

avant la naissance? J'émetts simplement ces hypothèses qui répondent à autant d'inconnues.

Anatomie pathologique. — Examinons le contenant et le contenu.

1° **Le contenant.** — Le contenant (canal vagino-péritonéal) se présente sous deux aspects : ou bien il est régulièrement et largement calibré; ou bien il présente des rétrécissements annulaires ou segmentaires, des valvules latérales ou des diaphragmes, et se montre alternativement dilaté et rétréci.

Ramonède, dans un travail un peu schématique, a décrit la topographie des dilatations et des rétrécissements du canal vagino-péritonéal; je n'ai pas besoin de dire qu'on observe sur ce point de grandes variations individuelles.

Les rétrécissements siègent : le premier à l'anneau profond, le second à l'anneau superficiel du canal inguinal, le troisième un peu au-dessus de l'épididyme. Les dilatations sont : le vestibule rétro-pariétal (à l'entrée du canal dans le péritoine), l'ampoule intrapariétale (dans la traversée du canal inguinal), la dilatation funiculaire.

2° **Le contenu.** — Le contenu offre à l'examen : 1° le liquide; 2° le testicule; 3° l'intestin.

a. Liquide. — Du liquide, je ne dirai rien : car on n'a sur sa composition chimique spéciale aucune donnée. Au reste, la connaissance parfaite de cette composition ne constituerait sans doute qu'un document de seconde importance au point de vue de l'origine du liquide, car ce n'est pas le fait d'émaner du péritoine ou bien de la vaginale qui peut donner à la sérosité des caractères spéciaux, mais bien celui d'être le résultat d'un état inflammatoire plus ou moins marqué. Bien plus intéressants seraient l'examen microbiologique du liquide et les résultats de son inoculation à des animaux en expérience. Au cas où se confirmeraient les recherches de Tuffier dont j'ai déjà parlé à propos des hydrocèles symptomatiques, on aurait dans la pratique des inoculations le moyen d'affirmer, quand elle existe, ou de nier, quand elle n'existe pas, l'origine tuberculeuse de l'hydrocèle communicante.

b. Testicule. — Le testicule peut occuper différentes positions : ou bien il est au fond du scrotum, arrivé au terme de sa migration et dans sa position normale; ou bien il reste en cryptorchidie abdominale et ne saurait en rien s'opposer à la réduction du liquide; ou bien, enfin, il se place en ectopie inguinale plus ou moins élevée et, dans quelques cas, peut jouer l'office d'une soupape empêchant la sérosité de passer de la vaginale dans le péritoine, mais non inversement, ainsi que J. Cloquet en a rapporté un curieux exemple. Il ne faut pas s'étonner de voir, le testicule étant en ectopie, se développer une hydrocèle descendant jusqu'au fond des bourses. Cela ne veut nullement dire que la vaginale soit, au sens où l'ont entendu quelques

auteurs, préformée. Ainsi que je l'ai montré (1), la rétraction du gubernaculum, grâce à l'adhérence de celui-ci au péritoine, constitue au-dessous du testicule en migration un petit cul-de-sac, une fossette peu profonde « d'amorçage ». Cette fossette ne descend jamais jusque dans les bourses quand le testicule s'arrête en ectopie et qu'il n'y a ni hernie, ni hydrocèle, mais du liquide ascitique peut, de même qu'une anse intestinale, s'engager dans sa cavité, l'enfoncer et conduire ainsi, par une formation anormale, une vaginale sans testicule jusqu'au fond du scrotum.

c. Intestin. — L'hydrocèle congénitale peut se compliquer de la présence d'une hernie inguinale. La coexistence de ces deux affections est plus rare qu'on ne serait, *à priori*, tenter de le supposer, mais elle n'est pas exceptionnelle. Est-ce l'hydrocèle qui, en empêchant la fusion des parois du canal vagino-péritonéal et en maintenant celui-ci béant, fait comme un appel à l'intestin, ou bien est-ce la hernie qui, première en date, viendrait, par sa présence dans la vaginale, irriter l'endothélium de celle-ci et provoquer la sécrétion de sérosité? S'il y a ectopie concomitante du testicule, l'intestin peut approcher, aborder ou dépasser celui-ci.

Symptômes. — L'hydrocèle communicante a un volume variable, mais elle n'est ordinairement pas très grosse : un œuf de poule en général. Elle est piriforme, comme l'hydrocèle acquise, mais sa limite supérieure est « indécise ». Elle est d'une transparence parfaite, les téguments qui la recouvrent étant très minces, et nulle part l'exploration ne décèle d'épaississement de la poche. La tumeur est molle, dépressible, quand il y a une large communication vagino-péritonéale et que la fuite du liquide sous la pression s'exerce facilement; elle devient fluctuante, quand la sérosité est contenue dans la poche sous une certaine tension; elle est enfin rénitente, comme l'hydrocèle de l'adulte, quand le défilé se rétrécit entre le péritoine et la vaginale et que la tension augmente. Elle grossit pendant l'effort et transmet au doigt l'impulsion de la toux; ce n'est pas seulement alors un choc liquide qu'on perçoit en la touchant, mais une véritable expansion. Elle est plus volumineuse le soir que le matin, diminue, disparaît même quelquefois après un repos prolongé dans le décubitus horizontal. Elle se tuméfie quand le malade se lève et s'affaisse quand il se couche. L'hydrocèle communicante est réductible. La réduction est facile et rapide quand le canal est large, difficile et lente quand le défilé est étroit, impossible quelquefois si une valvule mal dirigée et formant soupape, ou bien le testicule ectopie, ainsi que l'a observé J. Cloquet, se constituent en barrages. A mesure qu'elle se réduit, la tumeur change de forme. Quelquefois, les tentatives faites pour chasser le liquide de la poche vaginale

(1) PIERRE SEBILEAU, Les enveloppes des testicules; chez l'auteur. Paris, 1897, p. 79 et suivantes.

restent infructueuses, tandis que le simple repos au lit permet à l'hydrocèle de se vider dans le ventre : ainsi en était-il du malade de Guersant. Pour réduire, il faut comprimer lentement, à pleine main; c'est quelquefois le seul moyen de constater une réductibilité très atténuée.

Marche. — Complications. — Terminaison. — L'hydrocèle congénitale peut guérir spontanément, rester stationnaire ou augmenter de volume.

La guérison spontanée survient d'ordinaire d'une manière rapide, sans que rien l'ait fait prévoir. Il est vraisemblable que cette évolution répond à une oblitération physiologique du canal vagino-péritonéal, ou, tout au moins, à une obturation valvulaire momentanée. Alors le liquide se résorbe; au bout de quelques jours, il ne reste plus trace de l'affection vaginale.

La plupart du temps, la tumeur reste stationnaire jusqu'au jour où la chirurgie s'en empare. Il est rare qu'elle devienne grosse, mais elle se complique parfois d'inflammation et de suppuration. En raison de la communication de la cavité vaginale avec le péritoine, ces accidents revêtent, on le conçoit, un caractère de gravité tout à fait particulier.

Diagnostic. — L'hydrocèle congénitale est réductible et cela la distingue trop nettement de toutes les tumeurs de la vaginale et du testicule pour qu'une erreur sur ce point soit possible. Il faut dire néanmoins que, chez un certain nombre de malades, la réduction s'opère avec lenteur et difficulté; dans ces cas, on a pu confondre l'hydrocèle communicante avec une hydrocèle banale; mais, d'une manière générale, le récit du malade ou de son entourage met si bien le chirurgien sur la voie du diagnostic que celui-ci, en soignant son exploration et en multipliant les examens, arrive toujours à dépister la communication. C'est donc, en somme, des tumeurs réductibles ou pseudo-réductibles que peut venir la méprise.

En dehors du *varicocèle*, dont il ne saurait être question ici et dont le diagnostic reste, au total, toujours facile, je ne vois comme tumeurs réductibles de cette région que les tumeurs qui sont du ressort de la maladie herniaire, c'est-à-dire la hernie elle-même et le kyste pseudo-sacculaire.

La *hernie inguino-vaginale* est d'un diagnostic facile; la consistance, la sonorité, le gargouillement, l'absence de transparence et de fluctuation, la manière plus ou moins facile dont se reproduit la tumeur après réduction, suffisent à l'affirmation du diagnostic. Celui-ci devient plus difficile quand il y a coexistence d'une hydrocèle communicante et d'une hernie. Il est rare, cependant, qu'avec un peu d'attention on ne puisse résoudre ce problème ordinairement assez simple; « la transparence combinée avec le gargouillement et la sonorité d'une partie de la tumeur scrotale », la rénitence et la fluctuation

(sérosité) de la partie inférieure des bourses, la mollesse et la « dépressibilité » (intestin), ou l'empatement (épiploon) de leur partie supérieure, quelquefois la réduction « en deux temps » : tout cela s'observe, d'habitude, assez facilement et le diagnostic se trouve ainsi tranché.

Les *pseudo-kystes sacculaires* se présentent avec tous les caractères de l'hydrocèle communicante à canal étroit, et, comme le fait observer S. Duplay, le diagnostic est quelquefois tout à fait impossible. On ne peut compter, dans l'espèce, que sur l'impulsion et l'expansion qui manquent au kyste pseudo-sacculaire, sur l'âge, l'hydrocèle étant presque toujours une maladie des jeunes gens, et sur les commémoratifs, le kyste pseudo-sacculaire étant toujours précédé d'une hernie, auxquels cette considération fait perdre beaucoup d'importance, à savoir que l'hydrocèle congénitale peut s'accompagner d'une hernie congénitale. En tout état de cause, on peut tenir compte des indurations, des épaisissements que présente souvent la paroi du sac, de l'espèce de tumeur graisseuse au milieu de laquelle il se trouve emprisonné, des douleurs et des tiraillements que provoquent chez quelques malades les adhérences de l'épiploon rentré dans l'abdomen avec la face profonde du collet peu à peu rétréci.

Comme tumeur pseudo-réductible, je ne connais dans cette région que l'*abcès ostéopathique*. En dehors des signes multiples du mal de Pott, on fera le diagnostic en se rappelant que les abcès pottiques siègent presque toujours dans la région crurale et non dans la région inguinale, que la pression y est toujours plus ou moins douloureuse, qu'ils envahissent peu à peu la face profonde de la peau et, en fin de compte, que si on en réduit le contenu, la fosse iliaque se gonfle d'autant et que l'on peut, de l'une à l'autre cavité de cet abcès en bouton de chemise, se renvoyer le flot et la fluctuation.

Traitement. — Le traitement de l'hydrocèle communicante est très simple. Pour ce qui concerne le jeune enfant, il convient de s'abstenir de toute thérapeutique : d'abord parce que la maladie guérit la plupart du temps spontanément, ensuite parce que le port d'un bandage destiné à faciliter l'occlusion du canal vagino-péritonéal est, pour ainsi dire, impossible. S'il s'agit d'un enfant qui ne souille plus ses vêtements (de deux à trois ans), on peut, ou abandonner pendant quelques mois la maladie à son évolution naturelle (elle guérit souvent; si elle ne guérit pas, on l'opère un peu plus tard), ou faire porter un bandage qui a pour but : 1° de s'opposer à la chute de la sérosité péritonéale dans la vaginale; 2° d'empêcher la descente de l'intestin; 3° de favoriser la fusion des parois du canal vagino-péritonéal. Le mieux, je crois, est de laisser l'enfant sans bandage et d'attendre que l'heure de l'opération sonne pour lui.

Chez des enfants plus âgés et, à plus forte raison, chez les adolescents et les adultes, il n'y a qu'un seul traitement indiqué : la cure

radicale. Je crois donc devoir passer sous silence toutes les vieilles méthodes : ponction, injections de vin, d'alcool, de teinture d'iode, etc. Avec elles, on agit à l'aveugle et non sans faire courir quelques risques au malade. Il faut ouvrir, disséquer le canal vagino-péritonéal et le réséquer entre deux ligatures. Qu'il y ait ou non hernie, l'indication reste la même.

Hydrocèle péritonéo-funiculaire.

La disposition anatomique sur laquelle a été édifiée la conception de l'hydrocèle péritonéo-funiculaire a été constatée par Charles Duval (1) sur un enfant de seize mois. Un stilet, engagé par l'orifice profond du canal inguinal dans le conduit vagino-péritonéal, pénétrait en ce dernier d'une longueur de 3 centimètres, puis était arrêté. Il n'est pas d'anatomiste qui n'ait eu plusieurs fois l'occasion d'observer un pareil fait.

L'hydrocèle péritonéo-funiculaire est très rare; tout au moins en a-t-on publié très peu d'observations. Ch. Duval (2) en cite deux cas : celui de Nannoni (3), le seul exemple qu'en connut Malgaigne, et celui de Cribier, lequel n'en est pas un, d'ailleurs. S. Duplay, dans sa thèse, y ajoute une observation de Chassaignac (4). Mais Jobert, d'après Duval, disait en avoir vu et guéri plusieurs. Ch. Monod et Terrillon (5) en donnent un exemple qui paraît défier toute critique. J'en ai trouvé un autre dans une publication de Poland (6). Enfin Gross (7) rapporte un fait péremptoire : un jeune homme portait dans l'aîne, au-dessous de l'orifice extérieur du canal inguinal, une tumeur arrondie, indolore, grosse comme une mandarine; cette tumeur, qui se laissait refouler dans le canal inguinal, disparaissait parfois complètement sous l'influence du repos et se reproduisait ensuite lentement, dans la station verticale. L'opération montra qu'il s'agissait d'une hydrocèle funiculaire communiquant avec le péritoine par un canal d'une extrême ténuité, filiforme; l'oblitération de ce canal eût transformé l'hydrocèle péritonéo-funiculaire en hydrocèle enkystée du cordon. C'est ce qui arrive souvent, et c'est précisément pour cela que l'hydrocèle péritonéo-funiculaire est rare. En effet, étant donnée la fréquence de la hernie péritonéo-funiculaire, l'hydrocèle de même nom, ainsi que Duplay le fait remarquer, devrait être beaucoup plus

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

(2) Ch. DUVAL, *loc. cit.*

(3) NANNONI, Treatise of the hydrocele, London.

(4) CHASSAIGNAC, Hydrocèle péritonéo-vaginale (*Revue méd. de chir.*, 1853, t. XIII, p. 333).

(5) Ch. MONOD et O. TERRILLON, *loc. cit.*, p. 726.

(6) POLAND, Hydrocèle congénitale du cordon spermatique (*The Lancet*, 1884, t. II, p. 1001).

(7) GROSS, Kyste du cordon spermatique (*Sem. méd.*, 9 déc. 1891, n° 59, p. 481).

fréquente qu'elle ne passe pour l'être et qu'elle ne l'est en réalité. Si les statistiques sont si pauvres sur son compte, cela tient encore, d'après Ch. Duval, au peu de longueur du cul-de-sac séreux qui fournit un trop petit réceptacle au liquide péritonéal, si bien que celui-ci ne peut s'y accumuler. Cette observation est parfaitement raisonnable; puisqu'en effet l'existence d'une perméabilité péritonéo-funiculaire est fréquente, si l'hydrocèle funiculaire est rare, c'est de deux choses l'une : ou bien qu'il ne faut pas attribuer au péritoine la formation du liquide des hydrocèles congénitales, ou bien que le processus péritonéo-funiculaire n'a pas assez d'ampleur pour former sac.

L'hydrocèle péritonéo-funiculaire forme une tumeur molle, très fluctuante, impressionnée par la station debout, les efforts, le vomissement et la toux. Sa réductibilité dépend de la largeur de l'orifice qui fait communiquer sa cavité avec celle du péritoine; pour le malade de Chassaignac, la réduction ne s'opérait que par une pression manuelle prolongée ou dans le décubitus horizontal.

Si l'hydrocèle péritonéo-funiculaire est donnée comme si rare, c'est, encore, qu'on l'a très souvent confondue avec une *hernie inguinale*; à un examen superficiel, en effet, il n'est que trop facile de commettre l'erreur; mais la confusion ne résiste pas à une exploration un peu attentive. La seule manière dont se réduit et se reproduit, après réduction, l'une et l'autre tumeur, l'impulsion toute différente qu'elles impriment au doigt, l'une donnant seulement la sensation de choc, l'autre la sensation de choc et d'expansion : tout cela suffit au diagnostic.

Je prie qu'on se reporte à ce qu'au chapitre de l'hydrocèle communicante j'ai dit des kystes sacculaires et pseudo-sacculaires, ainsi que des abcès ostéopathiques. Les mêmes considérations trouveraient ici leur place.

Hydrocèle vagino-funiculaire.

Variétés. — Pathogénie. — L'hydrocèle vagino-funiculaire se présente sous des formes très différentes; beaucoup d'hydrocèles qu'on considère comme des hydrocèles acquises « remontant très haut », ne sont pas autre chose que des hydrocèles congénitales vagino-funiculaires. Il reste entendu qu'ici encore le mot hydrocèles congénitales s'entend des hydrocèles par disposition congénitale. Il suffit de se rappeler que le canal vagino-péritonéal peut subir son travail d'occlusion à une hauteur variable, depuis quelques centimètres au-dessus du testicule jusqu'à l'orifice profond du canal inguinal, et, d'autre part, que, dans l'espace qui s'étend du pôle supérieur de l'épididyme au point où s'est faite l'oblitération, il peut, soit conserver un calibre uniforme et rester large, soit se rétrécir et subir

une coarctation irrégulière, soit enfin, comme l'a observé A. Broca, mais ce que je n'ai jamais eu l'occasion de voir personnellement, donner naissance à des diverticules plus ou moins longs, parallèles, pour comprendre combien variable en ses manifestations peut être l'hydrocèle vagino-funiculaire. J'en vais décrire les principales variétés :

1° **Hydrocèle vagino-funiculaire cylindrique.** — Elle ressemble à une hydrocèle vaginale qui s'insinuerait plus ou moins haut dans le cordon. La portion vaginale arrondie, globuleuse de la tumeur, se continue avec une sorte de cylindre, de boyau funiculaire, qui forme comme le pédicule de la poire qu'elle représente. Dans certains cas, ce boyau est régulier, calibré d'une manière uniforme; dans d'autres cas, au contraire, il est comme bridé un peu au-dessus de la vaginale; si bien qu'il y a tendance à la formation d'une double poche, scrotale et inguinale. Quelquefois la tumeur remonte jusque dans le canal inguinal; aussi reconnaît-on à l'hydrocèle vagino-funiculaire deux variétés: vagino-funiculaire et vagino-pariétale. Dans la forme vagino-pariétale, qui est le premier degré de l'hydrocèle en bissac, il y a un rétrécissement au niveau de l'orifice externe du canal inguinal.

2° **Hydrocèle vagino-funiculaire effilée.** — Sur quelques sujets, l'hydrocèle s'infiltré dans le cordon, mais s'y effile peu à peu. J'en ai observé sur le cadavre un fort joli exemple. Ayant évacué le liquide contenu dans la poche, j'injectai dans celle-ci une matière solidifiable; le moule que j'obtins ainsi, à mesure qu'il s'amincissait, se contournait en spires, comme le col de la vésicule biliaire. C'est ce prolongement que A. Broca a vu, de son côté, étroit et tubulaire, remonter jusqu'à l'anneau extérieur du canal inguinal, sur le flanc interne du canal déférent.

3° **Hydrocèle vagino-funiculaire plurilobée.** — Ainsi que son nom l'indique, celle-ci peut affecter des formes variables. En plus du segment inférieur du conduit vagino-péritonéal non oblitéré, que Béraud (1) a très bien décrit sous le mauvais nom de diverticule funiculaire de la vaginale, et dont je viens de parler, en rappelant les observations de Broca et mes propres recherches, il existerait, s'ouvrant dans la cavité de ce conduit vagino-péritonéal, sous des valvules irrégulières, de véritables diverticules décrits par A. Broca (2), sortes de culs-de-sac tunnellaires ascendants et descendants, de forme cylindrique, qui s'enfoncent, au milieu du cordon, sous la séreuse. Que le liquide de l'hydrocèle pénètre dans un de ces diverticules et le dilate, la poche peut revêtir une forme tout à fait anormale. Reclus en a

(1) BÉRAUD, Mémoire sur les diverticulums de la tunique vaginale (*Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1863, t. V, p. 277).

(2) A. BROCA, art. INGUINAL du *Dict. encyclop. des sc. médicales*, t. XV; 2^e partie, 4^e série, p. 792.

publié et représenté un cas tout à fait intéressant. Il s'agissait d'une hydrocèle formée de deux parties, l'une scrotale, l'autre funiculaire, figurant l'une et l'autre le ventre et le goulot d'une bouteille. En passant d'une poche dans l'autre, le liquide donnait lieu à un bruissement tout particulier.

4° **Hydrocèle en bissac.** — (*Hydrocèle biloculaire, hydrocèle en tablier, hydrocèle de P. Pott, hydrocèle de Chélius, hydrocèle de Dupuytren.*)

On dénomme ainsi une hydrocèle formée par deux poches distinctes communiquant entre elles par un goulot rétréci qui parcourt le canal inguinal. Des deux poches l'une est scrotale, l'autre inguinale; mais tandis qu'au volume près la disposition de la poche inférieure est invariable, la disposition topographique de la poche supérieure présente de grandes — et intéressantes — variétés individuelles.

Le volume des deux cavités est très variable: l'une et l'autre sont quelquefois très grosses, la poche scrotale descendant jusqu'à mi-cuisse, la poche inguinale remontant jusqu'à l'ombilic, ou pouvant, comme dans l'observation de Macewen, s'insinuer dans le bassin et, par compression de la vessie, provoquer des troubles de la miction: ainsi le malade de Rochard portait deux poches hydrocéliques qui contenaient ensemble 3 litres de liquide; dans d'autres cas, le volume des deux cavités est sensiblement le même, mais elles contiennent peu de liquide et la tension de celui-ci est peu considérable; enfin, une poche peut prendre un grand développement, tandis que l'autre reste petite; suivant les sujets, c'est le sac scrotal ou bien le sac inguinal, ordinairement le sac scrotal, qui est le plus volumineux.

La forme de la poche inférieure est toujours celle d'une poire, ainsi que pour toute hydrocèle banale; sa topographie est immuable et ne dépend que de la quantité de liquide qui s'y accumule. La forme du sac inguinal est, au contraire, très différente suivant les cas, ainsi que sa topographie: il peut rester dans l'aîne abdominale, plus ou moins cylindrique ou ovale, s'allongeant quelquefois comme un saucisson le long du détroit supérieur; sur certains sujets, il remonte, plus ou moins sphérique, sous la paroi abdominale, vers l'ombilic; sur d'autres, enfin, il plonge, avec les éléments du cordon, dans le petit bassin.

La consistance de l'hydrocèle vaginale varie considérablement: elle dépend de l'épaisseur de ses parois et de la tension du liquide; elle n'est pas toujours la même pour les deux poches.

L'orifice, ou plutôt le trajet intermédiaire, est plus ou moins large et la communication s'établit plus ou moins facilement entre les deux cavités. Les étranglements qu'on constate sur le boyau inguinal dépendent, d'une part de l'oblitération partielle qu'a pu subir en un point le canal péritonéo-vaginal et, d'autre part, de