

dissimule à grand-peine et qui, non contente de le gêner dans l'exercice courant de la vie, le rend mécaniquement inapte ou malhabile au coït et, si les deux côtés sont frappés, étouffe successivement sa fécondité et sa virilité. Enfin, la rupture et l'infection guettent la poche et compromettent gravement la vie. Mais l'action chirurgicale est toute-puissante contre la pachyvaginalite.

Diagnostic. — Le diagnostic de la pachyvaginalite est quelquefois difficile et les erreurs commises sur ce point sont très nombreuses.

Reclus rapporte une dizaine de cas au moins où des chirurgiens comme Dupuytren, Demarquay, Ricord, Richet, Gosselin, Trélat, se sont trompés; il cite ce cas curieux d'un homme, porteur d'une tumeur des bourses, que Vidal (de Cassis) présenta à ses collègues; Chassaignac et Maisonneuve diagnostiquèrent une pachyvaginalite, Guersant, Vidal et Giraldès un néoplasme; Denonvilliers ne se prononça pas. Reclus prit récemment une tumeur pour une hémato-cèle, et inversement. J'en ai fait autant.

Le diagnostic de la pachyvaginalite se présente dans deux conditions différentes: 1° ou bien, les néomembranes étant minces, souples, élastiques (1^{er} degré), la pachyvaginalite a l'apparence d'une tumeur liquide; 2° ou bien, les néomembranes étant épaisses, rigides et denses (2^e degré), la pachyvaginalite a l'apparence d'une tumeur solide.

1^{er} cas. — *La vaginalite a l'apparence d'une tumeur liquide.* — A supposer, d'une part, une pachyvaginalite type et, d'autre part, une tumeur liquide type de la région vagino-testiculaire, il n'y a pas d'erreur possible: tandis que la pachyvaginalite est pesante, opaque, dense et résistante, toutes les tumeurs liquides, vaginalite séreuse, kyste épидидymaire, sont souples, transparentes, molles. Mais toutes ces tumeurs liquides peuvent être atteintes d'inflammation chronique et d'épaississement des parois; elles revêtent alors les caractères de la pachyvaginalite. En ce cas, comment faire le diagnostic?

Quand les parois de la *vaginalite séreuse* s'épaississent, celle-ci devient pachyvaginalite; je n'ai donc pas à en parler.

Pour les *kystes épидидymaires*, le diagnostic s'établira: 1° d'après la position du testicule par rapport à la masse liquide; 2° d'après l'épreuve du pincement de la vaginale.

Dans les kystes épидидymaires, la tumeur se superpose au testicule et est isolée de lui, donnant ainsi au scrotum la forme d'une brioche renversée; dans la pachyvaginalite, le testicule, quoique, pour ainsi dire, englobé par la tumeur, reste superficiellement situé à sa partie postérieure, inférieure et interne. J'ai décrit (1) les trois dispositions

(1) Pierre SEBILEAU, Diagnostic et traitement de l'hydro-hématocèle vaginale (Leçons de chirurgie, p. 182; chez l'auteur, Paris, 1899).

anatomiques qui tiennent sous leur dépendance cet important élément de diagnostic. Mais cette notion si importante de la topographie du testicule, sur laquelle, en règle générale, s'édifie le diagnostic, se trouve quelquefois prise en défaut, du fait de dispositions anatomiques individuelles, donnant ainsi lieu à des erreurs d'interprétation sur lesquelles je me suis longuement étendu quand j'ai traité de l'hydro-cèle.

J'attache une grande importance au pincement de la vaginale dont Ch. Monod et O. Terrillon (1) ont les premiers, je crois, montré l'utilité, mais qu'ils n'ont pas, à mon avis, bien analysé. « A l'état normal, lorsqu'on cherche à saisir entre le pouce et l'index la partie antérieure du testicule, celui-ci fuit devant la pression, et l'on ne conserve sous le doigt que les enveloppes scrotales, parmi lesquelles le feuillet pariétal de la vaginale » qui, pris et plissé entre les doigts, donne, contrairement à ce que disent Ch. Monod et O. Terrillon, la sensation très nette d'une membrane qui se détache du testicule et se double en faisant un pli dont le relief impressionne d'une manière évidente le toucher. Si l'on continue la pression, le pli s'échappe, fuit devant l'étreinte, brusquement, dans un petit sursaut très net. Le même phénomène se produit quand on explore de la même manière une vaginale dans laquelle s'est formée une petite quantité de liquide insuffisante pour la remplir. Quand, au contraire, les deux feuillets de la séreuse péritestriculaire sont symphysés (vaginalite adhésive); quand la cavité vaginale est distendue par du liquide et que le feuillet pariétal a donné d'élasticité tout ce qu'il peut donner (vaginalite séreuse); quand la vaginale, doublée de néomembranes, est devenue rigide (vaginalite plastique), le pincement du feuillet pariétal devient tout à fait impossible; on ne peut plus détacher le testicule, ni saisir entre les doigts la membrane qui l'entoure. L'épreuve du pincement de la vaginale a donc une signification beaucoup plus compréhensive que ne l'ont dit Ch. Monod et O. Terrillon. Pour le cas particulier, on conçoit comment, positive dans le cas de kyste épидидymaire, elle permet de diagnostiquer celui-ci d'une vaginalite chronique qui la rend négative.

2^e cas. — *La pachyvaginalite a les apparences d'une tumeur solide.*

— Une double confusion est ici possible: on peut prendre, et inversement, la pachyvaginalite pour un cancer du testicule ou pour une orchite scléro-gommeuse.

Et d'abord le *cancer*. Évidemment, dans les cas types, le diagnostic se pose assez sûrement: pour la pachyvaginalite, la forme en poire, la direction du grand axe qui se porte d'arrière en avant et de haut en bas, la rénitence, l'élasticité, l'état lisse et régulier de la surface, l'uniformité de la consistance, les rapports avec le testi-

(1) Ch. MONOD et O. TERRILLON, *loc. cit.*, p. 143.

cule qui, englobé par la masse, demeure cependant fixé à sa partie postéro-inférieure; pour le cancer, la forme indifférente, la direction en bas et en arrière, la dureté, la résistance et l'absence de toute souplesse, les irrégularités de la surface, l'inégale distribution de la consistance, enfin la fusion totale du testicule et de la tumeur. Mais tous les cas ne sont pas aussi simples. Quelquefois les parois de l'hématocèle deviennent ligneuses; elles se hérissent de bosselures, d'inégalités; en quelques points la tumeur est molle et sur d'autres donne au doigt du clinicien la sensation parcheminée. D'autre part, ainsi que j'ai pu l'observer sur un malade que j'ai opéré il y a deux ans, il n'est pas impossible qu'une tumeur maligne du testicule, par son élasticité, sa rénitence, sa surface lisse, ses points fluctuants, en impose au chirurgien pour une hématocèle. Enfin, il n'est pas jusqu'à la topographie du testicule qui ne puisse induire en erreur; j'ai montré dans une leçon (1) que, sur certains sujets, la vaginale avait une telle disposition qu'en cas de pachyvaginalite le testicule, tout à fait enfoui et perdu dans la tumeur, devenait inaccessible et paraissait se confondre, faire masse commune avec elle; d'où confusion facile avec un cancer. Deux explorations trancheront souvent la difficulté dans tous ces cas embarrassants: 1° l'épreuve du pincement de la vaginale qui réussit quelquefois dans le cancer (celui-ci s'accompagnant habituellement de la sécrétion d'une petite quantité de liquide dans la vaginale et de la formation d'hydrocèles partielles) et qui ne réussit pas dans la pachyvaginalite; 2° la recherche de la lymphangite funiculaire. Les néoplasmes du testicule atteignent ordinairement assez vite l'appareil ganglionnaire. Souvent, bien avant la tuméfaction des ganglions lombaires, un examen attentif permet de découvrir, avant qu'apparaissent de véritables noyaux cancéreux, l'induration, la tuméfaction, l'épaississement des vaisseaux lymphatiques du cordon. J'ai pu récemment, grâce à ce signe, faire, avec mon collègue Thiroloix, le diagnostic d'hydrocèle symptomatique d'un cancer du testicule, sur un malade jeune, d'une santé florissante, qui était porteur d'une très grosse tumeur des bourses, qui avait tous les caractères d'une pachyvaginalite.

L'orchite scléro-gommeuse maintenant. Pour les cas ordinaires, le diagnostic est assez simple. Je n'ai jamais vu confondre, ni inversement, l'hématocèle avec la syphilis du testicule. Il y a pourtant des cas difficiles, en raison des « infinies variétés de forme, de volume et de consistance de la pachyvaginalite qui la rapprochent parfois des affections les plus dissemblables ». Scruter le passé du malade, dépister les stigmates de la syphilis, faire le pincement de la vaginale, essayer le traitement d'épreuve par les injections sous-cutanées d'un sel mercurique et les prises d'iodure de potassium. Ce traitement est

(1) PIERRE SEBILEAU, *loc. cit.*, p. 192.

quelquefois pris en défaut; Tédenat (1) a observé un cas où il échoua et où l'opération révéla l'existence d'une gomme.

Je n'ai rien dit encore du rôle que peut jouer, dans le diagnostic différentiel de la pachyvaginalite, sa ponction exploratrice. Que cette ponction relève, des tissus au sein desquels on plonge l'aiguille, du sang ou de la sérosité, c'est là un document de peu d'importance: l'un et l'autre peuvent se rencontrer dans un kyste intranéoplasique, dans la cavité de la pachyvaginalite, dans celle du kyste épидидymaire à parois hématocéliques. Aussi la ponction me paraît-elle inutile. Les auteurs la considèrent même comme dangereuse; ils disent qu'elle peut provoquer la suppuration et le sphacèle de la poche, ou bien encore l'hémorragie. La chose n'est pas douteuse pour ce qui concerne ce dernier accident. Quant à la suppuration, je crois qu'on peut la prévenir aisément en pratiquant l'opération avec les règles de l'asepsie. Les chirurgiens, il n'y a pas encore longtemps, la redoutaient au point de conseiller, « lorsqu'on croyait devoir pratiquer une ponction dans une tumeur douteuse des bourses, de se tenir prêt, si cette exploration révélait l'existence d'une hématocèle, à ouvrir largement la collection. Je ne crois pas que la ponction ait un pareil degré de gravité; je la déconseille cependant. Une bonne incision est infiniment préférable comme moyen d'exploration: c'est le premier temps d'une opération qu'on continue ou non et qu'on finit d'une manière ou d'une autre, suivant les renseignements qu'elle fournit.

Traitement. — Dans la discussion du traitement de la vaginalite chronique séreuse, j'ai défendu la ponction avec injection iodée, opération simple, bénigne et efficace, à laquelle on a tort de vouloir aujourd'hui substituer l'exérèse de la vaginale. Ici, les conditions sont tout autres; c'est de vaginalite proliférante qu'il s'agit. Je proscriis l'injection. Je passe également sous silence les méthodes surannées de l'incision large suivie de bourrage de la cavité et de drainage. Ces procédés, qui ne guérissent qu'en provoquant, après suppuration, une réunion par seconde intention, ne sont plus de mode aujourd'hui. Il faut pratiquer la cure radicale; faire la cure radicale, c'est enlever la vaginale malade. On l'enlève avec le testicule quand les lésions l'exigent, sans le testicule quand elles le permettent: de là deux méthodes: 1° l'exérèse sans castration; 2° l'exérèse par castration.

Pour beaucoup de malades — pachyvaginalites à type liquide — il est permis d'affirmer d'avance que la résection de la vaginale sera possible et suffisante. Pour d'autres — pachyvaginalites à type solide — il faut faire des réserves et, avant d'endormir le malade, solliciter de lui l'autorisation de pratiquer la castration, si on la juge utile ou nécessaire, la résection étant, pour certains cas, insuffisante ou impossible.

(1) TÉDENAT, *Montpellier médical*, 1881, p. 455.

Le premier temps de l'opération consiste donc, de quelque manière qu'on doive la terminer, à inciser couche par couche et à pénétrer dans la cavité. Alors on est en mesure d'étudier les lésions et de se prononcer.

Voici une vaginale très épaisse, recouverte de plusieurs couches stratifiées de fausses membranes organisées en tissu fibreux très dur, très rigide et parsemé de concrétions calcaires ; le testicule est enfoui sous une véritable cuirasse de tissu conjonctif fibro-cartilagineux, épais, irrégulier, tenace ; la prolifération conjonctive a réduit à rien la cavité de la vaginale : alors la castration est indiquée ou, du moins, l'ablation en masse — après ligature du cordon — de cette véritable tumeur solide, de ce bloc fibreux dégénéré formé par la vaginale et le testicule.

Voici, au contraire, une vaginale, épaisse sans doute, plaquée aussi de plusieurs couches de néomembranes, mais celles-ci sont jeunes encore et n'ont pas perdu leur souplesse ; on devine l'existence, dans une cavité que n'a pas pu combler la superposition des néoformations conjonctives, d'un testicule qui dessine sa forme sous les parois tomenteuses de ce véritable kyste hématiche : alors on doit pratiquer la résection, en ménageant le testicule.

Se décide-t-on pour la castration ? Il n'y a qu'à séparer la tumeur — vaginale et testicule — des enveloppes scrotales dont elles se détachent facilement, qu'à pratiquer par un rapide et facile décollement une sorte d'énucléation sous-scrotale. On lie le cordon, on le coupe, on suture les téguments.

Se décide-t-on pour l'exérèse sans castration ? Deux procédés permettent de pratiquer cette exérèse. L'un (résection simple) consiste à isoler, à décoller jusqu'à leur insertion sur la glande, avec le bistouri ou un instrument mousse, chacune des valves de l'incision antérieure qui a permis de pénétrer dans la cavité et à sectionner chacune d'elles au ras de la glande ; l'autre (décortication) consiste à pratiquer ce décollement des deux valves couche par couche, en déclinant, pour ainsi dire, la stratification néomembraneuse et, comme dans le cas précédent, à couper près du testicule, et successivement les unes après les autres, toutes les assises de la coque pariétale. Ce dernier procédé porte le nom de *procédé de Gosselin* (1) qui l'a bien décrit et heureusement mis en pratique ; mais on en trouve la trace dans quelques vieux auteurs ; Douglas, par exemple, faisait l'excision par une série de coups de ciseaux donnés un peu au hasard ; il « ébarbait » la coque ; Sabattier (2) raconte que Saviard enlevait ainsi la totalité des tuniques de l'hématocèle.

(1) GOSSELIN, Lettre sur le traitement de l'hématocèle (*Arch. gén. de méd.*, 1885, t. I, p. 5).

(2) SABATTIER, Recherches historiques sur la cure radicale de l'hydrocèle (*Mém. de l'Acad. royale de chir.*, 1771, t. V, p. 679).

Trois difficultés se présentent au cours de cette opération : 1° découvrir et ménager le testicule ; 2° épargner l'épididyme et le canal déférent ; 3° libérer le testicule.

Pour se mettre à l'abri d'une plaie du testicule pendant qu'on incise les parois de la poche, ou contre une déchirure de cet organe pendant qu'on en décortique les feuillets, il faut se rappeler la position qu'il occupe dans la très grande majorité des cas, déterminer cette position par la douleur particulière que provoque sa compression ; en tout état de cause, diviser les tissus couche par couche et, quand on est sur le point de pénétrer dans la cavité, n'y plonger simplement que le bistouri pour agrandir ensuite l'incision après exploration du voisinage.

Quand, après avoir, soit en totalité, soit en partie, séparé des couches sous-jacentes le feuillet pariétal de la vaginale, on est sur le point de trancher celui-ci près du bord postérieur du testicule, on risque de couper l'épididyme et le canal déférent. Il faut les chercher au milieu des néomembranes dans lesquelles ils sont quelquefois perdus. Ce n'est pas toujours facile, il s'en faut ; non seulement pour la raison qu'ils sont emprisonnés dans une véritable gangue conjonctive, mais encore parce que l'épididyme est, dans certains cas, séparé du testicule par le liquide qui a distendu le cul-de-sac interépididymo-testiculaire. Si les recherches restent infructueuses, il faut prendre son parti du sacrifice et réséquer tout de même ; un testicule sans canal excréteur n'est pas une chose négligeable.

Quand, enfin, on s'est débarrassé du feuillet pariétal, il reste à s'occuper des plaques conjonctives qui se trouvent souvent sur le feuillet viscéral. Pour les enlever, il est nécessaire d'employer la curette, les ciseaux, la spatule, les ongles. Cette libération de la glande, étouffée sous la prolifération fibroïde qui l'enclasse, scléreuse et atrophiee, est souvent laborieuse.

Est-elle impossible ? il n'y a plus qu'une chose à faire : décider une castration qu'on aura tout fait pour éviter.