

la sérosité s'accumule. Cette inflammation, pour être latente, n'en retentit pas moins sur la vaginale qui enveloppe l'épididyme atteint. De là les épanchements ou les épaissements provoqués par le travail régressif dont la glande est le siège, inflammation parenchymateuse qui suffit pour légitimer la vaginalite.

Nous croyons même que nombre de poussées fluxionnaires, de congestions de courte durée, de contusions répétées et légères peuvent, à chaque coup, laisser un stigmate sur la séreuse qui s'altère sans que le malade s'en rende compte. N'explique-t-on pas ainsi les adhérences pleurales méconnues que révèlent les autopsies, les épaissements de la séreuse du foie et de la rate et du péricarde? Et pour certaines irritations habituelles du testicule non perçues tant elles sont faibles, comme la contusion des bourses du cavalier sur le pommeau de la selle, la congestion passagère de la glande ne se répercuterait-elle pas sur la séreuse qui réagit par une lésion durable? Ainsi s'interpréteraient encore les hydrocèles consécutives aux efforts violents, à ce qu'on appelle en Allemagne « la presse abdominale ». Le sang, refoulé dans le riche réseau capillaire sous-séreux, provoque une irritation, si légère parfois qu'elle passe inaperçue. Au bout de quelques semaines ou de quelques mois, s'amasse dans la vaginale un épanchement qu'on croit spontané parce que l'épididyme n'a pas gardé trace des troubles primitifs. De même les vieilles affections de l'urèthre, les rétrécissements, les catarrhes chroniques, irritations faibles mais continues, suivent le canal déférent; elles arrivent jusqu'au tissu conjonctif interstitiel qui se sclérose à peine, tandis que la vaginale, réactif plus sensible, se laisse distendre par le liquide.

Une de nos observations a la valeur d'une expérience : un malade entre dans nos salles pour un noyau tuberculeux de l'épididyme où nous pratiquons une injection d'éther iodoformé; immédiatement surviennent une légère tuméfaction et de la douleur qui, le lendemain, ont absolument disparu; par contre, la vaginale a réagi et un épanchement volumineux se manifeste; l'épididymite primitive, maintenant insaisissable et probablement dissipée, ne traduit son existence antérieure que par une hypersécrétion de la séreuse. Nous disons épididyme et non testicule, car ce dernier a peu d'action sur la vaginale, et des altérations profondes, des néoplasmes étendus des testicules ne provoquent parfois ni épanchement ni épaisseur. L'anatomie donne la clef de cette différence : les lymphatiques de l'albuginée, membrane d'enveloppe du testicule proprement dit, n'ont aucune connexion avec les lymphatiques du feuillet viscéral de la vaginale; les uns et les autres convergent vers l'épididyme par un trajet distinct, sans réseaux communs et sans anastomoses. On n'a point ces inoscultations à plein canal observées à la plèvre, au péritoine et au péricarde. Cette indépendance singulière, ce défaut de solidarité est la cause de la « neutralité » du testicule, car la réaction inflammatoire est d'autant plus intense que les lymphatiques sont plus abondants, et que les connexions sont plus étroites entre les vaisseaux blancs des viscères et ceux de la séreuse. Au testicule, isolé par sa carapace albuginée, ces connexions sont nulles; nulle est aussi la réaction.

Au niveau de l'épididyme, les capillaires séreux et les parenchymateux se mêlent et confluent : leurs mailles serrées se pénètrent et, grâce à ces anastomoses, l'épididyme, chaque fois qu'il est irrité, imprime à son feuillet séreux une activité remarquable. Et les occasions sont nombreuses. L'épididyme est souvent malade; ce n'est point un conduit excréteur banal, c'est un organe sensible par excellence; son atmosphère celluleuse le protège à peine; sa richesse

vasculaire est extrême; il est le centre d'irradiation des artères, le point de convergence des veines, et, à ses lymphatiques, il ajoute ceux du testicule. Aussi voit-on s'y développer des inflammations qui, parties de l'urèthre, ont traversé impunément la prostate, les vésicules séminales et le long trajet du canal déférent. Les germes phlogogènes trouvent un excellent terrain dans le tissu cellulaire lâche qui l'enveloppe et que parcourent les vaisseaux rouges et blancs. L'inflammation est surtout périépididymaire, sous-séreuse, séreuse dirons-nous, grâce aux connexions étroites, à la promiscuité des réseaux lymphatiques : qui atteint l'un frappe l'autre. Et nous arrivons à cette conclusion générale : les anciennes divisions en vaginalites essentielles et symptomatiques doivent tomber et, de l'hydrocèle à l'hématocèle, toutes les vaginalites — ou presque toutes — sont secondaires; elles ont pour origine une altération latente ou patente de l'épididyme.

#### a. — VAGINALITES AIGÜES

Elles sont *séreuses*, *purulentes* ou *plastiques*; mais malgré des dissemblances essentielles, ces trois formes présentent trop de points de contact pour qu'on en sépare l'étude. Aussi nous contenterons-nous, au cours de la description de la vaginalite séreuse, de montrer en quoi elle diffère de la vaginalite purulente et de la vaginalite plastique.

**Historique.** — Les vaginalites aiguës ont été longtemps confondues avec les orchite-épididymites qui provoquent leur apparition, et le départ n'en est bien fait que depuis les recherches de Rochoux sur la vaginalite blennorrhagique. Parmi les travaux publiés sur cette affection, il faut citer :

VELPEAU, art. HYDROCÈLE AIGÜE du *Dict. en 50 vol.*, 2<sup>e</sup> édition. Paris, 1857, t. XV, p. 444. — BOUÏSSON, Orchite rhumatismale. *Tribut à la chirurgie*, 1858, t. II, p. 541. — BÉRAUD, Orchite varioleuse. *Arch. gén. de méd.*, 1859, 5<sup>e</sup> série, t. XIII, p. 274. — ZEISSL, Periorchitis idiopathica, etc. *Wien. med. Presse*, Vienne, n<sup>o</sup> 44. — BOUCAUD, Note sur deux cas d'hydrocèle aiguë. *Lyon méd.*, 1872, p. 171, 185. — FANEUIL, Recherches sur l'orchite varioleuse. Thèse de Paris, 1875. — ZAPATA, Des épanchements de la tunique vaginale dans l'orchite blennorrhagique. Thèse de Paris, 1874. — VALNOT, De la vaginalite suppurée. Thèse de Paris, 1876. — CLUGNET, Études sur la vaginalite aiguë. Thèse de Paris, 1878. — TIXIER, Des complications après la ponction de l'hydrocèle, etc. Thèse de Paris, 1878. — GOSSELIN, *Clinique chirurgicale de la Charité*, 5<sup>e</sup> édition, 1879, t. III, p. 650. — TERRILLON et SCHWARTZ, Contribution expérimentale à l'étude de la pathogénie de la vaginalite. *Gaz. méd. de Paris*, 1879, p. 420. — BOND, Acute hydrocele, etc. *The Lancet*, 1885, t. I, p. 748. — KOCHER, *Deutsche Chir.*, 1887, livr. L, p. 50. — MONOD et TERRILLON, *Traité des maladies du testicule*, 1889, p. 150. — TILLMANN, *Lehrbuch der speciellen Chirurgie*, 1891, p. 676.

**Étiologie.** — Les causes en sont innombrables et, sans parler du rhumatisme dont l'action directe n'est pas suffisamment démontrée malgré l'observation de Stoll<sup>(1)</sup> et le mémoire de Bouïsson<sup>(2)</sup>, sans parler des injections irritantes qui ont pour but de guérir par une vaginalite aiguë une vaginalite chronique, nous savons déjà que ces affections ont pour origine rarement des inflammations de voisinage, érysipèle, phlegmon, gangrène, brûlure du scrotum, et, fréquemment, les maladies de l'urèthre et de l'épididyme.

Pour énumérer les causes des vaginalites aiguës, nous devrions donc remonter

(1) STOLL, *Encyclopédie des sciences médicales*, 1857, 7<sup>e</sup> division, p. 254.

(2) BOUÏSSON, *De l'orchite rhumatismale. Tribut à la chirurgie*, t. II, p. 541.

à celles de l'urétrite et de l'épididymite primitives; nous aurions tous les *traumatismes* de la glande et surtout ceux de l'épididyme; par leurs expériences sur le chien, Schwartz et Terrillon ont montré que les injections irritantes dans le canal déférent, et qui produisent une inflammation de l'épididyme, ont toujours pour conséquence une vaginalite, tandis que la même substance, projetée en plein parenchyme testiculaire, amène bien une orchite, mais sans épanchement séreux concomitant. Il n'est pas besoin d'une déchirure de la muqueuse urétrale, d'une violence sur les bourses: l'effort, soit par la contraction des fibres musculaires en anse dont le relèvement brusque comprimerait le cordon, soit par le refoulement violent du sang dans les vaisseaux funiculaires et peut-être la rupture de quelques veines, provoquerait une épididymite et une vaginalite, sa compagne obligée.

L'épididymite, l'épididymite blennorragique surtout, est la cause la plus fréquente des vaginalites aiguës; Rochoux en avait sans doute exagéré l'importance: « la vaginalite » constituait la maladie presque tout entière à laquelle n'auraient pris part ni le testicule ni même l'épididyme; mais on a trop réagi contre cette assertion et si, pour Ricord, la vaginalite ne se rencontre que dans des cas exceptionnellement aigus, si pour Horteloup<sup>(1)</sup> elle existe dans la moitié des cas, et pour Sigmund même, 1100 fois sur 1500 orchididymites blennorragiques, nous croyons ces chiffres bien au-dessous de la vérité; sans doute la clinique peut ne révéler l'inflammation de la séreuse que dans les proportions citées, mais un examen anatomique direct, s'il était possible, montrerait une petite quantité de liquide dans la vaginale, ou, à son défaut, une vascularisation plus abondante et un dépoli de sa surface endothéliale.

Parfois l'épididymite, cause première de la vaginalite, n'est elle-même qu'une manifestation d'une maladie générale; nous avons cité le *rhumatisme* sans grande conviction; cependant, certaines observations sur lesquelles nous reviendrons à propos de l'hydrocèle paraissent incontestables, et Nolta donne le récit d'un épanchement qui apparaissait dans la vaginale avec les manifestations articulaires du rhumatisme et disparaissait avec elles; la *goutte*, le *paludisme* et, nous ajouterons, la plupart des maladies virulentes. Verneuil<sup>(2)</sup> a signalé « les épanchements métastatiques des inflammations de l'arrière-bouche », et l'on sait maintenant que les *amygdalites* sont d'origine infectieuse, comme la *fièvre typhoïde*, la *scarlatine* et la *variolo* qui atteindraient la séreuse d'une manière primitive et sans frapper d'abord l'épididyme; on a sur ce sujet les recherches de Gosselin, qui datent de 1847, celles de Béraud en 1859, la thèse de Gombeau en 1869, et celle de Faneuil en 1875. Depuis, en 1889, Chiari<sup>(3)</sup> a trouvé, sur les testicules de 15 varioleux, « des lésions fort analogues, tant à l'œil nu qu'au microscope, à celles de la pustulation cutanée ». Faneuil établit que, sur 25 cas, on compte 17 vaginalites avec épanchement, 5 orchites parenchymateuses, « avec ou sans participation » de la séreuse et 2 épididymites sans lésions concomitantes de la vaginale. Les *oreillons*, qui enflamment les testicules presque à l'exclusion de l'épididyme, s'accompagnent rarement de vaginalite, d'accord en cela avec la théorie que nous défendons.

Ces diverses causes provoquent le plus souvent des vaginalites séreuses et quelquefois des vaginalites plastiques. Les vaginalites purulentes, absolument

<sup>(1)</sup> HORTELOUP, Thèse de Zapata. Thèse de Paris, 1874.

<sup>(2)</sup> VERNEUIL, *Arch. gén. de méd.*, 1857, 5<sup>e</sup> série, t. X, p. 452.

<sup>(3)</sup> CHIARI, *Wiener med. Presse*, 1889, n° 27, p. 1126.

exceptionnelles, ne surviennent que lorsque l'organisme est débilité. Le liquide se trouble de leucocytes dans la vaginalite de la fièvre typhoïde. Mais c'est surtout chez les vieillards affaiblis qu'on voit apparaître ces abcès scrotaux. J'ai soigné, en 1881, un pharmacien de soixante-treize ans, dont la prostate nécessitait un cathétérisme fréquent; il fut pris tout à coup d'une orchididymite violente, la bourse était distendue, fluctuante et opaque; une large incision donna issue à un flot de sérosité louche. D'ordinaire, la vaginalite suppurée n'est pas primitive, et l'abcès se développe dans une vieille hydrocèle; on en trouve dans les recueils un grand nombre d'observations. Mais l'infection peut se faire sans ouverture des bourses, et j'observe un vieillard de soixante-dix-neuf ans qui, en se sondant, a ressenti une douleur vive dans la bourse droite déjà distendue par une hydrocèle; la fièvre s'est allumée, la peau est devenue rouge, luisante, tendue et œdémateuse, la transparence a disparu; nous avons incisé le scrotum et du pus s'en est écoulé. La vaginalite « à canal ouvert » des nouveau-nés est parfois purulente; ce n'est alors qu'un épisode au cours d'une péritonite infectieuse.

**Anatomie pathologique.** — Les lésions varient suivant que la vaginalite est séreuse, plastique ou suppurée.

La vaginalite séreuse n'a pu être étudiée que rarement à cause même de son extrême bénignité. On en connaît peu d'examen directs en dehors de celui de Lannelongue qui se trouve dans la thèse de Delaporte<sup>(1)</sup>. D'ailleurs les lésions diffèrent à peine de celles que l'expérimentation avait permis d'étudier chez le chien. Les enveloppes scrotales, peau, dartos, celluleuse, sont infiltrées; la vaginale est épaissie: sa surface interne, au lieu d'être lisse et d'un blanc nacré à peine teinté de rose, est dépolie, tomenteuse, surtout en arrière, au niveau du point où le feuillet pariétal se continue avec le feuillet viscéral, en se réfléchissant sur l'épididyme. Dans ce sillon, et surtout en bas, les dépôts plastiques s'accumulent et forment une sorte de cupule d'où émerge le canal déférent. Puis ils s'étalent en une matière jaunâtre qui recouvre le testicule; lorsqu'on le détache par lambeaux, on trouve au-dessous un pointillé rugueux dû à la chute de l'épithélium, des granulations vasculaires et des arborisations veineuses qui donnent à l'albuginée une coloration rouge, plus foncée en certains points qu'en d'autres. La cavité renferme une quantité de liquide qui ne dépasse guère une quarantaine de grammes. Il tient en suspension des masses flottantes semi-fluides, floconneuses, transparentes, comme gélatineuses, et dues à la coagulation spontanée de la fibrine. Les analyses de Noël et Horteloup ont montré que cette sérosité contient de 95 à 95 parties d'eau, 5 à 4 d'albumine, 1 à 2 de fibrine.

La vaginalite est *plastique* lorsque le liquide manque ou a disparu; parfois, en effet, un léger épanchement marque le début de l'inflammation, puis il se résorbe, la vaginalite devient « sèche », et l'on ne trouve plus que la vascularisation inégale des diverses parties de la séreuse. Mais bientôt des néo-membranes apparaissent; elles s'organisent au milieu des travées fibrineuses; ces travées forment des cavités divisées par des cloisons incomplètes qu'irriguent des vaisseaux sanguins de formation nouvelle. Les tissus, d'abord embryonnaires, se feutrent en une trame plus solide; mais déjà la période aiguë est passée, et la

<sup>(1)</sup> DELAPORTE, *De l'orchite blennorragique*. Thèse de Paris, 1866.

vaginalite adhésive a provoqué l'union des deux feuillets de la séreuse; la cavité vaginale est oblitérée. Il n'est pas rare toutefois de trouver çà et là des espaces libres, sortes de locules dues au cloisonnement des néo-membranes et vestiges de l'ancienne séreuse; du liquide s'y accumule et l'on a pu prendre ces poches fluctuantes pour des kystes de l'épididyme, ou même pour des abcès tuberculeux.

La vaginalite *suppurée*, qu'on incise largement, a pu être étudiée « sur le vif ». Nous avons fait deux fois cet examen, et, sous les couches scrotales infiltrées, nous avons trouvé la vaginale épaissie, vasculaire et distendue par du pus épais et crémeux chez un premier malade, vieil urinaire dont la vaginalite suppurée n'avait pas été précédée d'hydrocèle; dans le second cas, où un épanchement abondant existait avant la poussée inflammatoire, le liquide était plus fluide; c'était plutôt de la sérosité floconneuse qui tenait des leucocytes en suspension. L'aspect de la vaginale est le même que celui des inflammations séreuses et plastiques: mêmes exsudats réticulés, mêmes dépôts fibrineux, abondants surtout vers la queue de l'épididyme, même vascularisation, mêmes fausses membranes molles, unissant les parois opposées. Abandonnées à elles-mêmes, ces vaginalites, véritables abcès chauds, peuvent s'ouvrir à l'extérieur et si le malade, cachectique ou affaibli par quelque dyscrasie grave, n'en meurt rapidement, une ou plusieurs fistules persistent par où s'écoule le pus que la séreuse sécrète en abondance.

**Symptômes.** — Comme la vaginalite séreuse est presque toujours secondaire, et dépend d'une orchite-épididymite concomitante, il est souvent difficile de démêler les traits qui lui appartiennent en propre. Les bourses deviennent lourdes, pesantes, douloureuses; des irradiations lancinantes se font vers l'aîne et vers la racine des cuisses; un côté du scrotum — l'affection est rarement bilatérale — est chaud, rouge et tendu; la peau semble épaissie; elle est luisante, sans plis et sans rides. La bourse double ou triple de volume; elle devient sphérique, et il faut une certaine attention pour trouver appliqué à son côté interne, le testicule opposé entouré de ses enveloppes saines, remonté et comme aplati. La palpation, des plus difficiles, réveille une souffrance aiguë surtout dans les premiers jours; si on la prolonge malgré la douleur qu'elle exaspère, on constate l'œdème des parois et peut-être une sensation obscure de rénitence. Au bout de quelques jours seulement, on sent bien la fluctuation.

L'œdème des parois, le liquide qui distend la vaginale, voilent les contours de la glande, et il faut attendre que les phénomènes douloureux soient apaisés pour se rendre compte de son volume. On la sent un peu en dedans et en arrière comme une saillie vague, une sorte de « côte » dure dont le maniement trop brutal arrache des cris au malade. Ce gonflement, cet œdème inflammatoire, cette douleur aiguë persistent de huit à quinze jours, sans phénomènes généraux bien nets, sans fièvre appréciable; à peine note-t-on un léger état saburral, de l'agitation, l'absence de sommeil provoquée par les souffrances qu'exalte le moindre mouvement. Puis les divers phénomènes cèdent, les bourses diminuent et la résolution survient, à moins que la vaginalite aiguë ne se transforme en vaginalite chronique, sa terminaison la plus habituelle après la résolution pure et simple. Il est rare qu'elle donne naissance à une vaginalite suppurée, à une vaginalite plastique, ou à une pachyvaginalite.

Nous avons vu dans quelles conditions se développe la vaginalite suppurée: au cours et au décours de certaines maladies infectieuses graves, dans les inocu-

lations directes de la séreuse, distendue par une hydrocèle et contaminée par un instrument impropre, enfin et surtout chez de vieux prostatiques usés et affaiblis. Les accidents généraux sont habituels: on constate une fièvre à exaspération vespérale, des frissons, des sueurs, des troubles gastriques; la langue est saburrale d'abord, puis rôtie, et des symptômes adynamiques surviennent qui présagent une terminaison fatale. Les signes locaux ne diffèrent guère de ceux de la vaginalite ordinaire; les bourses sont œdémateuses; si le chirurgien n'intervient pas, la peau se fait plus tendue, plus rouge, plus bosselée, adhérente aux parties sous-jacentes: elle s'ouvre, et le pus s'écoule à l'extérieur; en général la poche se vide mal, la suppuration, souvent fétide, s'éternise par cette fistule où parfois apparaît le testicule dont l'albuginée ramollie donne issue aux tubes séminifères; c'est l'orchite *ulcéro-gangreneuse* que Gosselin avait bien vue, et dont nous avons publié quelques cas.

La vaginalite *plastique* est d'allure trop sournoise pour être souvent observée; mais, du nombre de vaginales oblitérées rencontrées au hasard des autopsies, il faut conclure que les inflammations adhésives ne sont pas rares. Parfois cependant elle provoque la rougeur, la tension et la tuméfaction du scrotum; la palpation permet de percevoir un frôlement particulier, une crépitation spéciale, due au frottement des deux feuillets de la vaginale dépolie, rugueuse et doublée d'exsudats de fibrine. Mais ce caractère est exceptionnel, et, seulement dans les vaginalites aiguës consécutives aux injections irritantes pour la cure de l'hydrocèle, cette sensation de neige écrasée et d'amidon pincé dans les doigts est fréquente. On reconnaît, disent Monod et Terrillon, que les adhérences se sont formées, au signe suivant: « A l'état normal, lorsqu'on cherche à saisir, entre le pouce et l'index, la partie extérieure 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, dont la présence ne se révèle par aucune sensation particulière. Lorsqu'on répète l'expérience sur une vaginale qui a été enflammée, on ne pourra plus, si des adhérences se sont produites, détacher du testicule, par la même manœuvre, les couches qui sont immédiatement en contact avec lui, et, si l'on y parvient, l'augmentation de volume et de densité des parties qui sont ainsi saisies permettra de reconnaître l'épaississement qu'a subi la membrane. » Sébilleau, dans un travail récent, conteste la valeur de ce signe et, d'après lui, la vaginale, pour être ainsi perçue, n'a pas besoin d'être enflammée.

**Traitement.** — On peut fort bien, lorsqu'il s'agit de pathogénie, d'anatomie pathologique et de symptomatologie, séparer la vaginalite de l'orchite-épididymite concomitante, mais la thérapeutique ne comporte pas de pareilles abstractions. Disons cependant qu'on a préconisé l'évacuation du liquide lorsque l'épanchement est abondant; à coup sûr il se reproduira, mais en moindre quantité, et le malade sera soulagé. Les cas nous paraissent rares où cette ponction est utile; pourtant, si l'on y recourt, on ne négligera aucun des préceptes de l'antisepsie, sous peine de s'exposer aux accidents dont parle Jullien. Au lieu de la lancette et du bistouri, on emploiera l'aiguille flambée d'un de nos aspirateurs. Si, par suite de quelque dyscrasie, la vaginalite était suppurée, on la traitera comme un abcès qu'elle est: lorsqu'on s'est bien assuré de la position de la glande, la collection sera largement ouverte, puis lavée et drainée; un pansement approprié évitera la hernie des testicules. Nous venons d'inciser ainsi un scrotum

chez un vieillard cachectique, et c'est merveille de voir avec quelle rapidité la vaginale se rétrécit sur le testicule avec lequel elle adhère; la guérison est complète en huit jours.

b. — VAGINALITES CHRONIQUES

Nous en étudierons trois variétés : la vaginalite chronique *séreuse* ou *hydrocèle*, la vaginalite chronique *plastique* et la *pachyvaginalite* ou *hématocèle*.

1° HYDROCÈLE

Ce mot, qui littéralement se traduit par *tumeur aqueuse*, signifie, lorsqu'on l'emploie sans autre qualificatif, épanchement séreux dans la tunique vaginale chroniquement enflammée; l'hydrocèle n'est — et ce sera notre définition — qu'une *vaginalite chronique séreuse*.

**Histoire.** — L'épanchement séreux de la vaginale est connu depuis qu'il existe une médecine écrite, et, à partir d'Hippocrate, on sait distinguer, sans de trop fréquentes erreurs, ces tumeurs du scrotum rénitentes et transparentes; mais leurs causes, leurs symptômes, leur mode de développement étaient d'une science vraiment très pauvre. De Celse aux Arabes, d'Ambroise Paré à l'Académie royale de chirurgie, nous ne trouvons aucune recherche originale, et il faut arriver à Astley Cooper, à Velpeau et à Curling pour rencontrer une étude sérieuse de l'hydrocèle : on en décrit alors les variétés, on la sépare nettement des collections liquides de l'épididyme et du cordon; avec les publications de Gosselin, de Panas, de Lannelongue et de Kocher, on en pénètre mieux l'anatomie pathologique et l'étiologie. Entre temps, la connaissance plus précise des tumeurs de la glande spermatique montre l'importance des hydrocèles secondaires et l'on s'aperçoit que l'épanchement traduit presque toujours une irritation préalable de l'épididyme.

On le voit, des origines de la médecine aux vingt premières années de ce siècle, l'histoire de l'hydrocèle est des plus obscures, et l'on ne trouve guère, dans les savants auteurs de l'Académie royale, plus que n'en disait Ambroise Paré; pour lui, « la hargne aqueuse nommée hydrocèle est une tumeur au scrotum, faite à raison de l'eau qui s'y amasse peu à peu »; on la reconnaît « en mettant une chandelle allumée du côté de la lumière que l'on voit claire et lucide ». Mais, par contre, combien la thérapeutique en était déjà abondante et hardie! Chaque chirurgien a sa méthode, son procédé qu'il cache pour en retirer profit, ou qu'il divulgue pour s'en faire honneur par de longs mémoires et la publication de certificats authentiques. Les uns veulent des remèdes dessiccateurs, résolutifs et discussifs, les autres ne craignent pas de traverser le scrotum par des sétons, de mettre des tentes dans la vaginale, ou même de fendre la séreuse et d'en réséquer les feuillettes. Les recherches incessantes, les discussions sans trêve, les revendications ardentes que provoque, à la fin du siècle dernier, le traitement de l'hydrocèle, prouvent sur quelles misères se concentrait l'activité de tant de chirurgiens de talent, qu'arrêtaient, dans leurs velléités d'une médecine opératoire plus ambitieuse, les complications infectieuses toujours imminentes.

AMBROISE PARÉ, De la hargne aqueuse, 6<sup>e</sup> livre, t. I, p. 145. Édition Malgaigne. Paris, 1840. — HEISTER, Dissertatio de hydrocèle. Helmstadt, 1744. — BERTRANDI, De hydrocele. *Mém. de l'Acad. roy. de chir.* Paris, 1757, t. III, p. 85. — POTT, Practical remarks on the hydrocele, etc. London, 1762. — J.-L. PETIT, Des opérations qui se pratiquent aux bourses et aux testicules, art. I, De l'hydrocèle. *Traité des mal. chir.*, etc. Paris, 1774, t. II, p. 480. — SABATIER, Recherches historiques sur la cure radicale de l'hydrocèle. *Mém. de l'Acad. royale de chir.* Paris, 1774, t. V, p. 670. — IMBERT DELONNES, Traité de Phydrocèle, etc., 1785. — BENJAMIN BELL, Treatise on the hydrocele, etc. Edinburgh, 1794. — VELPEAU, art. HYDROCÈLE du *Dict. de méd. en 50 vol.*, 1857, t. XX, p. 442. — CHASSAIGNAC, De l'hydrocèle péritonéo-vaginale. *Revue méd.-chir. de Paris*, juin 1855, t. XIII, p. 555. — VIDAL (de Cassis), Galactocèle. *Traité de pathol. externe*, 1860, 5<sup>e</sup> édit., t. V, p. 181. — MÉHU, Des liquides de l'hydrocèle de la tunique vaginale et de l'hydrocèle enkystée de l'épididyme. *Arch. gén. de méd.*, 1875, 6<sup>e</sup> série, t. XXV, p. 527. — OSBORN, Hydrocele, its varieties and their treatment. Londres, 1878. — TERRILLON, De l'hydrocèle de la tunique vaginale. *Journal des connaiss. méd. prat.* Paris, 1879, 5<sup>e</sup> série, t. I, p. 415, et 1880, 5<sup>e</sup> série, t. II, p. 17. — DUPLAY, Variétés anatomiques de l'hydrocèle. *Sem. méd.* Paris, 1884, 2<sup>e</sup> série, t. IV, p. 81. — TÉDENAT, Note sur l'hydrocèle de la tunique vaginale. *Montpellier méd.*, 1885, 2<sup>e</sup> série, t. V, p. 40 et 531. — FAFOURNOUX, Contribution à l'étude des hydrocèles récidivées, etc. Thèse de Paris, 1885. — RECLUS, Sur cinq observations d'hydrocèles traitées par l'incision des bourses et l'excision de la vaginale. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1886, t. XII, p. 554. — WENDLING, Contribution à l'étude des traitements modernes de l'hydrocèle simple, etc. Thèse de Nancy, 1886. — VERNEUIL, Hydrocèle congénitale. *Gaz. des hôpit.*, 1886, n<sup>o</sup> 116. — J.-L. FAURE, De l'hydrocèle périnéo-vaginale. *Gaz. des hôpit.*, 17 août 1889. — BAZY, De l'hydrocèle vaginale à prolongement abdominal ou hydrocèle en bissac de Dupuytren. *Arch. gén. de méd.*, 1887, 7<sup>e</sup> série, t. XX, p. 555. — LE DENTU, Sur un cas d'hydrocèle graisseuse. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1881, t. VII, p. 874-878. — MOUVENOUX, Documents relatifs à la présence des matières grasses dans l'urine, etc. Thèse de doct. de Lyon, 51 juillet 1884. — MONOD et TERRILLON, Traité des maladies du testicule. Paris, 1889. — REGNAULT, Vaginalite chronique blennorragique. *Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, 1891, p. 91. — PIERRE DELBET, Des variétés de l'hydrocèle biloculaire. *Presse médicale*, 1897.

**Étiologie.** — Les hydrocèles *symptomatiques* ne nous occuperont pas; elles ne sont qu'un épisode sans intérêt dans l'évolution de maladies plus graves. Les épanchements indépendants d'une affection « proclamée » du testicule entrent seuls dans notre cadre; leur fréquence est grande puisque, dans chacun de nos services hospitaliers, on en soigne une trentaine par an, et c'est la proportion qu'en 1857 indiquait Velpeau pour ses salles de la Charité. Mais pour n'être pas provoquée par une altération classée dans le cadre nosologique sous une étiquette spéciale, l'hypersécrétion n'en est pas moins déterminée le plus souvent par une lésion de l'épididyme. Cette opinion, sur laquelle nous avons insisté déjà, avait été entrevue par Percival Pott, puis par Gendrin, Nélaton, et défendue par Panas et par son élève Vétault; ils apportèrent, à l'appui de leur thèse, nombre d'observations dont quelques-unes ont été contestées par Marimon<sup>(1)</sup>, mais à tort, selon nous, car si l'hydrocèle provoque des altérations secondaires de l'épididyme, ces altérations sont des étalements, des déplacements, des étirements, un aspect rubané. « Aux foyers d'irritation siégeant dans le canal aux environs de la région prostatique », à ces vieilles uréthrites, altérations déjà bien définies, il faut ajouter les kystes lenticulaires et les corps étrangers adhérents ou flottants, manifestation des inflammations chroniques scléreuses d'Arthaud et Monod; elles se propagent à la séreuse et provoquent l'hypersécrétion. N'est-ce pas d'ailleurs une vieille opinion défendue jadis par Duplay et par Gosselin?

L'inflammation, aiguë ou chronique, patente ou latente, telle est la genèse unique de l'hydrocèle, et chacun des facteurs invoqués jusqu'ici n'a d'influence sur l'épanchement que comme metteur en cause de l'inflammation. Au même

<sup>(1)</sup> MARIMON, *Recherches sur l'anatomie pathologique des grosses hydrocèles*. Thèse de Paris, 1874.