

se développa guère jusqu'au moment où elle fut examinée par le chirurgien; elle était alors du volume et de la forme d'un œuf, à grosse extrémité inférieure fluctuante et opaque, irréductible. Une ponction donna issue à un liquide laiteux, analogue à une crème peu épaisse, ni filante, ni grumeleuse, sans viscosité et qui s'écoulait d'un trait continu. L'examen, fait par Kiener, révéla « une multitude de granulations graisseuses libres qui noircissaient par l'acide osmique, quelques hématies fraîches, de grosses cellules rondes, et remplies de granulations adipeuses, quelques lamelles de cholestérine, enfin une foule de grandes cellules irrégulières, aplaties, dont certaines soudées, mais toutes comblées de granulations graisseuses; aucun embryon, aucune filaire adulte. Au bout de vingt-quatre heures de repos, le liquide se séparait en deux couches distinctes, à peu près d'égale hauteur, l'une inférieure blanche, opaque, cotonneuse et présentant les mêmes cellules que ci-dessus; l'autre supérieure transparente, citrine, et dépourvue de ces éléments figurés. »

Neuf jours après la ponction, l'hydrocèle s'était reproduite, et d'un tiers plus volumineuse que la première; le liquide était identique, et, si les éléments cellulaires étaient moins nombreux, on trouvait des cristaux d'acide gras, spicules, touffes et rosaces; par le repos les deux couches se séparèrent, mais l'inférieure était à peine haute de 5 millimètres, tandis que la supérieure, limpide, mesura 5 centimètres. Trois mois après l'intervention, l'enfant était guéri, robuste et de belle venue. Chalot conclut de cette observation que la galactocèle n'existe pas seulement chez l'adulte et qu'elle peut même dater de la vie intra-utérine, notion nouvelle dans l'histoire des tumeurs chyloformes. A quelle cause attribuer cet épanchement graisseux? Chalot invoquerait une sorte de vaginalite desquamative et caractérisée par la dégénérescence graisseuse, puis par la désagrégation moléculaire des cellules endothéliales: vaginalite primitive ou, peut-être ici, provoquée par une péritonite intra-utérine de même nature et dont elle serait le vestige.

Ces hydrocèles chyleuses ont été confondues longtemps avec les kystes spermatiques, et Vidal de Cassis et Grassi furent accusés d'avoir pris des zoospermes pour des globules de graisse. Ils ne s'y étaient pas trompés, mais on a parfois rencontré des animalcules dans un épanchement de la vaginale; nous signalerons ailleurs une observation de Curling où, chez un homme « mort à l'hôpital de Londres, une des tuniques vaginales contenait 75 grammes d'un liquide opalin où nageaient quelques spermatozoïdes. Trois petits kystes étaient accolés à l'épididyme et, en ce point, on voyait un quatrième kyste déchiré probablement lors d'un traumatisme subi pendant la vie: c'est de cette cavité que s'étaient échappés les animalcules. » Reverdin a incisé une vaginale distendue par un liquide louche où fourmillaient les zoospermes. J'ai cité les faits de Lüscha et de Krause, et ne puis y revenir ici. La pathogénie en serait toujours la même: rupture, dans un épanchement séreux, d'un kyste épидидyme ou de l'hydride sessile, dont la communication avec le canal de l'épididyme persiste souvent. Tillmanns explique la présence des animalcules par une communication congénitale entre la séreuse et un *vas aberrans* de l'épididyme.

Une autre variété, que nous proposons d'appeler *gélatineuse*, est exceptionnelle; Chaumet ponctionne une hydrocèle, rien ne s'écoule par la canule; il incise et trouve la vaginale distendue par une masse solide, transparente,

tremblotante et semblable à de la gelée au kirsch; Lisfranc, d'après Véry, a observé deux cas analogues, l'un sur un malade de la Pitié, l'autre sur un client de la ville; l'orifice du trocart ne donne passage au moindre atome de sérosité, mais la section large des enveloppes permet de constater l'existence de masses gélatiniformes; dans un autre fait, la tumeur fluctuante contenait une substance épaisse et onctueuse « qui se convertissait en une véritable gelée, à mesure qu'elle tombait dans le bassin destiné à la recevoir ». Nous avons, et ce cas a déjà été publié ailleurs, observé une hydrocèle gélatineuse des plus nettes. Il ne s'agit pas ici d'une coagulation après évacuation du liquide; nous savons, et Méhu insiste sur ce point, que « parfois, dans un petit nombre d'hydrocèles, 2 fois sur 46 analyses, la sérosité contient un plasma tout formé, qui prend peu après son extraction la consistance d'une gelée plus ou moins ferme ». C'est dans la vaginale elle-même que l'on trouve la masse colloïde semblable à celle des kystes de l'ovaire. Faut-il admettre que, par suite d'un long séjour du liquide dans la séreuse, il s'y est formé de la paralbumine qui en rend possible la coagulation? Nous l'ignorons, mais le fait reste et nous en avons observé un cas remarquable.

Nous devons à Méhu une bonne étude des liquides de l'hydrocèle. « Ils ont la plus grande ressemblance avec le plasma du sang, au point que, dans beaucoup de cas, on ne saurait distinguer l'un de l'autre. Les épanchements de la pleurésie aiguë, de l'ascite, certaines collections du tissu cellulaire sous-cutané à la suite de contusions, l'hydarthrose du genou, l'hygroma », appartiennent au même groupe, et leur composition diffère à peine de celle de l'hydrocèle. Elle rappelle le sérum, mais ici le poids des éléments solides dissous dépasse, dans la moitié des cas environ, le poids qu'aurait donné un volume égal de sérum. On rencontre donc de la sérine et de la fibrine dissoutes, la richesse en matières solides desséchées peut varier du simple au double d'une hydrocèle à l'autre, et osciller de moins de 50 à 100 grammes pour 1000. Dans les quatre cinquièmes des cas, la proportion est de 50 à 80 grammes, et ni l'âge du malade, ni l'âge de la tumeur ne paraissent exercer une influence appréciable sur la composition de la sérosité.

Mon interne, M. Bréville, a examiné le liquide de 10 hydrocèles ponctionnées pendant ma suppléance à l'Hôtel-Dieu. Ses analyses sont concordantes avec celles de Méhu; la réaction est alcaline; la densité la plus basse a été de 1017 et la plus haute de 1025; 1022 est le chiffre le plus fréquent. Le résidu sec a été, au plus haut, de 82 pour 1000, au plus bas de 58, et 65 la proportion la plus habituelle; le chlorure de sodium et l'acide phosphorique oscillent entre 5 et 10, les matières albumineuses entre 56 et 72; 2 fois la fibrine a été un peu supérieure à 0,20; enfin, dans 5 cas, on a trouvé de 1^{er},50 à 2 grammes de cholestérine. Ici, comme dans les analyses de Méhu, nous n'avons pu saisir la cause de ces variations: que l'hydrocèle fût petite ou volumineuse, récente ou ancienne, chez un sujet jeune ou vieux, apparue spontanément ou à la suite d'un traumatisme, densité, résidu sec et résidu fixe, matières albumineuses et fibrines, augmentent ou diminuent sans règles appréciables. Par sa composition, le liquide de l'hydrocèle est d'origine inflammatoire. Ce point que, le premier, Virchow a mis en lumière, a été longtemps méconnu, sans doute parce qu'après la ponction le liquide ne se coagule pas spontanément; le caillot est lent à apparaître, ténu, translucide; Méhu a prouvé que ce manque de coagu-

lation — ou ce retard — est dû à la faible proportion de substance fibrinogène et à l'absence du ferment de la fibrine. Lorsque, par la ponction, quelques vaisseaux rompus au liquide mêlent du sang, celui-ci provoque une coagulation plus rapide de la plasmine.

Symptômes. — Les cas sont rares où un rapide examen ne suffit pas pour faire reconnaître une hydrocèle. Le scrotum est soulevé tantôt d'un seul côté, et tantôt des deux; la tumeur, qui le plus souvent remonte jusqu'à l'anneau inguinal, est toujours ovoïde, mais elle n'en affecte pas moins des formes diverses; il n'y a pas de comparaison qu'on ne donne: poire, citron, œuf, pomme de terre, melon même, haricot, aubergine, mais surtout Calebasse, le mot classique, celui qu'on retrouve le plus fréquemment au cours des descriptions. Les téguments n'ont subi aucune altération; ils ne sont ni chauds, ni rouges, ni tuméfiés, à peine étirés, distendus et parcourus de veinosités plus abondantes; si leur aspect n'est pas normal, c'est qu'il existe une complication; l'hydrocèle est alors symptomatique d'une affection de la glande, ou la peau est atteinte d'une maladie indépendante. La tumeur est régulière, à surface lisse; le doigt glisse sur elle sans rencontrer de dépressions ou de saillies. Cette règle a ses exceptions; parfois, sur la bourse distendue, se dessinent des bosselures, les unes grosses comme des noisettes, les autres comme des pois et souvent séparées par des brides épaisses et dures; je viens d'observer une hydrocèle dont le segment antérieur était soulevé par trois renflements inégaux et dont la résistance était moindre que celle des tissus voisins. L'anatomie pathologique permettait de prévoir ces irrégularités: dans certains cas, les parois raboteuses, doublées de néo-membranes, de tractus, de plaques fibreuses, donnent attache à des cloisons qui divisent la cavité en loges secondaires distendues par l'hyper-sécrétion séreuse.

L'hydrocèle est fluctuante et transparente, et nous touchons ici aux caractères essentiels: la fluctuation proprement dite, la sensation de flot, existe rarement, et il est peu fréquent de rencontrer un scrotum flasque où le liquide soulève, sans la distendre, la vaginale trop spacieuse pour lui; c'est alors seulement qu'on voit et qu'on sent le flot fuir en ondulations sous le doigt qui le refoule. D'ordinaire la poche résiste, ses parois réagissent et repoussent le doigt qui les a déprimées. Lorsqu'on prend les bourses à deux mains, et qu'une main active comprime la tumeur, la pression est immédiatement et intégralement perçue par la main passive. Cette constatation si simple est d'une si grande sûreté, qu'après l'avoir faite, on regarde déjà comme certaine l'existence d'une collection liquide; il ne manque plus que peu de chose au clinicien pour affirmer la réalité de l'hydrocèle. En général, la transparence est facile à percevoir, surtout chez les enfants et chez les lymphatiques à peau fine, il suffit de soulever les bourses pour que les rayons lumineux qui les traversent leur donnent une coloration rosée caractéristique. Mais, le plus souvent, il faut chercher cette translucidité en énucléant pour ainsi dire le scrotum, étreint en haut vers son insertion au pubis. La tumeur, interposée alors entre l'œil du chirurgien et un foyer de lumière artificielle ou naturelle, en laisse passer les rayons; le stéthoscope rend ici des services. L'hydrocèle peut exister sans qu'on trouve la transparence: celle-ci fait défaut tantôt parce que le liquide est recouvert par un scrotum épais, une vaginale doublée de plaques fibreuses; tantôt parce que le liquide est trouble, mêlé à du sang; tantôt enfin parce que la tumeur est multi-

loculaire et que les loges, petites et à parois épaisses, ne laissent pas passer la lumière.

La recherche de la transparence donne-t-elle des renseignements précis sur le point du scrotum occupé par le testicule? Sa masse doit arrêter les rayons lumineux et dessiner un segment noir dans la cavité translucide: il ne faut pas trop compter sur ce signe, indiqué par Curling. Boyer avait déjà vu que « l'étendue de la partie opaque n'est pas proportionnée au volume de l'organe », et une grosse glande provoque une ligne ombrée à peine perceptible. Nélaton avait fait la même remarque et, en 1858, Marcellin Duval⁽¹⁾ montrait que, dans certains cas, la transparence est « totale sans qu'on puisse constater la moindre ombre portée par la glande ». Orhond⁽²⁾, plus tard, et Tédénat⁽³⁾ insistent sur cette translucidité, qui peut être complète dans les épanchements volumineux. Pour découvrir le siège exact du testicule, nécessaire à connaître lors de l'intervention, le doigt explore la bourse et généralement, en arrière et en dedans, il sent une *côte dure*, sans rénitence, où une pression énergique éveille une douleur accablante. C'est en avant ou en dehors que la pression du doigt la provoque lorsque la glande est inversée.

Ces caractères tirés de la forme, de la fluctuation, de la transparence de la tumeur et de la position occupée par le testicule ne seraient pas les seuls. On a parlé d'une légèreté particulière de l'hydrocèle, et Boyer, Curling, Velpeau, Desprès ont discuté ce signe infidèle; le silence s'est fait sur lui après les recherches de Nélaton, pour qui la légèreté « est un de ces signes qui ont été inventés dans le cabinet et qui ne se sont transmis jusqu'à nous que parce que personne n'avait jamais songé à en vérifier l'exactitude ». On a noté dans quelques cas une sorte de frottement, une sensation d'amidon froissé; Mazoyer dit que, chez un malade de Velpeau, dans une hydrocèle double, l'une des deux tumeurs « donnait une crépitation remarquable, bien que la ponction ne permit de révéler rien qui pût indiquer la cause de cette crépitation ». Nous avons observé le même phénomène sur un étudiant arménien. Parfois cette crépitation s'explique par le peu de volume de l'épanchement; le liquide refoulé par la pression du doigt permet au feuillet pariétal, irrégulier et grenu, d'aller froter le feuillet viscéral de la séreuse.

Les symptômes fonctionnels sont de médiocre importance; les hydrocèles ne sont point douloureuses, mais gênantes seulement par leur volume et par leur poids et, lorsque leurs dimensions sont énormes, on les a vues provoquer des tiraillements dans les lombes et dans les aines. La tumeur se développe aux dépens des téguments qui l'environnent: aussi dans les épanchements doubles, ou lorsque la vaginale est distendue par une grande quantité de liquide, la verge peut s'enfoncer jusqu'à être enfouie sous la masse scrotale; la miction se fait alors par une fente, une sorte d'ombilic, dont les lèvres, surtout dans les régions déclives, sont excoriées par l'action irritante de l'urine. La fonction du pénis en est parfois entravée et la copulation devient impossible. Mais ces troubles du coït et de la miction, la gêne, la pesanteur sont exceptionnels; les quelques malades qui souffrent de leur épanchement sont surtout des hypochondriaques qu'inquiète leur tumeur scrotale. La *marche* de l'hydrocèle est chronique; à la

(1) MARCELLIN DUVAL, *Annuaire de thérapeutique*, 1858, p. 284.

(2) ORHOND, Thèse de Paris, 1874.

(3) TÉDENAT, *Étude sur la dioptrique des hydrocèles*. *Gazette hebdom. des sciences médic. de Montpellier*, 1890.

suite d'un coup, sous l'influence d'un effort, au cours d'une inflammation de l'urètre, on a bien vu la vaginale se distendre en quelques heures, mais il s'agit alors d'une vaginalite aiguë. D'ordinaire, des semaines, des mois sont nécessaires avant que l'épanchement ait dépassé 100 grammes; mais il n'y a pas de règle fixe: dans certains cas, la tumeur reste stationnaire lorsqu'elle a atteint la grosseur du poing; d'autres fois, son développement paraît indéfini. On ne connaît pas les causes qui activent ou qui arrêtent l'hypersécrétion de la séreuse; toutefois une hydrocèle, fixe depuis longtemps, peut grossir tout à coup après un traumatisme ou une ponction qui provoque une poussée aiguë.

Complications. — Les inflammations sont fréquentes à la suite des ponctions; le scrotum devient rouge, chaud, douloureux, tuméfié; la fièvre s'allume et l'affection phlegmoneuse peut devenir grave, si une large incision ne donne issue à la sérosité déjà floconneuse, louche et striée de pus. Gosselin et Nélaton ont observé ces poussées dans des cas où l'on ne saurait invoquer aucun traumatisme accidentel ou opératoire. Disons que, même sans intervention, l'inflammation s'apaise parfois; le malade en est quitte pour voir ses bourses plus distendues qu'avant cet épisode, mais, d'autre part, l'effet contraire a été signalé et la guérison aussi en a été la conséquence heureuse. Certaines hydrocèles augmentent pendant la journée et s'affaissent un peu le soir et la nuit, pendant le décubitus horizontal. On parle de *guérisons spontanées*: Pott en rapporte deux observations: dans l'une, la disparition complète était obtenue après six semaines d'un repos nécessité par un accès de goutte; chez un enfant de sept ans, la tumeur, qui avait le volume d'un œuf et datait de quinze mois, se résorba en vingt jours; malheureusement elle reparut; Behrend parle d'un épanchement jugé par la variole et Gillis par une grippe; enfin on cite partout le cas de cet individu dont l'hydrocèle se dissipait la nuit qui précéda le jour indiqué pour l'opération.

Mais il y eut rupture de la vaginale et cette complication mérite qu'on s'y arrête; les cas n'en sont pas rares et Brandi, Pott, J.-L. Petit, Dupuytren, Boyer en ont cité des exemples; depuis, cet accident a été étudié par Velpeau, par Reverdin et surtout par Saint-Martin, qui en donne une excellente monographie. La déchirure est parfois spontanée; ainsi en fut-il pour le malade que Velpeau devait ponctionner. Un couvreur, soigné par Reverdin, était assis sur une chaise lorsqu'il sentit une piqûre dans le scrotum qui s'affaissa, puis gonfla et devint bleuâtre; un vieillard, observé par Mayor, se couche avec une volumineuse hydrocèle et se réveille le matin avec les bourses ecchymosées. Parfois on note quelque cause insignifiante: Petit cite un éclatement de la vaginale, provoqué par un simple examen de la tumeur, qui, chez un malade de Brandi, se rompit on ne sait comment, après un excès de boisson; chez d'autres, c'est pendant la défécation, une quinte de toux, comme l'a vu Sabatier, un accès de colère, comme le dit Lallemand, l'action de rouler un tonneau, comme dans un fait de Pelletan, ou de monter dans son lit, comme l'a observé Peyrot. Puis viennent les violences extérieures nettes, un coup de pied dans les bourses, ainsi que J.-L. Petit, Béraud, Brodie, Cooper et Velpeau en donnent des exemples; enfin le traumatisme peut être voulu, et Serre racontait à sa clinique l'histoire d'un individu qui, par une compression énergique des bourses, provoquait l'éclatement d'une hydrocèle récidivante; il eut souvent recours à cette cure palliative.

La déchirure se ferait à la partie antérieure et supérieure de la séreuse, comme en témoignent les cas où l'incision a permis de reconnaître la fissure; les expériences de Saint-Martin prouvent que la résistance de la vaginale est moindre en ce point. La rupture se traduit par des phénomènes nets: douleur d'intensité variable, changement immédiat dans la forme de la tumeur; le scrotum gonfle, il devient œdémateux, et, au bout de quelques heures, il est ecchymotique: la suffusion sanguine envahit le pénis, les aines, le bas-ventre; parfois il s'agit, non d'une infiltration, mais d'un épanchement, et une cavité remplie de caillots se creuse entre les tuniques dissociées des enveloppes du testicule. L'hydrocèle a disparu; elle s'est affaissée dans les mailles du tissu cellulaire, mais il ne faut point s'attendre à une guérison; la déchirure se cicatrise et la séreuse, de nouveau close, est bientôt distendue par une nouvelle collection. Le foyer sanguin peut s'échauffer, un phlegmon se développe; cet accident et les manœuvres thérapeutiques qu'il nécessite ont d'ordinaire pour conséquence l'inflammation de la séreuse et son oblitération. Le traitement de ces ruptures est simple: l'abstention a été préconisée, et les résultats en sont bons; comme Reverdin, nous préférons inciser les bourses, enlever les caillots et pratiquer « la cure radicale ».

Variétés. — Certaines hydrocèles empruntent à des circonstances particulières des caractères assez spéciaux pour mériter une description séparée. Mais les auteurs ont trop multiplié ces variétés; plusieurs étudient à part les hydrocèles compliquées d'un kyste, dont la présence ne change guère le tableau clinique habituel; il n'en est pas de même de la hernie due à la persistance du conduit péritonéo-vaginal; aussi en parlerons-nous à propos de l'ectopie testiculaire. Les hydrocèles *multiloculaires* ne diffèrent des types classiques que par des cloisonnements; ce simple détail de structure, pas plus que la présence d'un liquide *laiteux*, ne suffit à créer une variété, et nous avons décrit ces particularités dans notre anatomie pathologique. Les hydrocèles *diverticulaires* et les hydrocèles *biloculaires* ne sont que des formes de l'hydrocèle congénitale. Aussi n'étudierons-nous ici que cette dernière, après avoir dit un mot de l'hydrocèle *infantile*.

L'hydrocèle *infantile*, qu'il ne faut pas confondre avec l'hydrocèle *congénitale*, est mal connue malgré sa fréquence. D'après certaines statistiques, elle existerait 1 fois sur 12, et Wechselsmann⁽¹⁾ en aurait trouvé 25 exemples sur 270 nouveau-nés. La tumeur peut être volumineuse: Vilcoq et Valat ont mesuré 50 grammes de sérosité dans la vaginale d'un mort-né; dans certains de nos cas, la distension du scrotum était telle qu'il ressemblait à une bulle opaline sillonnée de quelques arborisations vasculaires. La séreuse ne présente que peu de modifications, et les examens qu'on en a fait l'ont montrée normale. Aussi la pathogénie est-elle hypothétique; il est possible que la glande, l'épididyme en particulier contusionné ou seulement froissé pendant le travail, réagisse sur la vaginale et provoque son hypersécrétion. Cet épanchement est de courte durée et se résorbe sans l'aide du chirurgien. Tarnier n'a jamais eu recours contre lui à un traitement quelconque et nous pourrions en dire autant. Cependant Saint-Germain a dû intervenir dans quelques cas; il recommande le procédé de Defer; Monod et Terrillon conseillent l'injection iodée.

On nomme hydrocèle *congénitale* un épanchement séreux développé dans la vaginale, communiquant encore avec le conduit péritonéo-vaginal imparfaite-

(1) WECHSELMANN, *Archives de Langenbeck*, 1887, t. XXXVI, p. 626.