

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. Quoiqu'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.

chement séreux (vaginalite séreuse), de même la pachyvaginalite s'accompagne ordinairement d'un épanchement sanguin (vaginalite hémorragique). C'est pour cela qu'on la désigne encore sous le nom d'hématocèle, ce qui est une mauvaise manière de parler, car il y a des pachyvaginalites dont la cavité est remplie de liquide séreux.

Bref, on y rencontre assez régulièrement du sang, et c'est le mécanisme de cet épanchement sanguin qu'il importe maintenant d'étudier.

Pendant longtemps les chirurgiens se laissèrent aveugler par le symptôme; l'épanchement de sang dominait la scène; on en recherchait la cause, avec A. Cooper, dans l'altération de la constitution, avec Ph. Boyer dans la dyscrasie sanguine, avec P. Pott dans la ponction des bourses, ou bien, avec d'autres, dans les efforts musculaires et dans des modifications de la pression sanguine consécutives à des maladies du foie, du rein, du poumon. Et c'était tout.

Mais il fallut expliquer les lésions de la vaginale, la formation de ce sac fibreux que beaucoup avaient méconnu, mais que déjà A. Cooper, Boyer, P. Pott avaient observé: ce fut l'œuvre de Velpeau. Celui-ci considéra l'épaississement de la vaginale comme la conséquence des dépôts successifs, en couches stratifiées, de la fibrine du sang répandue dans la cavité; à cela s'ajoutait l'exsudation de lymphe plastique: c'était, au résumé, comme une sorte d'organisation du caillot. Ern. Cloquet accepta et défendit les idées de Velpeau; à ce qu'avait dit celui-ci, il ajouta le rôle joué par la réaction inflammatoire de la séreuse irritée par le sang.

Cependant que tous les autres méconnaissaient encore, dans l'hématocèle, le phénomène vaginalite, quelques auteurs en interprétaient plus raisonnablement les lésions. Dupuytren, sans en étudier la pathogénie, considérait l'hématocèle comme une hydrocèle à évolution avancée, et Ph. Blandin, parlant des hydrocèles à parois opaques et cartilagineuses, attribuait la formation de celles-ci à la superposition de couches pseudo-membraneuses. Mais c'est à Calmeil (1) et à Cruveilhier (2) que revient l'honneur d'avoir démontré que les hémorragies qui se font dans les cavités séreuses ne sont point des hémorragies primitives, mais bien des hémorragies secondaires, qu'elles ne provoquent nullement la transformation anatomique de ces séreuses, mais bien au contraire qu'elles sont provoquées par elles, que la sérite est tout et que l'épanchement n'est rien.

Gosselin (3) s'appropriâ les idées de Calmeil et de Cruveilhier, sans leur en enlever l'honneur, et les appliqua à l'interprétation des lésions de l'hématocèle.

(1) CALMEIL, art. ENCÉPHALE du *Dict.* en 30 vol. Paris, 1835, t. IX, p. 444. *Traité des maladies inflammatoires du cerveau.* Paris, 1859.

(2) CRUVEILHIER, *Atlas d'anat. path.*, du corps humain. Paris, 1836, in-folio.

(3) L. GOSSELIN, *Recherches sur l'épaississement pseudo-membraneux de la tunique vaginale dans l'hydrocèle et l'hématocèle et sur son traitement* (*Arch. gén. de méd.*, sept. 1851, 4<sup>e</sup> série, t. XXVII, p. 5).

Jamain (1), dans sa thèse d'agrégation de 1853, reprit la thèse de Gosselin et, depuis cette époque, celle-ci fait loi; on l'a successivement appliquée à l'inflammation et aux hémorragies de toutes les séreuses.

Quelques années plus tard, Trousseau (2) démontra que toute hémorragie qui se produit dans une séreuse saine s'y résorbe rapidement et n'y provoque la formation d'aucune adhérence. Puis, plus tard, vinrent les expériences de Vulpian, de Laborde, d'Arloing, de Tripier, de Livon (de Marseille), de Toussaint (de Toulouse), qu'on trouvera les unes et les autres rapportées dans la thèse d'agrégation de Poncet, puis enfin les recherches de Terrillon et Schwartz (3). Le résultat en fut toujours le même: injecté dans une cavité séreuse, le sang se résorbe toujours rapidement; il n'y détermine ni suppuration, ni inflammation, ni adhérence.

Ainsi s'écroula d'une manière définitive la théorie qui faisait des lésions de la vaginale le résultat de l'organisation des caillots d'un épanchement sanguin et de la réaction inflammatoire provoquée par le sang sur la séreuse; ainsi s'établit la donnée de la pachyvaginalite chronique et de la formation de l'hématome par rupture, sous l'influence de causes diverses, des vaisseaux des néomembranes.

Inflammation de la séreuse et production de néomembranes; pénétration de ces néomembranes par des capillaires jeunes à parois minces; rupture de ces capillaires et formation hémorragique: telles sont les trois phases par lesquelles passe, dans sa lente évolution, la pachyvaginalite. Elle peut, d'ailleurs, ne pas atteindre le terme de ce processus et ne pas dépasser les lésions de sa seconde période: c'est pourquoi l'on ne doit considérer l'hématocèle que comme un accident, — très fréquent, il est vrai, — comme un « épisode » de la pachyvaginalite.

**Étiologie. — Pathogénie.** — Il y a donc dans la pachyvaginalite deux lésions fondamentales, l'une nécessaire, l'autre fortuite: 1<sup>o</sup> les altérations de la vaginale; 2<sup>o</sup> l'hématome.

Quelles sont les causes des altérations de la vaginale et leur genèse? Je n'ai point à le dire ici, ayant étudié dans un long chapitre la pathogénie générale des infections de la séreuse péritesticulaire. Reste seulement à montrer sous quelles influences se produit l'hémorragie. Trois causes sont à invoquer: le traumatisme, l'effort, les pyrexies graves.

Le *traumatisme* est quelquefois direct, brusque; il s'agit de coups,

(1) A. JAMAIN, De l'hématocèle du scrotum. Paris, 1853, thèse d'agrégation.

(2) A. TROUSSEAU, *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu.* Paris, 1868, t. III, ch. xciii, 3<sup>e</sup> éd., p. 604.

(3) O. TERRILLON et E. SCHWARTZ, Contribution expérimentale à l'étude de la pathogénie de la vaginalite (*Gaz. méd. de Paris*, 1879, p. 420).

de pressions, de chutes sur le scrotum. D'autres fois, le traumatisme est indirect et s'exerce d'une façon lente ; il s'agit alors de vêtements trop étroits, de contusion continue exercée par le pommeau de la selle chez le cavalier ou chez le cycliste. Quelquefois, c'est le trocart du chirurgien qui, dans une ponction d'hydrocèle, ouvre quelques jeunes vaisseaux d'une vaginale déjà malade.

L'effort abdominal violent, ainsi qu'a essayé de l'établir Velpeau (1), paraît capable de jouer, en certains cas, d'ailleurs très rares, un rôle important. Sous l'augmentation de la pression veineuse, des capillaires jeunes claquent sur la vaginale pariétale ou sur la vaginale viscérale et un hématome en remplit la cavité.

Les pyrexies graves n'exercent ici leur action qu'à titre exceptionnel. Cauchois (2) a vu, au cours d'une variole, une vaginalite chronique prendre un développement considérable ; Monod et Terrillon ont, pour ainsi dire, saisi sur le fait la transformation, pendant une fièvre typhoïde, d'une vaginalite séreuse en hématocèle, et Mauclair (3), s'appuyant sur quelques observations, dont un certain nombre sont des documents déjà vieux et non à l'abri de tout reproche, a essayé d'établir dans une revue récente le rôle que peuvent jouer, dans la genèse des hématocèles comme dans celle de toute hémorragie, les grands processus pyrétiques (fièvre typhoïde, fièvres éruptives, staphylococcie) et certaines maladies chroniques graves (purpura).

Ainsi donc, plusieurs causes sont capables, le traumatisme avant toute autre, de produire l'hémorragie dans une cavité vaginale malade. Mais je tiens à ce qu'il n'y ait sur ce point aucune confusion et j'ajoute :

Il est possible qu'un traumatisme violent et même une pyrexie grave détermine la formation d'un épanchement de sang dans une cavité vaginale saine ; mais jamais — à moins qu'il ne subisse quelque infection contemporaine et contingente, à lui transmise par le canal de l'urètre, le canal déférent et l'épididyme — jamais cet épanchement ne se transforme en ce qu'on est convenu d'appeler une hématocèle. Il forme un simple hématome et, sans déterminer aucune réaction de la séreuse, entre en résolution. Sur ce point, il m'a semblé que l'excellent article de Reclus manquait de précision, puisqu'au milieu d'une description qui semble faite pour démontrer que dans la pachyvaginalite « l'hémorragie n'est qu'un épisode et que l'épaississement vaginal est le point capital » (p. 1053), on lit cependant la phrase suivante, qui est en désaccord complet avec ce qui précède : « L'épanchement traumatique, selon les idées de Velpeau, peut avoir pour conséquence une vaginalite, non pas, comme il le pensait, par une organisation du sang, mais par irritation de la séreuse » (p. 1058).

(1) VELPEAU, art. HYDROCÈLE du *Dict.* en 30 vol., t. XV, p. 448. Paris, 1837.

(2) C. CAUCHOIS, *Bull. de la Soc. anat.*, 1872, 3<sup>e</sup> série, t. VII, p. 240.

(3) MAUCLAIRE, *Trib. méd.*, 17 avril 1895, p. 315.

Je résume : la pachyvaginalite est caractérisée par un épaississement plus ou moins considérable de la vaginale, avec formation d'un épanchement liquide (hydrocèle à parois épaisses) ou d'un épanchement sanguin (hématocèle). L'épanchement sanguin est toujours consécutif à la vaginalite, et jamais la vaginalite n'est consécutive à l'épanchement. Quand un hématome se produit dans une vaginale saine, il est sitôt résorbé et son histoire éphémère n'a rien à voir avec celle des hématocèles et des pachyvaginalites. Je me suis d'ailleurs longuement expliqué de cette question, en écrivant l'histoire anatomique des plaies des bourses. Le lecteur voudra bien se reporter à ce dernier article (p. 796).

Tout ce que je viens de dire de la genèse de l'hémorragie pendant l'évolution de la vaginalite plastique explique les quelques lignes suivantes, où se résume l'étiologie banale de l'hématocèle.

C'est une maladie de l'âge avancé de la vie, mais aucun âge n'en est exempt. Elle frappe de préférence les sujets âgés, d'abord parce que chez eux se sont accumulées les causes d'infection vaginale, ensuite parce qu'elle est le dernier terme d'une maladie qui évolue lentement et met souvent plusieurs années à constituer des lésions d'épaississement scléreux.

On la rencontre en tous pays, dans les conditions les plus variables. Elle atteint les diverses classes de la société, mais elle est surtout fréquente chez les travailleurs qui s'exposent aux contusions répétées du scrotum.

**Anatomie pathologique.** — J'examinerai successivement les lésions du scrotum, celles des enveloppes du testicule, celles de la vaginale, enfin celles du testicule et de l'épididyme ; puis le liquide et les viscères.

1. **Scrotum.** — La peau des bourses est violacée, quelquefois ecchymotique. Elle est dépliée par la tumeur et plus ou moins tendue et polie. Au niveau des plis de jonction avec la cuisse, l'abdomen, le périnée, il n'est pas rare de trouver, surtout chez les sujets adipeux, des croûtes d'eczéma chronique.

2. **Enveloppes.** — Les enveloppes du testicule — dartos, celluleuse, musculuse, fibreuse — forment dans leur ensemble une masse œdémateuse, épaisse, dure, qui donne aux bourses un aspect éléphantiasique. Des plaques ecchymotiques transparaissent par endroits, traduisant les troubles de la vascularisation capillaire et veineuse. Quelquefois les enveloppes sont saines, surtout quand la tumeur est récente ; chez certains malades, elles sont amincies, usées par la pression. Les fibres du crémaster ont pris ordinairement un développement considérable, comme l'ont depuis longtemps signalé Cloquet, Gosselin ; d'autres auteurs, Lannelongue, Duplay, signalent au contraire l'appauvrissement de ce muscle. Ce fait n'a pas une très grande

importance. Ce qui est plus caractéristique, c'est que, surtout dans les cas anciens, le tissu des enveloppes, de celles, au moins, qui doublent la vaginale, est transformé en couches denses, lardacées, de tissu conjonctif, tout à fait comparables, comme l'a dit Curling (1), celles que l'on voit souvent autour des vieux sacs herniaires. Sur la face extérieure de la vaginale, en effet, se produit une prolifération plus ou moins intense de tissu conjonctif « qui se montre dans les couches extérieures, tandis qu'on constate sur la paroi intérieure le tissu embryonnaire de la néomembrane » ; le tissu sous-séreux, d'ailleurs, participe à ce travail de végétation extracavitaire (vaginalite proliférante).

3. **Vaginale.** — Mais les lésions importantes sont celles de la vaginale : il faut les suivre dans le détail.

a. **Caractères macroscopiques.** — A l'état normal, la vaginale est une membrane blanche, légèrement rosée, d'aspect brillant comme toutes les séreuses, et qui est ferme et résistante sans avoir cependant une épaisseur bien considérable. Dans la pachyvaginalite, elle a perdu ces qualités.

Extérieurement son aspect est normal, sauf dans les cas où le tissu sous-séreux a pris sa part à la prolifération conjonctive ; mais quand on l'ouvre, on voit que son aspect intérieur est modifié : elle est revêtue d'une fausse membrane qui lui donne une coloration brun rouge, un aspect tomenteux, rugueux, hérissé, chagriné, avec des végétations et des tractus allant d'une paroi à l'autre, ou délimitant dans la paroi même des logettes et des alvéoles. Cet aspect varie avec l'ancienneté des lésions. Le fait dominant, c'est l'épaississement de la séreuse ; elle peut atteindre jusqu'à 30, 40, 50 millimètres d'épaisseur. Gosselin a classé les pachyvaginalites d'après l'épaisseur de la coque séro-pseudo-membraneuse : au premier degré, celle-ci n'atteint pas un demi-centimètre, l'aspect de la poche est simplement chagriné, elle est encore souple ; au deuxième degré, la coque a un demi-centimètre, elle est imprégnée de sels calcaires, elle a perdu son élasticité et ne s'affaisse que difficilement ; la cavité est anfractueuse ; au troisième degré, enfin, la coque a plus d'un centimètre et demi d'épaisseur ; dense et inflexible, elle devient de plus en plus dure, pierreuse ; des noyaux cartilagineux, qui subissent par places la transformation calcaire et qui lui donnent la consistance du gros cuir neuf, envahissent son parenchyme et lui donnent la rigidité d'une paroi osseuse.

Les deux feuillets de la vaginale prennent une part inégale à cet épaississement. Le feuillet pariétal est toujours le plus atteint, ainsi que la portion du feuillet viscéral qui est en rapport avec l'épididyme ; c'est dans les confins des régions où la vaginale se réfléchit sur le

(1) B. CURLING, Traité pratique des maladies du testicule, du cordon spermatique et du scrotum, trad. de GOSSELIN. Paris, 1857, p. 100.

bord postérieur de l'épididyme et sur le ligament gubernaculaire que les lésions sont le plus marquées.

Cela tient, précisément, à la participation au processus du tissu sous-séreux et des assises marsupiales placées en dehors de la vaginale. Sur le testicule, la séreuse seule fait les frais de la prolifération conjonctive et de la formation des néomembranes ; sur le bord postérieur de l'épididyme, au niveau de l'épanouissement du pédicule vasculaire de la glande, le tissu cellulaire intervient et joue un rôle prépondérant dans la transformation fibreuse de la région. De même la contribution de la tunique fibreuse, de la celluleuse et du crémaster explique l'épaississement particulier du feuillet pariétal. Même, d'après Lannelongue (1), les fausses membranes font défaut deux fois sur cinq sur le feuillet viscéral ; elles y sont, quand elles existent, beaucoup plus adhérentes.

Quand on fait une coupe de la coque, on remarque qu'elle est formée de couches superposées d'épaisseur différente, assez régulièrement disposées à la manière des assises des terrains de sédiment, tout à fait analogues aux strates de la pachyméningite. Ce sont des dépôts fibrineux qui, à la longue, se sont transformés en tissu fibreux ou fibro-cartilagineux, avec dépôt de sels calcaires et quelquefois formation de plaques osseuses.

Il y a des cas cependant où la formation stratifiée n'apparaît pas et où l'on ne distingue qu'un bloc massif sans aucun clivage.

A noter, comme fait important, la présence de vaisseaux ectasiés dans l'épaisseur de la coque et souvent à sa surface même, plongeant alors, pour ainsi dire, dans la cavité vaginale.

Les lacis sanguins sont quelquefois si considérables qu'ils créent un véritable état variqueux de la poche dont ils tapissent les parois. Les auteurs anciens avaient bien observé et décrit ce fait. « Lorsque la vaginale, dit Pott, a été longtemps distendue, elle devient par là épaisse et dure et ses vaisseaux — surtout ceux de sa surface interne — deviennent quelquefois si gros qu'ils sont très sensibles et deviennent la cause de l'hématocèle. » Quand la coque est nettement stratifiée, on peut voir des capillaires quelquefois volumineux s'insinuer entre les diverses couches. Les parois de ces capillaires sont remarquablement minces, comme les parois de tous les vaisseaux néoformés ; aussi peut-on souvent constater qu'en divers points ils se rompent, formant çà et là des foyers d'hémorragie interstitielle, de véritables « noyaux apoplectiques », dont l'apparence varie avec l'ancienneté. Ainsi que l'ont fait remarquer Curling (2) et Gosselin, ces foyers interstitiels peuvent souvent induire le chirurgien en erreur : lorsqu'on les rencontre en pratiquant la décortication, on

(1) O. LANNELONGUE, art. HÉMATOCÈLE DU SCROTUM du *Dict. de méd. et de chir. pratiques*. Paris, 1873, t. XVII, p. 276.

(2) B. CURLING, *loc. cit.*, p. 258.