouveau-né n'est cependant pas à l'abri de son atteinte: sur 270 nouveau-nés, Weschsellmann (1) cite 14 cas d'hydrocèle communicante. La proportion paraît bien forte; ainsi qu'on l'a fait remarquer, il y a déjà assez de difficultés à affirmer chez le jeune enfant l'existence d'une hydrocèle simple, pour qu'on soit en droit de se demander si ce pourcentage élevé ne provient pas d'erreurs de diagnostic. D'une manière générale, et en dehors de toute question d'âge, on compte 4 ou 5 hydrocèles communicantes pour 100 cas d'hydrocèles.

L'hydrocèle péritonéo-vaginale siège habituellement d'un seul côté et, de préférence, à droite. Il est à noter que les sujets qu'elle frappe sont souvent, ainsi que le fait observer J.-L. Faure (2), débiles, malingres et chétifs.

Pathogénie. — La formation des hydrocèles congénitales, à quelque variété qu'elles appartiennent, suppose donc, ainsi que je l'ai dit, l'intervention de deux facteurs: 1° une lésion séreuse produisant la sérosité; 2° un vice anatomique localisant la topographie de l'épanchement. Or donc, pour ce qui concerne l'hydrocèle péritonéo-vaginale, d'où vient le liquide, ou, si l'on veut, quelle est la séreuse malade et de quelle sorte est-elle malade?

Est-ce la vaginale irritée qui produit l'hydrocèle, et le liquide engendré par elle distend-il ensuite le canal vagino-péritonéal, pour remonter dans l'abdomen; ou bien, ne s'agit-il pas plutôt d'un épanchement liquide né dans le péritoine et descendu secondairement dans les bourses, à la faveur de la pesanteur? Tout le problème est là, et il n'est pas résolu.

La première hypothèse a été soutenue par Labat (3), à une époque

(1) WESCHELLMANN, 23 cas d'hydrocèle non réductible sur 270 nouveau-nés (*Langenbeck's Arch. für klin. chir.*, 1887, t. XXXVI, p. 626).

(2) J.-L. FAURE, De l'hydrocèle congénitale (*Gaz. des hôpitaux*, 1889, n° 93, p. 845).

(3) LABAT, De l'hydrocèle congénitale, son étiologie, son traitement par les injections d'alcool, thèse de Paris, 1877.

déjà éloignée. Cet auteur niait la participation du péritoine à la formation du liquide de l'hydrocèle parce que, disait-il, la péritonite, nécessaire en pareil cas, aurait engendré du pus et non du liquide séreux. Cet argument est nul.

Labat pensait que l'hydrocèle est due à l'irritation du feuillet séreux par les mouvements du testicule à travers un conduit vagino-péritonéal non oblitéré. Dans les leçons qu'il fit en 1855 sur les hydrocèles congénitales, Jobert (de Lamballe), dit son élève Ch. Duval (1), s'affirma partisan de l'origine vaginale du liquide et incrimina la compression du scrotum pendant l'accouchement, le contact de celui-ci avec les urines et le frottement auquel il est exposé à cette période de la vie où les tissus sont « si impressionnables ». Je reconnais volontiers qu'il n'y a rien en tout cela qui soit capable de satisfaire l'esprit. Je tiens cependant, avant de m'étendre sur l'origine péritonéale du liquide de l'hydrocèle congénitale, origine qu'on semble aujourd'hui accepter comme une chose prouvée, je tiens à dire d'abord que bien des hydrocèles de l'adulte reconnaissent des causes qui nous échappent entièrement, même quand nous avons sous les yeux tous les éléments d'une facile appréciation et, d'autre part, que si vraiment cette origine péritonéale avait le caractère de certitude qu'on paraît lui accorder, les hydrocèles péritonéo-funiculaires auraient un degré de fréquence se rapprochant de celui des hydrocèles péritonéo-vaginales, alors qu'au contraire elles sont exceptionnellement rares.

Je disais donc que cette origine péritonéale du liquide de l'hydrocèle communicante semble avoir réuni la majorité des suffrages au cours de ces dernières années. Verneuil l'enseignait depuis longtemps lorsque, en 1889, son élève Jean-Louis Faure tenta d'en apporter la preuve clinique. A cet effet, celui-ci invoqua tour à tour l'abondance du liquide, abondance qui est inhabituelle dans les hydrocèles simples des jeunes sujets (hydrocèles infantiles), la guérison parfois spontanée de l'hydrocèle péritonéo-vaginale par oblitération présumée du canal, et l'état généralement précaire des malades qui en sont atteints. On y peut ajouter la disparition subite de l'hydrocèle à la suite d'un repos horizontal favorisant l'écoulement du liquide dans le péritoine, ou à la suite d'un exercice violent mettant en jeu le fonctionnement de quelque repli valvulaire du conduit, l'influence exercée sur la guérison par le port d'un bandage assurant l'adhésion des parois de l'orifice de communication entre les deux cavités séreuses et, enfin, la cure définitive de l'hydrocèle à la suite de l'extirpation opératoire du canal vagino-péritonéal.

A ce compte, l'hydrocèle péritonéo-vaginale serait donc fonction de péritonite chronique et, disons le mot, dans la presque totalité des cas, de péritonite tuberculeuse.

(1) CH. DUVAL, Des hydrocèles congénitales, thèse de Paris, 1856, n° 204.

Que de la sérosité péritonéale puisse tomber dans la vaginale et constituer une hydrocèle, la chose, je le disais plus haut, n'est évidemment pas douteuse. Verneuil (1) citait, en 1891, à la Société de chirurgie, un fait d'hydrocèle survenue brusquement chez un homme de trente-cinq ans chez lequel la communication péritonéo-vaginale était facile à établir, puisque le malade présentait de l'ascite et de la cirrhose. D'autre part, Berry, Lorrain, Letulle (2) ont vu des péritonites suppurées déterminer des formations purulentes dans la vaginale.

Tout cela prouve simplement que l'hydrocèle communicante peut être la conséquence d'une lésion péritonéale. Mais sur quels documents est-on en droit de s'appuyer pour affirmer qu'elle l'est en réalité? Les arguments que je donnais tout à l'heure, et sur lesquels J.-L. Faure était son hypothèse, ne constituent qu'une probabilité. Les faits observés par Phocas (3) forment, au contraire, une véritable preuve : sur trois malades celui-ci a pu constater : 1° l'existence de l'ascite; 2° l'écoulement abondant de liquide pendant l'opération; 3° la présence de bacilles de Koch dans la sérosité; 4° l'évolution tuberculeuse ultérieure des lésions.

Il n'est donc pas douteux que, dans un certain nombre de cas, l'hydrocèle péritonéo-vaginale est fonction de tuberculose du péritoine. Faut-il conclure du particulier au général? Je ne le crois pas.

Comme arguments à invoquer contre l'origine exclusivement péritonéale des hydrocèles péritonéo-vaginales, je vois : 1° la rareté des observations où l'ascite et les symptômes de la tuberculose péritonéale ont été constatés; 2° l'étrangeté qu'il y a, selon moi, à ce qu'une thèse aussi simple ait mis si longtemps à s'établir, alors que l'hydrocèle congénitale est connue depuis si longtemps et qu'il n'y avait, pour imaginer cette théorie, si elle est vraie, qu'à constater des faits tombant, pour ainsi dire, sous les sens; 3° la bénignité presque constante de la maladie et sa tendance à la guérison spontanée; 4° le caractère exceptionnel des hydrocèles péritonéo-funiculaires; 5° les relations anatomo-pathologiques des observations publiées, observations où est, il est vrai, signalé, d'après J.-L. Faure, un épaissement plus ou moins considérable du tissu cellulaire sous-séreux vaginal, mais où il n'est rien dit du péritoine; 6° l'existence d'hydrocèles congénitales non communicantes chez des nouveau-nés, ainsi que Vilcoq et Valat (4) en ont communiqué un intéressant

(1) VERNEUIL, *Soc. de chir.*, séance du 20 octobre 1891. *Voy. Sem. méd.*, 28 octobre 1891, n° 53, p. 436.

(2) LETULLE, *Bull. de la Soc. anat.*, 1875, 3^e série, t. X, p. 109.

(3) PHOCAS, Pathogénie de l'hydrocèle congénitale (*Sem. méd.*, 11 avril 1891, n° 19, p. 153).

(4) VILCOQ et VALAT, Hydrocèle congénitale double non réductible chez un nouveau-né à terme (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 62^e année, 5^e série, t. II, fasc. 11, mars 1888, p. 330).

exemple; 7° les constatations faites, au cours de ces dernières années, d'une tuberculose péritonéo-vaginale primitive. En dehors de la tuberculose qui lui descend du péritoine, d'une part, et de la tuberculose qui lui vient du testicule, d'autre part, la vaginale donne en effet naissance, pour son propre compte, à une tuberculose locale qui peut se cantonner sur elle ou, chez d'autres malades, gagner la cavité péritonéale. Phocas (1), d'après l'analyse attentive d'une de ses observations, avait entrevu cette localisation péritonéo-vaginale de la bacillose et admis comme hypothèse la marche ascendante suivie par les lésions. L'observation publiée par Broca et Pilliet (2) et les faits recueillis par Raymond Petit (3) dans le service de A. Broca, constituent aujourd'hui des documents qui, renforcés par un certain nombre d'exemples récents de tuberculose sacculaire réunis dans un mémoire de Th. Jonnesco (4), ne permettent plus de révoquer en doute l'existence de la bacillose péritonéo-vaginale primitive. Je sais bien qu'ici se dresse une objection très sérieuse : les quatorze malades sur l'observation desquels repose le mémoire de R. Petit étaient porteurs d'une hernie inguinale congénitale et l'on peut toujours se dire qu'une ulcération, qu'une simple érosion intestinale a été la porte par où chez eux la tuberculose a gagné la séreuse et que, dans ces conditions, on ne saurait conclure de l'existence de la tuberculose péritonéo-vaginale constatée dans certains cas de hernie congénitale, accompagnée ou non d'hydrocèle, à l'existence non encore constatée, je crois, de cette même tuberculose péritonéo-vaginale dans l'hydrocèle congénitale sans hernie. Cela est vrai.

Je résume : parmi les hydrocèles communicantes, il en est qui relèvent de la péritonite (probablement tuberculeuse); peut-être forment-elles la majorité; mais il ne paraît pas douteux qu'un certain nombre d'autres sont indépendantes de l'ascite : dans cette catégorie, les unes, au moins parmi celles qui coexistent avec une hernie congénitale, sont le fait d'une tuberculose isolée du conduit vagino-péritonéal et de la vaginale; les autres nous sont inconnues dans leurs causes. Doit-on penser que l'irritation de la séreuse par les mouvements d'un testicule ectopique les engendre? ou bien (car la glande génitale de l'enfant et du nouveau-né ne présente guère d'autre altération) que l'hydrocèle est la réaction de la séreuse devant un testicule atteint de syphilis congénitale? ou bien, enfin, que cette hydrocèle doit être considérée comme la sécrétion d'une vaginale touchée par une infection générale survenue soit après, soit

(1) PHOCAS, Hydrocèle congénitale tuberculeuse. Essai de pathogénie de l'hydrocèle communicante (*Arch. prov. de chir.*, 1893, t. II, p. 355, 369).

(2) A. BROCA et PILLIET, Tuberculose du conduit vagino-péritonéal (*Bull. de la Soc. anat.*, 69^e année, 5^e série, t. VIII, nov. 1894, fasc. 24, p. 794).

(3) RAYMOND PETIT, Tuberculose péritonéo-vaginale chez les enfants.

(4) TH. JONNESCO, *Revue de chir.*, 1891, n°s 3 et 6.