

l'étranglement que peut déterminer, sur le canal intermédiaire, l'épaississement de la fibreuse ou l'arête vive des piliers. E. Buyck (1) a observé chez Bazy deux hydrocèles en bissac avec étranglement marqué. O. Terrillon en a disséqué, conservé et déposé au musée Dupuytren un cas très intéressant.

On a beaucoup discuté sur le mode de formation et les rapports péritonéo-pariétaux de l'hydrocèle en bissac ; cette double question est aujourd'hui résolue.

Pour ce qui concerne le mode de formation, je m'en suis suffisamment expliqué : l'hydrocèle de Pott-Dupuytren ne peut se développer qu'à la suite d'une oblitération irrégulière et plus ou moins haut placée du conduit vagino-péritonéal. C'est à Chélius (2) que revient l'honneur d'avoir imaginé, sinon démontré, l'origine congénitale de l'hydrocèle en bissac, opinion dont Malgaigne (3) se fit plus tard le défenseur, tandis qu'après Dupuytren, Verneuil persistait à la considérer comme une simple hydrocèle acquise ayant dilaté considérablement le cul-de-sac supérieur de la vaginale. Ainsi donc, il faut, d'abord, une oblitération anormale du canal vagino-péritonéal ; il suffit, ensuite, que la pression du liquide qui est sécrété dans la vaginale et qui remonte dans le canal vagino-péritonéal jusqu'au point où s'est accomplie la fermeture physiologique, trouve dans la partie supérieure de ce conduit un point faible, un défaut à la cuirasse fibreuse qui le double, pour que, par distension progressive, se forme dans le vestibule rétro-pariétal une poche dont les dimensions ne sauraient avoir d'autres limites que la tension du liquide et l'élasticité de la poche. Il est même possible que certaines hydrocèles biloculaires soient dues à la pénétration de la sérosité dans un des diverticules supérieurs du conduit vagino-péritonéal dont j'ai déjà parlé et à l'agrandissement graduel de celui-ci. Je ne pense donc pas qu'il y ait lieu de s'arrêter davantage à discuter l'étrange hypothèse de Vollbrecht (4), qui croit pouvoir faire remonter au corps de Giraldès l'origine des hydrocèles biloculaires intra-abdominales, non plus que celle, beaucoup plus raisonnable, d'ailleurs, de Macewen (5) qui, tout en considérant l'hydrocèle de Pott comme fonction d'une occlusion péritonéo-vaginale vicieuse, pense que la poche abdominale se forme la première, au-dessus d'une oblitération qui siègerait dans la portion inguinale du canal vagino-péritonéal, qu'au-dessus de cette oblitération la perméabilité du canal persiste et que, soit brusquement, à la suite

(1) E. BUYCK, Quelques remarques sur l'hydrocèle en bissac, thèse de Paris, 1897, n° 462, p. 24.

(2) CHÉLIUS, Traité de chirurgie, trad. de Pigné. Paris, t. II, p. 150.

(3) MALGAIGNE, Des tumeurs du scrotum, thèse d'agrégation, 1858, p. 6.

(4) VOLLBRECHT, Hydrocèle biloculaire intra-abdominale (*Sem. méd.*, 16 sept. 1896, n° 47, p. 880).

(5) MACEWEN, Des hydrocèles biloculaires intrapelviennes et scrotales (*The Practitioner*, 1896).

d'un effort et par effraction du diaphragme, soit lentement, goutte à goutte, à la faveur d'une petite perforation de la cloison, le liquide de la poche abdominale fait irruption ou s'infiltré, par le goulot inguinal, dans la cavité vagino-scrotale. Il faut également reléguer dans le domaine des choses invraisemblables l'hypothèse de Baseil (1) qui attribue l'hématocèle en bissac à la rupture d'une hydrocèle ordinaire dont le sang s'infiltrerait le long du cordon jusque dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et s'entourerait d'une membrane adventice par réaction inflammatoire du tissu conjonctif ambiant.

Les rapports de la poche ventrale sont aujourd'hui bien déterminés, et le doute où l'on est resté pendant longtemps sur ce point vient de ce que chacun de ceux qui ont eu l'occasion d'observer l'hydrocèle en bissac a discuté exclusivement avec le cas étudié par lui. Ainsi que l'a fort bien écrit Pierre Delbet (2) dans un article récent, l'hydrocèle biloculaire, née d'une disposition congénitale, doit être rapprochée de la hernie inguinale congénitale pariétale. L'une et l'autre présentent les variétés suivantes : 1° *forme propéritonéale* : le sac herniaire ou la poche liquide sont situés entre le péritoine et la paroi (iliaque ou abdominale) sur laquelle repose ce péritoine ; 2° *forme interstitielle* : le sac ou la poche s'infiltré dans l'épaisseur de la paroi abdominale (Witzel) (3) ; 3° *forme inguinale superficielle* (Delbet) : le sac et la poche s'étalent en avant du tendon aponévrotique du grand oblique.

De ces différentes variétés, la variété propéritonéale est de beaucoup la plus fréquente ; elle se présente sous deux aspects différents ou bien, ce qui est l'ordinaire, la poche s'infiltré sous le péritoine iliaque, suivant les éléments du cordon et plongeant dans le bassin, ou bien elle se développe en haut, sous la paroi abdominale. Bazy a publié de l'hydrocèle iliaque une observation très bien étudiée et Wollbrecht en a signalé un cas où la paroi kystique remontait jusqu'à la région rénale. De l'hydrocèle abdominale, Tillmanns a signalé un cas remarquable, où la poche supérieure, très volumineuse, adhérait fortement au péritoine et se laissait facilement décoller du plan fibro-musculaire.

Étiologie. — A n'envisager que les cas où la poche supérieure prend un grand développement et devient véritablement ventrale (hydrocèle en bissac), on peut dire que l'hydrocèle vagino-funiculaire est très rare : en 1891, Villeneuve (4) disait n'en avoir pu trouver que dix-huit observations authentiques. Mais ce n'est pas ainsi, évidemment, qu'il faut établir le compte.

(1) BASEIL, De l'hématome du scrotum, thèse de Nancy, 1890, p. 173.

(2) PIERRE DELBET, Des variétés de l'hydrocèle biloculaire (*Presse méd.*, 22 août 1896, n° 69, p. 421).

(3) WITZEL, Beitrag zur frage der Entstehung der hydrocele bilocularis (*Centralbl. für Chir.*, 1885, n° 27, p. 465).

(4) VILLENEUVE, De l'hydrocèle en bissac (*Mercredi médical*, 1891).

En effet, les hydrocèles inguinales sont, au même titre que l'hydrocèle de Dupuytren, des hydrocèles par disposition congénitale. On comprend ainsi que Köcher ait pu dire avoir observé personnellement 24 cas d'hydrocèle à double poche; mais il est évident que c'est sur les hydrocèles ventro-scrotales que se concentre presque tout l'intérêt de cette question.

L'hydrocèle vagino-funiculaire s'observe à tout âge, depuis l'adolescence jusqu'à la vieillesse. Un malade de Dupuytren avait quinze ans; un malade de Delbet soixante-dix. D'une manière générale, elle se développe dans la première traversée de l'âge adulte, de vingt à trente ans.

Symptômes et diagnostic. — Le diagnostic des hydrocèles vagino-funiculaires est très facile pour ce qui concerne les variétés vagino-inguinales. Il se complique un peu quand il s'agit de la variété vagino-abdominale et, surtout, de la variété vagino-iliaque. Si, en effet, dans tous les cas, l'exploration de la poche scrotale ne présente aucune difficulté, on n'en peut dire autant de la cavité supérieure qui, dans la fosse iliaque, tant qu'elle n'est pas volumineuse, peut, dans la profondeur, échapper à l'examen, ou bien, au contraire, se dissimuler, dans la paroi abdominale elle-même, sous le plan fibromusculaire contracté. C'est donc quelquefois seulement par une exploration approfondie et même, au besoin, par une exploration sous le chloroforme, que le chirurgien pourra établir le diagnostic. En résumé, ce diagnostic est, au moins dans ses grandes lignes, facilité par l'existence d'une tumeur scrotale molle ou rénitente, fluctuante, transparente. L'hydrocèle est alors reconnue; la réductibilité fait le reste. Or, c'est précisément du degré et du caractère de cette réductibilité que peut venir l'erreur: est-elle peu marquée et la poche abdominale échappe-t-elle à l'œil, ne faisant aucun relief, ce qui arrive souvent, on peut prendre pour une hydrocèle banale ou, tout au moins, pour une hydrocèle simplement funiculaire, une véritable hydrocèle de Dupuytren. La confusion peut encore s'établir avec une hydrocèle enkystée d'un sac herniaire habité (on en a vu qui contenaient 3, 5, 6, 12 litres de liquide), avec un kyste sacculaire et un kyste pseudo-sacculaire. J'ai déjà insisté sur ces différents points.

Au contraire, la réduction est-elle facile, on peut croire qu'il s'agit d'une hydrocèle péritonéo-vaginale ouverte. Köcher a bien montré combien facilement cette erreur pouvait être commise chez l'enfant. Il importe donc de soigneusement étudier la paroi abdominale, de voir si elle ne gonfle pas sous l'influence de la pression qu'on exerce sur le scrotum, de pratiquer, en même temps que le palper abdominal, le toucher rectal qui décèlera peut-être l'existence d'une poche cachée dans le ventre, de provoquer la fluctuation alternante par des pressions diverses, de faire alternativement lever et coucher le malade. En résumé, l'hydrocèle communicante jouit

d'une réductibilité réelle; l'hydrocèle biloculaire d'une réductibilité apparente. Dans un cas, le liquide fuit le scrotum et disparaît; dans l'autre, il fuit le scrotum, mais réapparaît sous une zone quelconque de la paroi ventrale.

Marche. — Complications. — Pronostic. — Comme l'hydrocèle banale, l'hydrocèle en bissac est une affection bénigne qui, après avoir atteint un certain volume, reste stationnaire et ne compromet en rien la vie de celui qui en est porteur. Tout au plus peut-elle gêner par le volume de la poche scrotale et, quand elle prend un grand développement, déterminer quelques troubles de compression par la place que prend dans le ventre la dilatation de sa poche supérieure. Je rappelle ici l'observation de Wollbrecht: l'hydrocèle, en s'infiltrant sous le péritoine, avait remonté jusqu'au rein. Macewen a vu la vessie comprimée; Ribéri (1) a constaté qu'elle était repoussée du côté opposé. Mais ces cas sont exceptionnels.

Voici les trois seuls caractères qui aggravent dans une certaine mesure le pronostic de l'hydrocèle de Dupuytren: c'est, d'abord, qu'elle présente d'indiscutables difficultés thérapeutiques; c'est, ensuite, qu'elle est, comme toute vaginalite séreuse, et plus peut-être que toute autre, soumise à l'épaississement et à la transformation de ses parois et, conséquemment, à l'hémorragie qui en fait une hématocele [Lister (2), Huguier et Rochard (3) en ont publié des exemples]; c'est, enfin, qu'elle peut suppurer, comme le démontrent les observations de Fano (4) et de Dupuytren (5).

Enfin, ainsi qu'après Malgaigne, S. Duplay (6) l'a écrit dans son excellente thèse, l'hydrocèle bilobée prédispose grandement à une rare et intéressante variété de hernie inguinale congénitale (hernie enkystée de la tunique vaginale), soit que le sac herniaire glisse en arrière de la poche, en use les parois et fasse irruption dans la cavité, soit que ce sac herniaire vienne peu à peu faire saillie dans l'hydrocèle en déprimant sa paroi supérieure, de manière à plonger dans la poche sans l'ouvrir. Je n'insiste pas davantage sur ces faits qui ressortissent à l'histoire de la hernie enkystée de la tunique vaginale dont j'ai parlé ailleurs et qui, ainsi que l'a écrit Malgaigne, semble, au moins dans la grande majorité des cas, formée par le contact, puis par la pénétration d'une hernie acquise dans une hydrocèle congénitale funiculaire.

Traitement. — Il n'est pas facile de formuler d'une manière précise le traitement d'une affection si différente d'elle-même en les

(1) RIBERI, *Raccolta delle opere minori*, etc. Torino, 1851.

(2) LISTER, *Gaz. hebd. des sc. méd.*, t. IV, 1857, p. 11.

(3) J. ROCHARD, *Union méd.*, 1860, t. VII, p. 359.

(4) FANO, *Soc. de chir.*, 6 déc. 1853.

(5) DUPUYTREN, *Leçons de clin. chir.*, t. III, p. 584.

(6) S. DUPLAY, Des collections séreuses et hydatiques de l'aîne, thèse de Paris, 1865, n° 55.

formes qu'elle peut revêtir. Comment comparer une hydrocèle vagino-funiculaire n'ayant d'autre particularité que de remonter un peu plus haut que l'hydrocèle ordinaire, avec ces énormes poches qui remplissent une partie de l'abdomen ? Il importe donc de diviser ce chapitre en deux paragraphes : le premier sera réservé au traitement des hydrocèles vagino-funiculaires qui, quelle que soit leur forme, ne dépassent pas la profondeur de la région inguinale ; le second au traitement des hydrocèles devenues, par accroissement de volume, de vraies tumeurs abdominales.

1° **Hydrocèles inguinales.** — J'ai vanté les avantages de la cure iodique dirigée, après simple ponction, contre les hydrocèles ordinaires. Je tiens pour certain que la plus grande partie des hydrocèles vagino-funiculaires (variété inguinale) guériraient, sous l'influence de ce traitement, avec la même facilité que les précédentes. Je ne le conseille cependant pas. A mon avis, il faut ouvrir toute hydrocèle qui « sort de la règle », et celles dont je parle sont du nombre. On ne peut jamais tenir pour certain que le canal vagino-péritonéal ne présente pas quelque anomalie ; qu'il n'ait pas quelque soupape, quelque rétrécissement, quelque valvule, qui nuise à la pénétration de la teinture d'iode sur tous les points ; on ne saurait affirmer que le péritoine est tout à fait indépendant, puisqu'il est possible qu'un petit orifice, fermé par une valvule dont l'évacuation peut troubler le jeu, fasse communiquer ce péritoine avec la vaginale ; le testicule en ectopie peut occuper une situation inconnue du chirurgien ; l'intestin peut se trouver juste au-dessus de la poche en une hernie dont il importe de pratiquer la cure radicale ; même il peut y avoir formation d'une hernie enkystée de la tunique vaginale ; il y a place, enfin, pour les erreurs de diagnostic dont j'ai parlé (kystes sacculaires et pseudo-sacculaires) : il en faudrait moins pour commander la cure sanglante.

J'ouvre et j'extirpe toutes les hydrocèles vagino-funiculaires. Il faut, pour ce qui concerne la portion scrotale, pratiquer la résection totale de la séreuse vaginale ; pour ce qui concerne la portion funiculaire, disséquer le conduit vagino-péritonéal et l'enlever après ligature de la portion supérieure s'il y a un pédicule abdominal. Naturellement, il ne faut pas terminer l'opération sans songer à la possibilité d'une hernie contiguë, pour, le cas échéant, ouvrir le sac au-dessus de la poche et pratiquer la cure radicale. Tout cela suppose, pour tous les cas, l'ouverture large de la région inguinale ; il faut avoir sous les yeux le canal béant jusqu'à l'orifice profond.

2° **Hydrocèles abdominales.** — Pour les mêmes raisons que je donnais précédemment, je pense qu'il faut inciser les hydrocèles vagino-abdominales. Aucune difficulté en ce qui concerne la portion scrotale et la portion funiculaire de la poche ; on les dissèque et on les extirpe. Mais comment se comporter devant la portion abdominale ? Si elle est de petit volume, la dissection n'en est pas difficile ;

il suffit qu'on se donne le jour suffisant en allongeant l'incision et en faisant bâiller la plaie ; à supposer qu'il y ait des adhérences, on vient à bout sans peine, dût le péritoine être ouvert pendant qu'on en sépare la tumeur. Mais le problème se complique quand la poche est volumineuse. Que faire alors ? Convient-il de pratiquer la dissection et l'ablation du kyste vide ou plein ? ou bien d'en évacuer le contenu, de modifier la vitalité de l'endothélium par l'action de quelque médicament (frottée de teinture d'iode ou de chlorure de zinc) et de laisser la poche se refermer par accolement des parois, accolement que favoriseraient d'une part l'élasticité du coussinet intestinal et, d'autre part, l'application d'un bandage compressif ? Il est difficile de répondre. *A priori*, il me semble que le traumatisme nécessaire à la dissection d'une grosse poche pariétale doit laisser dans la paroi des zones trop faibles et que la laparotomie nécessaire (car je ne crois pas la méthode sous-péritonéale suffisante) à l'ablation d'une grosse poche iliaque doit constituer une opération trop considérable pour qu'on les doive systématiquement conseiller dans le traitement d'une affection bénigne par excellence. Mais je me borne à cette observation d'ordre purement général et théorique qui ne saurait en aucune manière prévaloir contre des faits. Il me semble, au résumé, qu'il y a lieu, comme l'a proposé Bazy (1), de pratiquer l'excision et l'ablation de la poche pour les cas ordinaires, mais que si l'énucléation complète de la poche supérieure présente trop de difficultés, il y a lieu, suivant le conseil de Gross (2), de se contenter d'une résection aussi large que possible de la partie accessible.

Hydrocèle enkystée du cordon.

L'hydrocèle enkystée du cordon est une tumeur liquide indépendante de l'épididyme et du testicule ; comme son nom l'indique, elle se développe sur le trajet du paquet funiculaire, à une hauteur variable.

J'ai déjà dit que cette hydrocèle n'était pas autre chose qu'une vaginalite d'un segment isolé ou de plusieurs segments isolés du canal vagino-péritonéal. Sous quelles influences se développe cette inflammation, je l'ai montré en traitant la pathogénie des vaginalites et n'ai pas à y revenir. Dans une certaine mesure, il est possible que l'intestin hernié, le bandage, le testicule ectopié, jouent, par irritation, quelque rôle dans la genèse des hydrocèles funiculaires enkystées ; mais, sur ce point, il ne faut pas se laisser tromper par les coïncidences. Curling, Berger (3) ont vu sur un cryptorchide se produire

(1) P. BAZY, De l'hydrocèle vaginale à prolongement abdominal ou hydrocèle en bissac (*Arch. gén. de méd.*, 1887, 7^e série, t. XX, p. 553).

(2) GROSS, ROHMER et VAUTRIN, *Nouv. élém. de path. et de clin. chir.*, t. IV, art. MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES, par GROSS, p. 256 ; chez Baillièrre, Paris, 1900.

(3) BERGER, *Gaz. des hôpitaux*, 22 janvier 1822.

presque simultanément la migration subite et l'apparition d'un kyste du cordon; il ne faut pas dire que la migration, « agissant à la manière d'un traumatisme, a produit dans ces cas le kyste du cordon »; c'est là une simple coïncidence; la migration a découvert un kyste préexistant : voilà tout.

L'hydrocèle enkystée peut se développer sur n'importe quel segment du canal péritonéo-vaginal : 1° en bas (variété scrotale); 2° au milieu (variété funiculaire); 3° en haut (variété inguino-pariétale). Un kyste peut occuper en même temps la région scrotale et funiculaire, ou, en même temps, la région funiculaire et la région inguino-pariétale; cela est rare. Enfin, sur certains sujets, plusieurs petits kystes se superposent en véritables grains de chapelet, comme Cruveilhier (1), Ledran et tant d'autres l'ont observé. Naguère, Tillaux en vit une dizaine échelonnés et contigus.

Delanglade, après A. Broca, dans un travail dont je parlerai plus loin, a montré que ces kystes pouvaient se superposer d'avant en arrière, phénomène curieux, dû au processus d'oblitération longitudinale du canal vagino-péritonéal.

Ces kystes multiples peuvent, ou non, communiquer les uns avec les autres; quelquefois des orifices extrêmement étroits les séparent. Mais qui dit : « hydrocèle enkystée » dit évidemment : « hydrocèle fermée »; ce qui signifie que, quelles que soient la forme du kyste et la multiplicité des cavités, la fermeture du canal vagino-péritonéal est toujours complète du côté du péritoine et du côté de la vaginale.

La situation des cavités kystiques par rapport aux éléments du cordon varie; cela tient à ce que l'hydrocèle enkystée peut se former, non seulement dans le canal vagino-péritonéal lui-même, mais encore dans ces diverticules parallèles, ces culs-de-sac tunnulaires étudiés par A. Broca, lesquels, vis-à-vis le canal vagino-péritonéal dont ils sont une émanation, se trouvent dans une des trois situations suivantes : communication large, communication étroite, indépendance complète. En règle générale, le faisceau vasculaire du cordon est, pour la plus grande partie de ses éléments, placé en avant de la tumeur, mais quelquefois reporté sur un des côtés. Il n'est pas rare que ses différents éléments soient dissociés. Par-dessus le tout, cordon et tumeur, le crémaster descend vers les bourses sur la face extérieure de la tunique fibreuse.

L'hydrocèle enkystée a ordinairement un petit volume : elle est grosse comme un œuf de pigeon, comme un œuf de poule. Elle peut devenir énorme, à en juger par certaines observations : le malade de Ledran avait un kyste contenant trois quarts de litre; celui de Fleury ne portait dans sa tumeur que 500 grammes de liquide; Bluth a observé un kyste gros comme une tête d'enfant; Leuc de même, et Bazan a retiré un litre et quart de sérosité d'une poche ponctionnée par lui. Il y a lieu d'élever des doutes sur l'exactitude du diagnostic

porté dans ces différents cas dont je retrouve la mention dans les thèses de Cachan (1) et de Deprise (2).

Ordinairement, la paroi du kyste est mince, régulière et si tenue que la dissection peut en être impossible, ainsi que Gross en a publié une observation; la surface interne en est lisse, brillante. Mais, surtout pour les tumeurs déjà vieilles, il n'est pas rare d'observer des lésions de « vaginalite chronique » : Scarpa a trouvé la surface interne « frangée et comme veloutée »; Terrillon et Routier (3), Legueu (4) ont rencontré les néomembranes stratifiées, l'épaississement, les couches de fibrine que j'ai décrites plus haut parmi les altérations de la pachyvaginalite; Schwartz et Roché de Toucy (5) ont opéré un malade atteint d'un kyste uniloculaire dont les parois étaient complètement calcifiées et si adhérentes au cordon qu'on ne put conserver les vaisseaux et que le testicule se gangrena : ce kyste était divisé en quatre logettes par des cloisons incomplètes qui étaient, elles aussi, calcifiées.

Ainsi que les parois, varie le liquide contenu dans la poche : il est, dans les cas simples, fluide, limpide, coloré en jaune clair; quand il s'est produit des hémorragies pariétales, il devient rose, rouge, quelquefois noir (hématocèle). Enfin, l'inflammation aiguë le trouble toujours et l'épaissit : alors, tandis que la paroi se dépolit et devient tomenteuse, des nuages floconneux et plus ou moins opaques de fibrine coagulée nagent dans son intérieur et altèrent sa limpidité; il devient jaunâtre, vert sale. Si l'infection est plus intense, il se transforme en pus et devient blanc, épais, crémeux.

Assez souvent coexistent la hernie et le kyste du cordon. Il est même possible que, dans une certaine mesure, le kyste ne soit pas étranger au développement de la hernie. Fixé à l'évasement supérieur du canal vagino-péritonéal, soit par accollement, soit par l'intermédiaire du ligament de Cloquet, ce kyste, selon la remarque d'E. Delanglade (6), doit tirer sur le péritoine et entraîner celui-ci dans les mouvements assez étendus qu'il exécute; de plus, quand il est interstitiel, il dilate et affaiblit la paroi abdominale.

L'intestin peut occuper par rapport à la poche kystique plusieurs positions : il peut être séparé de lui, accolé à lui, entouré par lui, invaginé dans lui.

(1) Henri CACHAN, Kystes du cordon et du canal de Nuck, thèse de Paris, 1893, n° 75, p. 25.

(2) Edmond DEPRISE, Contribution à l'étude des kystes du canal vagino-péritonéal, thèse de Paris, 1899, n° 536, p. 23.

(3) ROUTIER, Hématocèle dans un kyste du cordon avec prolongement abdominal, etc. (*Progrès méd.*, 1884, t. XII, p. 533).

(4) LEGUEU, Vaginalites funiculaires hémorragiques, etc. (*Arch. gén. de méd.*, févr. 1890, p. 183).

(5) ROCHÉ DE TOUCY, Kyste du cordon à parois calcifiées (*Bull. de la Soc. anat.*, 1889, 64^e année, t. III, 14^e fasc., avril 1889, p. 347).

(6) E. DELANGLADE, Kystes du cordon et du canal de Nuck (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 69^e année, 5^e série, t. VIII, juillet 1894, fasc. 12, p. 469).