

1° *Séparation.* — Quand le kyste et l'intestin sont séparés, ils sont toujours reliés l'un à l'autre par le ligament de Cloquet qui, suivant la remarque de Delanglade, présente comme caractères : d'être constant et facilement reconnaissable, d'être fibreux et inextensible, de s'insérer d'une part au sommet du sac herniaire et, d'autre part, sur le kyste, soit sur le sommet, soit sur les flancs.

2° *Accolement.* — Dans l'accolement, trois positions peuvent être prises par l'intestin vis-à-vis le kyste ; il peut se trouver au-dessus (superposition), en avant (préposition), en arrière (rétroposition). Les recherches d'A. Broca (1) expliquent très bien comment s'établissent, contre toute apparence de logique, ces rapports bizarres, ce parallélisme dans le sens vertical, cette superposition dans le sens antéro-postérieur, du sac herniaire et de la poche kystique. A. Broca a montré, en effet, qu'en sus de l'oblitération transversale décrite par Ramonède « et commandée par les points rétrécis qu'il présente », le canal vagino-péritonéal, « étranglé en quelques points comme une étoffe ample passée dans une série d'anneaux trop étroits, se plisse en long, si bien que ces plis adhèrent entre eux sur une certaine étendue et forment des cloisons verticales » d'où naissent comme des tunnels, des diverticules latéraux du canal vagino-péritonéal. C'est ainsi qu'on observe quelquefois la superposition d'avant en arrière, soit de deux kystes du cordon, soit d'un kyste et de l'anse intestinale herniée.

3° *Englobement.* — On a vu des kystes tellement entourés par une grosse hernie, disent Ch. Monod et O. Terrillon, qu'il était impossible de diagnostiquer leur présence.

4° *Invagination.* — Enfin, l'intestin peut aussi plonger, s'invaginer, pour ainsi dire, dans la cavité kystique en déprimant la paroi supérieure de la poche.

Le kyste du cordon se développe lentement, sourdement ; il a donc un début insidieux. C'est d'une manière fortuite que le malade en constate d'ordinaire l'existence. Quelquefois, cependant, des accidents graves, d'apparence tout au moins, éclatent chez un malade : on dirait d'un étranglement herniaire. On opère : c'est un simple kyste du cordon ignoré du malade et en état d'infection. S. Duplay, dans son remarquable mémoire sur les collections séreuses de l'aîne, a insisté sur la forme clinique spéciale que revêt l'inflammation des tumeurs de la région inguinale.

L'hydrocèle enkystée du cordon est une tumeur presque toujours dure, même quand ses parois n'ont pas subi d'altérations, rénitente, élastique, presque jamais fluctuante. Elle est transparente si ses parois sont minces et si le liquide est limpide, opaque dans le cas contraire ; mais, la plupart du temps, la recherche de cette transpa-

(1) A. BROCA, Restes du conduit vagino-péritonéal parallèles à des sacs herniaires (Bull. de la Soc. anat. de Paris, 5<sup>e</sup> série, t. VI, févr. 1892, fasc. 5, p. 145).

rence est difficile, d'abord parce que la tumeur est petite et qu'il est toujours difficile de bien l'isoler des plans sous-jacents, ensuite parce qu'elle s'enfonce quelquefois dans le canal inguinal.

La tumeur est lisse, arrondie, sans inégalités ni bosselures ; elle est indolente, mais la pression forte y provoque quelquefois des douleurs qui irradient dans le testicule ; elle est absolument indépendante de ce testicule et de l'épididyme ; on ne l'isole que partiellement des éléments du cordon.

Le kyste qui occupe la région scrotale du cordon spermatique a toutes les apparences d'un testicule surnuméraire.

Le kyste qui siège dans le canal inguinal forme une tumeur ronde, mobile, qui se déplace facilement et paraît quelquefois se réduire spontanément par le décubitus dorsal, ou par le refoulement provoqué ; souvent il pointe vers l'orifice extérieur du canal inguinal qu'il élargit. La toux et les efforts lui impriment quelquefois un mouvement d'expulsion qu'il ne faut pas confondre avec celui de la hernie.

Le kyste qui est situé mi-partie dans le canal, mi-partie au dehors, est ordinairement allongé, bilobé ; il s'étrangle sur l'arête des piliers, ce qui lui donne la forme d'une gourde à grosse extrémité inférieure ; il est mobile, réductible en apparence ; il rentre quelquefois tout entier quand le malade est couché et sort de même si celui-ci est debout ou s'il tousse.

L'hydrocèle enkystée du cordon spermatique est une tumeur bénigne ; il n'est pas rare de voir des malades porter fièrement un petit kyste funiculaire qui leur donne l'illusion d'un troisième testicule. L'évolution de ce kyste ne compromet en rien leur vie, ni leur santé ; cependant, il peut devenir le siège ou l'origine de quelques accidents : 1° s'enflammer et donner le change pour un étranglement herniaire ; 2° s'épaissir, se transformer, devenir hémorragique et douloureux ; 3° augmenter considérablement de volume ; 4° engendrer, par irritation de voisinage, quand il est situé dans la région funiculaire inférieure, une vaginalite séreuse (n'est-ce pas plutôt une intéressante coïncidence?).

Le diagnostic de l'hydrocèle enkystée du cordon spermatique est ordinairement facile ; il prête cependant à quelques erreurs et ces erreurs dépendent de la topographie du kyste : est-il scrotal ? confusion possible avec un kyste de l'épididyme ; est-il funiculaire ? confusion possible avec un testicule ectopique, un kyste hydatique et un kyste spermatique du cordon ; est-il inguino-pariétal ? confusion possible avec une pointe de hernie, une hydrocèle sacculaire ou pseudo-sacculaire, un hygroma préherniaire. On voit que je ne parle pas des tumeurs solides du cordon spermatique ; en dehors des lipomes que je décrirai plus loin, ces tumeurs sont, en effet, exceptionnelles.

Je reprends en quelques lignes ces différentes données du diagnostic différentiel.

Le kyste de l'épididyme n'est pas indépendant de l'appareil épидидymo-testiculaire, cela suffit.

Le testicule ectopique ne trompe que celui qui veut se laisser tromper et néglige d'examiner le scrotum; la pression y provoque une sensation pénible caractéristique.

Le kyste hydatique est rare; rien autre chose que la crépitation qu'il donne sous le doigt et qui ressemble à la crépitation des tumeurs à grains riziformes, ne permet d'en faire le diagnostic; au reste, peut-être se développe-t-il quelquefois dans des segments non oblitérés du canal vagino-péritonéal.

Le kyste spermatique du cordon (je dis bien du cordon) est très rare. Liégeard en a publié une observation très nette; Ch. Monod et Terrillon de même; et encore Hochenegg (1), et aussi Vautrin (2). Ces kystes spermatiques, dont on est longtemps resté sans s'expliquer l'origine, se développent dans un de ces canaux borgnes (vasa aberrantia) qui, vestiges des canalicules de Wolff, s'embranchent sur le canal déférent. Il est même possible que la rupture d'un de ces canalicules dans une hydrocèle enkystée produise le kyste spermatique du cordon. Quoi qu'il en soit, voici les éléments du diagnostic: la transparence est diminuée; quelquefois elle n'existe pas; le liquide retiré par la ponction est blanc, lactescent; il contient des spermatozoïdes.

La mobilité de l'hydrocèle enkystée du cordon, qu'on peut refouler dans la profondeur du canal inguinal, sa réapparition spontanée dans un effort ou par la station verticale, sa réductibilité apparente et l'influence trompeuse qu'elle subit du phénomène effort, peuvent donner le change et la faire prendre pour une hernie inguinale, pour une pointe de hernie, en particulier chez l'enfant toujours un peu indocile. Mais la hernie est molle, dépressible, sonore, pédiculée; elle gargouille. Dans une observation publiée par Paul Delbet (3), on pouvait contourner le kyste par sa partie supérieure, l'abaisser et constater ainsi, entre elle et la partie profonde du trajet inguinal, un espace libre où rien, pendant la toux, ne donnait l'impulsion; c'est un bon moyen de contrôle. Le diagnostic ne résiste pas à un examen sérieux qui s'attache à étudier la consistance, la rénitence, la surface lisse et la forme régulière du kyste, la réductibilité, la reproduction et l'impulsion tout à fait caractéristiques de la hernie. La coexistence des deux affections complique le problème dont la solution est cependant facilitée par ce fait que, l'intestin empêchant le kyste de fuir sous la pression, celui-ci est facile à explorer.

Je laisse de côté l'hygroma préherniaire qui est, je crois, une

(1) HOCHENEGG, Ueber cysten am Hoden und drebenhoden (*Wiener med. Jahrb.*, 1883, Heft 1, p. 149).

(2) VAUTRIN, Pathogénie des kystes spermatiques (*Revue de chir.*, 1889, p. 1).

(3) PAUL DELBET, Kyste inguino-interstitiel développé aux dépens du conduit péritonéo-vaginal (*Bull. de la Soc. anat.*, févr. 1898, 73<sup>e</sup> année, 5<sup>e</sup> série, t. XII, fasc. 5, p. 458).

rareté pathologique — au moins pour la hernie inguinale — et dont un certain nombre d'observations ressortissent peut-être aux hydrocèles enkystées que j'étudie ici.

Pour ce qui concerne les hydrocèles sacculaires et les hydrocèles pseudo-sacculaires avec orifice de communication très étroit et, par conséquent, irréductibles, j'en ai parlé plus haut, au chapitre de l'hydrocèle congénitale: elles sont rares. Duplay dit avec juste raison que leur diagnostic est des plus difficiles. C'est sous l'inspiration des examens anatomiques de Broca que Cachan (1) a écrit: « Il est probable que ces kystes sacculaires ou pseudo-sacculaires sont le plus souvent en réalité des kystes du cordon »; en effet, on n'y retrouve pas les stigmates ordinaires du collet herniaire et ils sont régulièrement séparés de l'intestin par un cloisonnement transversal en tout semblable aux diaphragmes et valvules du canal vagino-péritonéal.

Voici le traitement: chez le jeune enfant, s'abstenir et attendre. Chez le grand enfant, l'adolescent et l'adulte, les indications sont les mêmes. Les voici:

S'il n'y a pas de hernie concomitante et si le kyste est bien en dehors du canal inguinal, retirer avec une seringue de Pravaz bien étanche (il y en a!) et pourvue d'une aiguille un peu forte, 3 ou 4 centimètres cubes de liquide. Remplacer ce liquide par une égale quantité de teinture d'iode. Après une dizaine de minutes, retirer tout le liquide et laver la poche à l'eau stérilisée, de la même manière. Cette petite opération est très simple quand on se sert d'une seringue de 4 ou 5 centimètres cubes.

Si le kyste est situé dans le canal inguinal, s'il y a une hernie, si seulement on soupçonne celle-ci, si les parois de la poche sont épaisses, s'il y a un phénomène inflammatoire quelconque, à plus forte raison s'il y a des accidents de pseudo-étranglement, si la tumeur est volumineuse, dans tous ces cas: extirpation complète; cure radicale de la hernie, s'il y a lieu. La coexistence d'une hernie surmontant le kyste est si fréquente que je serais assez tenté d'ériger la cure radicale en méthode générale de traitement des hydrocèles enkystées.

## II. — PACHYVAGINALITE. (Hématocèle.)

La pachyvaginalite est le dernier terme de l'inflammation chronique de la vaginale; je me suis déjà expliqué des différentes variétés de cette inflammation et de leur genèse. La pathogénie de la pachyvaginalite ne diffère en rien de la pathogénie de la vaginalite plastique; seulement, de même que la vaginalite plastique, laquelle n'est que le premier degré de la pachyvaginalite, se présente le plus souvent, quand elle n'affecte pas la forme adhésive, avec un épan-

(1) HENRI CACHAN, *loc. cit.*, p. 38.