

peut à tort croire à une ulcération de l'albuginée, à une caverne testiculaire et être tenté d'enlever la glande. Ces foyers interstitiels, comme l'observent Monod et Terrillon (1), peuvent contenir soit du sang pur, soit une sorte de « bouillie athéromateuse », formée « de graisse » et « de pigment ». Ils communiquent quelquefois par des fissures, soit avec la cavité de la séreuse, soit, vers l'extérieur, avec les espaces cellulaires des bourses. Ces fissures, creusées dans les néomembranes, occupent dans certains cas toute l'épaisseur de la coque. Thiébault (2), Reclus (3) ont observé des cas où, à la faveur de fentes internéomembraneuses, le sang contenu dans la cavité vaginale s'infiltrait sous la peau en larges traînées ecchymotiques.

**b. Caractères microscopiques. — Genèse.** — Qu'est donc la néomembrane et comment se constituent les épaissements de la pachyvaginalite? Il ne faut plus croire aujourd'hui, comme naguère Gosselin, que les lésions de la vaginalite proliférante consistent exclusivement dans la formation et la superposition des néomembranes, produit de l'inflammation. Trois facteurs entrent en jeu dans la formation des plaques de la vaginalite : 1° la néomembrane ; 2° la séreuse ; 3° le tissu sous-séreux.

**α. La néomembrane.** — Sous les influences diverses que j'ai énumérées et qui se résument dans l'inflammation qui résulte de l'infection, la surface de la vaginale apparaît congestionnée, hyperémiee ; elle prend une teinte rouge et, par places, perdant son poli, devient rugueuse et terne. En ces points, des fausses membranes jaunâtres, moulées, se forment bientôt, en dépôts minces, peu adhérents, de fibrine : ce sont les caillots fibrineux qui s'étendent en minces lamelles. Ils ont une disposition réticulaire, c'est-à-dire que la fibrine y forme un réseau irrégulier limitant des alvéoles où s'amassent des leucocytes abondants, quelques hématies « des cristaux d'hématidine et des granulations pigmentaires, ces cristaux et ces granulations provenant de l'altération régressive des globules rouges ». Les couches profondes de la séreuse sur lesquelles repose l'endothélium sont, ainsi que les espaces périvasculaires, farcis de globules blancs.

L'endothélium, sain par places, est déjà détruit en certains points ; des cellules mortes se sont détachées et se retrouvent, plus ou moins modifiées, emprisonnées dans les mailles du réticulum fibrineux. Là où l'endothélium est intact, le caillot n'adhère pas et est simplement plaqué sur la séreuse. Dans les points, au contraire, où l'endothélium fait défaut, les caillots adhèrent plus intimement à la couche profonde dénudée ; les fausses membranes ont ainsi des attaches irrégu-

(1) CH. MONOD et O. TERRILLON, *Traité des maladies du testicule et de ses annexes*. Paris, 1889, p. 259.

(2) THIÉBAULT, *Gaz. des hôpitaux*, 1878, p. 172.

(3) RECLUS, *loc. cit.*, p. 1053.

lières et, de cette disposition, résultent des espaces cloisonnés entre la séreuse et la fausse membrane. A une période plus avancée du processus inflammatoire, l'exsudat adhère de plus en plus à la séreuse ; il devient blanc ; sa résistance augmente ; l'ongle ne le détache plus qu'en laissant à la place qu'il occupait une tache piquetée d'un pointillé hémorragique. C'est que l'organisation du caillot a commencé, que les leucocytes se sont transformés en cellules à grands prolongements (cellules vaso-formatives) et que les prolongements de ces cellules ont pris contact avec les éléments anatomiques de la séreuse, laquelle, de son côté, organise sa défense et entre en travail de reconstitution.

**β. La séreuse.** — Les cellules de la couche sous-endothéliale prolifèrent et, profitant de la destruction endothéliale, poussent vers les fausses membranes des éléments néoformateurs, des angioplastes ou cellules vaso-formatives de Ranvier. Alors, des vaisseaux se constituent qui unissent d'une manière plus ou moins intime les deux couches ; en sorte que la fausse membrane et l'assise sous-endothéliale se pénètrent, pour ainsi dire, avec une très grande rapidité. Les recherches de Cornil et Carnot (1) sur l'organisation de la fibrine introduite expérimentalement dans les séreuses, ont démontré que cette fibrine s'organise de la même façon que la fibrine transsudée des vaisseaux dans l'inflammation. Les fragments adhèrent très vite à la séreuse et, au bout de quatre jours, il y a pénétration de la masse par les nouveaux vaisseaux. Mais cette pénétration n'est pas telle qu'on ne puisse pas détacher la néomembrane ; les traces du clivage qu'établit la couche élastique interne entre la formation nouvelle et la vaginale ne disparaissent que peu à peu, au fur et à mesure que la néomembrane vieillit. Car elle n'est, à cette époque, que du tissu conjonctif embryonnaire ; mais celui-ci évolue, prend les caractères du tissu adulte, c'est-à-dire du tissu fibreux, sclérose ses vaisseaux, s'infiltré par places de noyaux cartilagineux, se laisse pénétrer par des sels calcaires, et c'est ainsi qu'un jour vient où une fusion définitive s'opère entre la coque, parsemée de plaques calcaires, et l'ancienne vaginale. Le même processus envahit ainsi tous les dépôts fibrineux qui, par couches successives, viennent s'appliquer sur les lamelles néomembraneuses, au fur et à mesure qu'elles s'organisent. Des amas de fibrine non transformée subsistent, par endroits, entre les strates, accentuant ainsi les divers plans de clivage. A noter que, jeunes ou vieux, les vaisseaux des néomembranes sont doués d'une grande fragilité et que, dilatés en véritables petits anévrysmes, ils sont une perpétuelle menace d'hémorragie. Aussi, sans parler du sang qu'on trouve dans ce qui reste de la cavité vaginale, n'est-il

(1) CORNIL et CARNOT, Organisation de la fibrine introduite expérimentalement dans les séreuses (*Bull. de la Soc. anat.*, juin-juillet 1897, 72<sup>e</sup> année, 5<sup>e</sup> série, t. XI, fasc. 13, p. 540).



pas rare d'observer, entre les couches superposées, des kystes remplis d'un liquide qui, suivant l'ancienneté de la rupture vasculaire, est rouge, noir, brun ou jaune.

γ. **Le tissu sous-séreux.** — En même temps qu'elle s'épaissit par dedans, grâce à la superposition graduelle des nouvelles néomembranes auxquelles elle fournit les éléments de leur organisation, la vaginale s'épaissit par dehors, grâce à la participation du tissu sous-séreux au processus inflammatoire. Ce tissu réagit, s'infiltré d'éléments cellulaires jeunes, prolifère et, à la fin, subit une véritable transformation scléreuse, capable, comme la néomembrane, de se laisser pénétrer par des noyaux cartilagineux et de s'incruster de sels calcaires.

4. **Liquide.** — Le contenu de la poche est formé par de la sérosité ou du sang.

La sérosité y est fluide, limpide, jaune-citrin, comme ordinairement dans l'hydrocèle, ou bien jaune foncé, sale, se rapprochant plus ou moins de la bile diluée. Elle prend quelquefois une teinte rosée quand elle se mélange à une petite quantité de sang.

Le sang peut être clair, limpide, vermeil; plus souvent il est altéré, comparable à de la mélasse, à de la lie de vin, à du sirop de groseille; quelquefois il a l'apparence du bistre, du chocolat, du marc de café.

Rarement liquide, il est plutôt sirupeux, visqueux, poisseux, gélatineux; on peut lui voir la consistance de la colle de pâte; il forme alors un magma boueux, presque solide; enfin, il peut être condensé en caillots adhérents ou libres, les uns petits comme des grains de semoule, les autres gros comme des avelines, ou plus volumineux encore. Ces caillots sont rouges ou noirs, quelquefois jaunes ou fauves, ou bien décolorés, blancs, fibrineux comme des caillots de battage. On les trouve ordinairement pleins et réguliers; fréquemment ils ont subi la dégénérescence granulo-graisseuse et ils sont alors crénelés, creusés d'alvéoles en rayons de miel remplis de sérosité sanguinolente. D'autres fois, ainsi que l'a observé Curling (1), ils sont disposés en couches comme les caillots d'un anévrysme.

Il n'est pas rare de trouver dans une même poche du sang liquide, un magma poisseux et des caillots. Ch. Monod et O. Terrillon (2) ont trouvé dans la cavité d'une pachyvaginalite des filaments de fibrine dissociés que l'on aurait facilement pris, disent-ils, pour des tubes séminifères. Certaines pachyvaginalites à contenu citrin ou louche portent sur leurs parois une sorte de dépôt formé par la matière colorante du sang, qui s'y est déposée; c'est alors que le liquide prend une teinte bistrée, louche, jaune ou jaune verdâtre, ressemblant d'autant plus à la bile (cholécèle) que, dans les

(1) B. CURLING, *loc. cit.*, p. 237.

(2) Ch. MONOD et O. TERRILLON, *loc. cit.*, p. 266.

vieilles hématoécèles, il est assez commun de voir de nombreuses paillettes de cholestérine surnager à la surface du contenu et lui donner « un miroitement tout particulier ».

Au microscope : hématies altérées; leucocytes, cellules endothéliales déformées; granulations graisseuses et pigmentaires, filaments et granulations de fibrine désagrégée; cristaux d'hématoïdine, cristaux de cholestérine.

A l'analyse chimique : sucre, chlorure de sodium, urée, leucine, cystine, paralbumine.

Ch. Monod et Terrillon rapportent des observations de Bouilly et de Allin, où la poche hématoécélique contenait un épanchement gazeux; sans doute, c'est d'infection qu'il s'agissait.

La quantité de l'épanchement varie de quelques grammes à plusieurs kilogrammes, mais en général elle ne dépasse pas 500 à 600 grammes. Elle peut être augmentée du fait de la présence d'une seconde poche en communication avec la vaginale et située, soit sur le trajet du cordon, soit dans l'abdomen. Il y a des pachyvaginalites en bissac ainsi constituées. Jules Rochard (1) en a publié des exemples.

5. **Viscères.** — Deux questions à résoudre pour ce qui concerne l'état de l'appareil épидидymo-testiculaire : 1° quelles sont leurs lésions; 2° quelle place occupent-ils au milieu de l'épaississement néomembraneux?

α. **Lésions.** — Les anciens auteurs avaient déjà remarqué que, dans les vieux épanchements de la vaginale, le testicule a une « tendance à se corrompre » : P. Pott le proclame d'après Schenkus, Fallope, Heister, Fabrice de Hilden, et Bertrandi écrit (2) : « Quelquefois, le testicule est sain au commencement de la maladie, mais étant continuellement en macération dans le liquide épanché dans la vaginale, il se corrompt. » Le fait de la « dissolution testiculaire » n'est pas douteux; il a été observé à des degrés divers par Brodie, Curling, Gosselin, Dolbeau, Godard, Velpeau et un grand nombre d'opérateurs : souventes fois on a trouvé la glande engainée dans le tissu fibreux et comme perdue au milieu de celui-ci, aplatie, réduite au volume d'une amande et même atrophiée au point qu'on n'en ait pu que difficilement retrouver les traces. Il ya, la plupart du temps, diminution du nombre ou absence des spermatozoïdes dans les voies séminales.

Ces lésions ont été interprétées de trois manières : 1° par la vascularisation anormale des enveloppes qui diminuerait l'activité de la circulation sanguine du côté du testicule (Follin et Duplay) (3); 2° par la compression exercée sur le testicule par les néomembranes (Gosselin); 3° par l'évolution d'une orchite scléreuse, atrophiante,

(1) Jules ROCHARD, Notes sur les hématoécèles de la vaginale qui remontent dans l'abdomen à travers le canal inguinal (*Union méd.*, 1860, t. VII, 2<sup>e</sup> série, p. 359).

(2) BERTRANDI, *loc. cit.*, p. 100.

(3) E. FOLLIN et DUPLAY, *Traité élém. de path. externe*, t. VII, fasc. 2, p. 267.



née sous l'albuginée et marchant de la périphérie vers le centre de l'organe (Pilliet).

Je passe sur la première raison ; elle est d'ordre purement théorique et, d'ailleurs, un peu enfantine.

Gosselin avait constaté la pâleur, l'état flasque du testicule. Cette anémie — c'est ainsi qu'il parlait — était pour lui le fait de la seule compression ; le parenchyme glandulaire était intact et, par conséquent, rien n'était irrémédiable dans des lésions qui ressortissaient à de simples troubles dynamiques. De cette idée théorique était née la pratique de la décortication. Je ne sais pas jusqu'à quel point cette idée peut être défendue. Il est certain, ainsi que je l'ai dit en traitant de l'hydrocèle, que certains malades atteints de vaginalite chronique ne sont frappés que d'une stérilité temporaire et que celle-ci disparaît après l'opération ; mais il paraît plus naturel de faire de cette azoospermie momentanée la conséquence des troubles apportés à l'excrétion du sperme par les lésions épидидymaires que de l'imputer à la compression subie par l'organe sécréteur. Je crois que quand le testicule est en jeu lui-même dans ces modifications apportées aux fonctions génitales par les vaginalites chroniques, il y est d'une manière définitive, non pour la raison d'une compression éphémère, mais bien pour celle d'une altération graduelle et inéluctable de son parenchyme.

Deux faits rapportés par Kocher et à tort considérés par lui comme exceptionnels, plusieurs examens pratiqués par Pilliet (1) et trois observations de F. Regnault (2) prouvent, en effet, que toutes les vaginalites plastiques, à un degré variable et avec une rapidité différente, suscitent, au sein du parenchyme glandulaire, un travail de sclérose péri-tubulaire à évolution probablement lente : les altérations débutent à la périphérie et gagnent le centre, formant des travées fibreuses et comprimant les canaux séminifères qui s'aplatissent et dont l'épithélium dégénère. Ainsi, du reste, se passent les choses, comme cela ressort de la thèse de Poulin (3), dans toutes les inflammations périspéciales. Mais, pour ce qui concerne le testicule, il semble que les lésions scléreuses d'origine vaginale restent pendant longtemps, suivant l'expression de F. Regnault, partielles et périphériques.

De nombreuses observations signalent les lésions concomitantes de l'épididyme et du cordon. Damalix et Caillette (4) ont publié un cas intéressant, où l'épididyme et le canal déférent étaient sclérosés et atrophiés.

(1) A. PILLIET, Note sur l'état du testicule dans l'hydrocèle vaginale (*C. R. de la Soc. de biologie*, 1887, 2<sup>e</sup> série, t. IV, p. 324).

(2) F. REGNAULT, *loc. cit.*, p. 821.

(3) POULIN, Étude sur les atrophies viscérales consécutives aux inflammations chroniques des séreuses, Paris, 1881.

(4) DAMALIX et CAILLETTE, *Bull. de la Soc. anat.*, avril 1888, t. II, ch. XLIII, 5<sup>e</sup> série, p. 408.

*b. Topographie.* — Quelquefois on trouve les éléments du cordon englobés par la néoformation conjonctive ou bien, au contraire, dissociés par elle. L'épididyme, lui aussi, est pris dans la gangue fibreuse, ou bien, ainsi que je l'ai décrit pour l'hydrocèle, écarté, séparé du testicule et ne tenant plus à ce dernier que par les canaux de sa tête et les adhérences de sa queue.

Suivant l'épaisseur des néomembranes, le testicule fait une saillie plus ou moins marquée dans l'intérieur de la poche, ou bien, au contraire, disparaît enfoui sous la formation conjonctive. Je me suis longuement étendu, en étudiant les hydrocèles, sur la situation que le testicule, retenu en bas par le ligament gubernaculaire et voyant se développer en avant de lui la cavité séreuse, occupe ordinairement dans les épanchements de la vaginale ; j'ai montré également à la suite de quelles dispositions anatomiques bien plus fréquentes qu'on ne croit, la glande, abandonnant sa position normale (en arrière, en dedans et en bas), modifiait sa topographie et trompait le diagnostic ; je n'y reviens pas. Ici, du reste, les choses n'ont pas l'importance qu'elles ont pour l'hydrocèle, puisque, la plupart du temps et quelle que soit son orientation, le testicule est perdu au milieu de la prolifération conjonctive.

*Symptômes.* — La pachyvaginalite se présente sous l'aspect d'une tumeur ordinairement unilatérale ; cependant, elle peut être bilatérale et M. Reclus, dans sa statistique, en a noté 22 cas sur 117.

Son volume varie de celui d'un œuf de poule à celui d'une tête d'enfant à terme, ou même d'une tête d'adulte ; elle est très exceptionnellement plus grosse. Dans la moyenne des cas, elle atteint le volume du poing. Elle apparaît lisse, sans bosselures, sans inégalités.

De forme plutôt ovalaire qu'arrondie, elle possède deux pôles ; son pôle inférieur est plus volumineux que son pôle supérieur, lequel remonte souvent très haut sur le cordon. Dans ce dernier cas, la tumeur présente un étranglement qui lui donne l'aspect d'une gourde de pèlerin. Comme je l'ai dit, il arrive qu'on trouve en bas une poche scrotale et, plus haut, une poche inguinale ou même abdomino-inguinale plus petite (hydrocèle congénitale épaissie).

Le grand axe de la tumeur est ordinairement oblique de haut en bas, d'arrière en avant et du côté malade vers le côté sain. Ce fait a quelque importance au point de vue du diagnostic : les tumeurs testiculaires semblent, au contraire, fuir en arrière par leur pôle inférieur.

Quand on considère la tumeur, on remarque que la peau de la bourse atteinte est dépliée, luisante, congestionnée, sillonnée de veinules distendues, avec, quelquefois, de petits îlots hémorragiques.

Au toucher, la tumeur est lisse, tendue, sans adhérence à la



peau ; en tous cas, elle paraît dense, pesante. Sa consistance est variable : quand la coque est mince, la masse est fluctuante ou, tout au moins, rénitente et élastique ; quand la coque est épaisse, la masse devient dure, parcheminée, plus ferme qu'une tumeur solide ; parfois on trouve, à côté de plaques de blindage, des points où la paroi semble amincie et permet de percevoir une fluctuation profonde.

Ce qui frappe, d'une manière générale, c'est la dureté de la tumeur ; certes, les hématoécèles ne sont pas toutes ligneuses : il y en a même qui sont élastiques ; mais, en règle, la résistance qu'elles donnent au doigt est considérable.

Le testicule et l'épididyme sont, en général, si bien inclus dans la tumeur qu'on ne peut souvent pas les atteindre. Il faut les rechercher là où ils doivent normalement se trouver, c'est-à-dire dans la région postérieure, vers le pôle inférieur de la masse. Là, il est, je le répète, souvent impossible de faire naître la sensation douloureuse particulière que produit la compression de la glande ; c'est alors, ou qu'elle est déplacée, ou qu'elle est enfermée dans une épaisse gangue fibreuse, ou, enfin, qu'elle est atrophiée et incapable de réaction.

D'une manière générale, on peut dire que la pachyvaginalite est une tumeur opaque ; son opacité lui vient de l'épaisseur des parois de la coque et de la nature du contenu. Ce signe, que j'ai vu rechercher autrefois avec un soin très minutieux, ne me préoccupe généralement pas beaucoup au point de vue du diagnostic et en voici les raisons : c'est, d'abord, qu'avec un peu d'habitude on peut presque affirmer, après l'exploration manuelle, qu'une tumeur est ou n'est pas transparente ; c'est, ensuite, que des pachyvaginalites encore jeunes peuvent, si elles contiennent de la sérosité — ce qui est l'habitude — donner de la transparence ; c'est, enfin, que les tumeurs solides et l'orchite syphilitique, les deux affections qu'en clinique on distingue le plus difficilement de la pachyvaginalite, constituent, comme cette dernière, une masse opaque.

Comme symptômes fonctionnels : gêne, pesanteur, tiraillements dans les lombes ; pas de douleurs spontanées, au moins dans la grande majorité des cas ; pas de douleur à la pression.

**Évolution.** — L'évolution clinique de la maladie est le plus souvent la suivante.

Un homme ayant, à un moment donné, souffert d'une ou de plusieurs poussées d'orchi-épididymite, voit un jour une des bourses augmenter de volume sans cause apparente. Progressivement et régulièrement, la tumeur devient lourde, gênante : à la mollesse succède la fluctuation ; à la fluctuation la rénitence ; à la rénitence l'induration ; mais cette évolution se fait sans douleur.

Cet état de choses peut persister des mois et des années sans incidents.

**a. Hémorragie.** — Cependant, tout à coup, en quelques jours et même en quelques heures, la tumeur augmente de volume, se tend, devient légèrement sensible à la pression, accentue sa rénitence, puis diminue ultérieurement, tout en restant un peu plus grosse et un peu plus dure, pour rester stationnaire quelque temps et reprendre ensuite son évolution lente et progressive.

C'est qu'une hémorragie, sous l'influence d'un heurt, d'un frottement, d'une légère contusion du scrotum, s'est produite dans l'intérieur de la cavité vaginale.

**b. Rupture.** — Dans d'autres circonstances, les accidents sont plus graves : c'est de rupture ou d'inflammation qu'il s'agit.

La rupture de la poche est rare ; Nélaton, Godard, Denucé, l'ont observée ; le sang s'infiltré dans les nappes celluluses des bourses et colore le scrotum ; c'est un véritable éclatement. S'il n'y a que fissure, les choses ne sont pas graves ; après quelques accidents douloureux, le calme s'établit ; mais si l'irruption est violente, la gangrène du scrotum peut survenir.

**c. Inflammation.** — L'inflammation est la véritable complication de la pachyvaginalite. Sous l'influence d'une pyrexie grave, d'une épидидymite d'origine urétrale, d'une ponction exploratrice, la poche s'infecte : la fièvre éclate, la peau devient chaude, rouge, tendue ; la tumeur est grosse, douloureuse ; la pression y est pénible. Quelquefois, la résolution pure et simple termine la scène ; les accidents s'atténuent, puis tout rentre dans l'ordre et il ne reste, sur les bourses, comme trace des accidents, qu'une augmentation de volume, de densité et de consistance. Si l'inflammation est plus intense, survient la suppuration : les douleurs sont très vives, le scrotum rougit, gonfle et s'œdématie ; la fièvre s'allume, accompagnée de frissons ; l'état général s'aggrave ; une bosselure se forme et crève, ou bien une escarre apparaît, tombe, et du pus mélangé de sang s'écoule abondamment, entraînant quelquefois avec lui des fragments plus ou moins étendus de la poche ; des néomembranes tout entières ont pu s'éliminer ainsi. Si l'ouverture est large et suffisante pour assurer le bon drainage, si, surtout, le mal est traité chirurgicalement, des bourgeons charnus ne tardent pas à végéter abondamment sur les parois de la poche et à la combler, mais assez souvent il reste des trajets fistuleux intarissables. Au contraire, si l'orifice est étroit, si le pus s'écoule mal, la poche, qui est rigide et résiste à l'affaissement, macère dans le pus ; des gaz clapotent avec du pus fétide dans la cavité de la pachyvaginalite (*pneumocèle*) ; la septicémie, avec ou sans pyohémie, emporte le malade.

**Pronostic.** — La pachyvaginalite est donc une maladie grave. Son moindre inconvénient est de constituer une tumeur lourde et grosse, disgracieuse et d'un maniement difficile, que le malade