

nous en dirons autant de la réaction trop vive qu'a provoquée parfois la teinture d'iode. Gerdy a vu une vaginalite suppurée; Sharp, une orchite suivie d'abcès du testicule, Velpeau une destruction totale des enveloppes, Blandin une phlébite du cordon, qui détermina l'infection purulente et la mort; Pelletan signale un cas de tétanos, mais ne serait-il pas surprenant qu'une opération, pratiquée des milliers de fois, n'eût pas fourni au moins un exemple de toutes les complications des plaies?

Il est un reproche plus sérieux : pendant l'évacuation de la sérosité, la canule quitte la vaginale, et son orifice interne se trouve dans l'épaisseur des tuniques scrotales : on pousse la teinture d'iode, qui, au lieu de pénétrer dans la séreuse, s'infiltré dans les lames celluluses des bourses, où elle provoque un phlegmon : Astley Cooper, Giralès, Velpeau, Boyer Broca ont vu des inflammations mortifier le scrotum et entraîner la mort. Mais cette complication est exceptionnelle et nous récusons le relevé de Wendling, prétendant que 16 fois sur 100, on aurait observé « une suppuration abondante et 5 fois le phlegmon des bourses ». Nous nous sommes expliqué déjà sur la valeur de cette statistique. Du reste, on évitera l'accident si, au lieu de pousser l'injection avec une seringue, on verse la teinture d'iode dans un entonnoir; la pression est alors faible, comme l'a montré Guyon, et, si la canule est dans l'épaisseur des tuniques, le liquide n'a pas la force d'en écarter les mailles et de s'infiltrer au loin dans le scrotum.

Aussi, malgré ces accidents et ces complications possibles, l'avenir de l'injection iodée ne nous semble pas compromis; elle est efficace et amène la guérison de l'hydrocèle. Mais objecte-t-on encore, la récurrence serait fréquente et, d'après Wendling, sur 100 cas d'hydrocèles injectées, 50 seulement auraient été revues; or, pour 10 d'entre elles, l'épanchement s'était reproduit. La statistique personnelle de Gosselin donne une idée plus exacte de la proportion des retours. Sur 141 malades traités par l'injection iodée, la sérosité a reparu 16 fois; la récurrence est donc de 10 pour 100 environ; mais dans une deuxième statistique du même auteur et portant sur 149 cas, elle serait de moins de 7 pour 100. Sur 54 cas de Desprès et Velpeau, il y aurait eu 5 récurrences, proportion à peu près analogue à celle de Gosselin; elle serait pour Fafournoux de 4 pour 100; Stolz, sur 265 cas, ne note que 6 récurrences, soit 2 pour 100; Martin, de Calcutta, en accuse 1 pour 100; Duplay affirme qu'il n'a jamais vu l'épanchement se reproduire.

C'est au profit de l'incision des bourses, méthode vieille comme l'hydrocèle, mais renouvelée sous le couvert de l'antisepsie par Volkmann, Julliard, Bergmann, qu'a été menée la campagne contre l'injection irritante. Et voici l'opération qu'on propose : l'incision du scrotum, lavé et désinfecté, s'étend de l'anneau inguinal à la partie la plus déclive de la tumeur; les tuniques divisées se rétractent et mettent à nu la vaginale qu'on ponctionne avec le bistouri; on introduit des ciseaux par cet orifice, et d'un coup on sectionne la séreuse en haut et en bas, de façon que l'incision de la vaginale soit aussi étendue que celle des bourses; la glande est découverte : on l'inspecte de l'œil, on voit si des kystes saillent à sa surface, si des corps étrangers l'irritent; on lave la cavité avec un liquide peu irritant, puis on résèque une partie des feuillets trop amples, gardant juste ce qu'il en faut pour envelopper à nouveau le testicule. Nicaise a recommandé de « disséquer fin », comme pour la cure radicale de la hernie; c'est le moyen d'éviter l'ouverture des vaisseaux : l'opération se fait presque à blanc. On adosse alors le reliquat des deux feuillets réséqués, et leurs

lèvres, mises au contact, sont maintenues par quelques points de catgut, coupés au ras du nœud. La séreuse est ainsi reconstituée; restent les tuniques scrotales qu'on adosse et qu'on suture au fil de soie ou au crin de Florence. Pour notre part, nous supprimons le drain. Mais nous pratiquons une exacte compression par un pansement approprié; sur les sutures, vaseline boriquée et iodoformée; bourses entourées d'ouate qu'enserme un simple suspensoir. Au sixième ou au septième jour, lorsqu'on enlève ce premier pansement, la guérison est complète.

Les partisans de la *cure radicale* invoquent en sa faveur d'abord la guérison plus rapide : cinq à douze jours, au lieu de douze à vingt-cinq. Cela est de peu de poids, car vers la fin de la première semaine, l'une ou l'autre méthode permettent à l'opéré de se lever et de reprendre une certaine activité. Deux arguments sont plus graves : le retour est moins fréquent et les chances opératoires sont meilleures dans cette intervention à ciel ouvert où l'on voit ce qu'on fait, où l'on ne risque pas de transpercer la glande et de pousser le liquide irritant non dans la vaginale, mais dans les bourses. Il est certain qu'après l'incision antiseptique, la récurrence est plus rare et les observations d'Augagneur, de Volkmann, de Juilliard, le tableau annexé aux thèses de Wendling et de Nimier prouvent qu'elle est à peine de 1 pour 100. Tout cela est exact, mais nous ferons trois réserves : d'abord l'injection est souvent pratiquée avec des solutions iodo-iodurées au quart ou au tiers et altérées par une longue exposition à la lumière. Avec de la teinture pure et récente, les échecs seront moins nombreux : nous avons traité trois malades chez qui, après une injection mal faite par des confrères inexpérimentés, nous avons eu recours de nouveau à la teinture d'iode avec un succès définitif. Ensuite, dans plusieurs observations, — et c'est notre seconde réserve, — les parois de l'hydrocèle étaient épaissies; il s'agissait d'une pachyvaginalite; le liquide se reproduit et il faut attribuer à cette cause le chiffre des revers dont est chargée la statistique de Gosselin. La récurrence sera moins fréquente lorsqu'on fera un départ soigneux entre l'hydrocèle simple et l'hématocèle au premier degré. La troisième réserve nous est inspirée par ce fait que, après des succès remarquables, la cure radicale nous a donné coup sur coup trois retours que nous expliquerons de la façon suivante : avec la décortication du feuillet le plus interne de la séreuse, on n'ouvre plus de vaisseau et l'intervention se fait avec une rapidité telle que la séreuse ne subissant qu'une irritation légère ne réagit plus suffisamment; ses surfaces ne sont pas assez modifiées et la récurrence est possible. Aussi frottons-nous la glande avec de l'alcool ou avec la solution phéniquée à 5 pour 100.

La gravité moindre est un pur paradoxe; on peut piquer, il est vrai, le testicule avec la pointe du trocart, tandis que l'incision en serait toujours innocente : sur 457 observations recueillies par Nimier, pas d'accidents imputables à l'opération; il n'y aurait qu'un phlegmon des bourses, publié par Gross. Mais d'abord, sur 457 cas, Wendling trouverait à cette heure plus d'une suppuration étendue. On cite des faits d'hémorragie, des gangrènes, des suppurations; il suffit pour s'en convaincre de lire la thèse d'Albers, de Berlin (1). Et puis l'incision n'est guère pratiquée que par des chirurgiens habiles, tandis que la ponction est dans le domaine public. Lorsque la cure radicale sera tombée dans les mains de médecins téméraires, ignorants et mal outillés, nous demanderons à en voir les statistiques. Aussi, dans les hydrocèles simples, la méthode de choix est-elle l'injection par la

(1) ALBERS, *Beitrag zur Statistik der Hydrocelen. Dissertation inaugurale.* Berlin, 1889.

teinture d'iode : elle est efficace, facile et ne réclame qu'un outillage primitif.

Pour ne pas être la méthode de choix, l'incision n'en a pas moins ses indications précises, et nous y avons recours dans les cas suivants : les hydrocèles à *cavités multiples*; — on évacuerait facilement le liquide que contiennent les divers alvéoles, mais, lorsque ceux-ci sont vides et affaissés, comment injecter la teinture d'iode? De même pour les vaginalites compliquées par la présence d'un *corps étranger* libre ou adhérent qu'on enlèvera au cours de l'opération, ou bien lorsque l'épanchement voile une *glande altérée*. Le testicule, sous les yeux et sous les doigts du chirurgien, pourra être exploré, et parfois l'incision ne sera que le premier temps d'une opération plus complexe : castration, ablation de kystes, évidement de foyers caséux. L'incision est indiquée lorsque l'*injection iodée n'a pas réussi*, nous entendons l'injection bien faite, et pour toute hydrocèle *vieille, volumineuse, à parois indurées*. On a le tort d'opposer les deux méthodes; il faut les accepter l'une et l'autre et les appliquer selon les circonstances. Résumons les développements qui précèdent en trois conclusions rapides : 1° la ponction suivie d'injection iodée est une opération excellente; on y aura recours dans les hydrocèles simples; 2° l'incision antiseptique des bourses, qui nécessite une éducation chirurgicale supérieure, ne sera préférée que dans des cas spéciaux; 3° on l'adoptera pour les hydrocèles congénitales et multiloculaires, lorsque l'épanchement se complique de corps étrangers et surtout lorsque l'hydrocèle a récidivé ou que les parois de la vaginale sont indurées et épaissies.

#### 2° VAGINALITE PLASTIQUE

La vaginalite chronique *plastique*, caractérisée par un dépôt de néo-membranes, par des adhérences ou par une oblitération de la vaginale, n'a pas sa place dans la nosographie : à peine trouve-t-on, çà et là, des lambeaux de description à propos des lésions qui l'ont provoquée. Nous avons, pour notre part, signalé les épaississements qu'engendrent la tuberculose et la syphilis. Mais nous ne voudrions parler ici que des périorchites dues à des troubles de la glande trop fugaces ou trop légers pour prendre le pas sur l'inflammation de la vaginale elle-même. D'ailleurs, la cause et l'effet, l'affection du testicule et celle de sa séreuse passent le plus souvent inaperçus et c'est, d'ordinaire, un hasard d'autopsie qui permet d'étudier une altération aussi commune que peu intéressante.

La coalescence partielle est extrêmement fréquente : d'après Regnault (1) et Duplay, un tiers environ des sujets pris au hasard des autopsies en sont atteints; une blennorrhagie ancienne en serait la cause la plus habituelle. La fusion complète des deux feuillets séreux est plus rare; pour dégager la glande, il faut la décortiquer d'une enveloppe épaisse, surtout aux environs de l'épididyme perdu dans une gangue fibreuse, criant sous le scalpel, à peine vasculaire et rappelant, comme structure, « les fibromes cornéens ». Dans d'autres cas, la fusion est incomplète, une portion de la cavité persiste, divisée en vacuoles distendues ou non par du liquide. La dissection seule permet de reconnaître la glande aplatie, anémiée, mais parfois à peine altérée, et comme protégée d'une constriction trop énergique par une albuginée normale ou doublée de plaques

(1) REGNAULT, *Des adhérences de la vaginale testiculaire*. Gaz. des hôp., 50 juillet 1892.

laites, d'aspect cartilagineux ou incrustées de sels calcaires. Nous n'insisterions pas sur cette lésion, sournoise dans son développement, obscure par son origine et qui évolue sans éveiller ni trouble ni souffrance, si on ne l'avait accusée de provoquer des troubles de la spermatogénèse. « Dans le cas, disait Gosselin, où la tunique vaginale est tout à fait oblitérée par des adhérences solides et définitives, la substance séminifère ne fournit pas de spermatozoïdes. » Cette affirmation, partout reproduite, a force de loi et, pour la contester, nous ne voyons guère que Fleury et Juillard. Encore ces auteurs n'invoquent-ils que des raisonnements au lieu d'apporter des observations.

J'ai voulu contrôler (1) l'assertion de Gosselin, et mes recherches ont porté sur plus de 500 testicules dont 25 seulement présentaient des adhérences; encore en est-il 12 où la fusion des deux feuillets n'était pas absolue; les trois quarts, les quatre cinquièmes, les cinq sixièmes même de la séreuse étaient oblitérés, mais il restait encore un espace libre capable de loger un haricot ou un pois. Sur ces 12 cas, les animalcules manquaient 4 fois, et 8 fois se rencontraient en abondance. Mais, pour nous en tenir à la lettre des conditions indiquées par Gosselin qui exige des adhérences « complètes et définitives », nous ne nous occuperons que des 11 glandes dont la cavité avait disparu par une fusion absolue des deux feuillets épaissis, scléreux et d'une densité telle que, pour isoler le testicule, il fallut le sculpter dans sa gangue fibreuse. Eh bien! dans ces 11 cas, les spermatozoïdes manquaient 5 fois, tandis que 8 fois ils existaient sans conteste. L'affirmation de Gosselin tombe donc devant les faits et, du moins, 8 fois sur 11, les adhérences totales n'ont en rien troublé la spermatogénèse.

Mais attribuerons-nous aux adhérences de la séreuse l'absence d'animalcules dans 5 de nos 11 observations? D'abord les 5 sujets chez qui manquaient les spermatozoïdes avaient 70, 81 et 84 ans. Or les recherches de Duplay le père, celles de Dieu et les nôtres montrent qu'à cet âge les zoospermes manquent dans plus de la moitié des cas. Ensuite et surtout parce que les inflammations de la vaginale sont provoquées par une altération primitive de l'épididyme, il est logique d'attribuer les troubles de la spermatogénèse, lorsqu'ils existent, plutôt aux oblitérations de l'épididyme qu'aux adhérences secondaires de la séreuse : Gosselin lui-même a prouvé que les épididymites et les péri-épididymites oblitérent souvent le canal excréteur du sperme. Les faits qu'il invoque pour incriminer le rôle des adhérences sont loin d'avoir la même valeur. Nous avons relu toutes ses œuvres et nous n'y trouvons qu'un seul cas à l'appui de sa thèse. Encore y dit-il que, à côté des adhérences des deux feuillets, la queue de l'épididyme étant indurée, cette lésion pouvait, aussi bien que les néo-membranes, expliquer l'absence d'animalcules dans les glandes. Une observation douteuse, voilà tout ce que nous trouvons à l'actif de la doctrine!

Aussi, l'affirmation de Gosselin me semble-t-elle erronée. L'adhérence des deux feuillets de la vaginale « ne décourage point la spermatogénèse ». Dans les cas assez rares — 5 sur 11 — où les animalcules font défaut, on doit incriminer surtout l'épididymite qui a provoqué les néo-membranes et non les néo-membranes qui sont secondaires. Pourtant, sur ce point, nous ne voudrions pas être exclusif. Poulin, dans ses *Études sur les atrophies viscérales consécutives*

(1) RECLUS, *De la spermatogénèse dans l'oblitération de la vaginale*. Bull. de la Soc. de chir., 11 juillet 1888.

aux inflammations chroniques des séreuses, et Pilliet dans des recherches plus topiques puisqu'elles se rapportent à l'organe qui nous occupe, ont montré que le processus inflammatoire dont la séreuse est le siège se propage au viscère et y détermine une sclérose. Il est donc possible que dans les quelques cas où la spermatogenèse est tarie, il faille invoquer, non un arrêt dans les voies d'excrétion, mais une sclérose parenchymateuse qui a étouffé les tubes séminifères. Cette opinion, défendue par Charles Monod<sup>(1)</sup>, mérite qu'on s'y arrête.

### 3<sup>e</sup> CORPS ÉTRANGERS ORGANIQUES

Ils peuvent être rapprochés des inflammations plastiques. On les décrit à peine et cette omission se comprend, car — et nous le disons dans la thèse de Salis<sup>(2)</sup> — ils n'ont aucune importance et leur petit volume, leur facilité à jaillir au dehors avec le liquide de la vaginale, expliquent comment ils restent inaperçus dans les autopsies. Cependant un cas de Morgagni est cité partout. A. Cooper, Curling et Gosselin leur consacrent une brève mention. Chassaignac, en 1852, retire d'une tunique vaginale une masse flottante qui mesure 2 centimètres de long sur 12 millimètres de large, puis E. Nélaton, Laborde, Legroux et Damaschino, Duplay publient des cas intéressants. Virchow et Malassez déterminent leur structure; en 1875, nous en présentons un grand nombre à la Société anatomique et nous prouvons que rien n'est plus fréquent que les « petits » corps organiques de la séreuse testiculaire; nous prouvons qu'ils ne se développent pas en tous points d'une manière indifférente: c'est au niveau des cryptes creusées dans le cul-de-sac sous-épididymaire et sur l'hydride de Morgagni qu'on les rencontre le plus souvent.

Une circonstance que nous avons mise en lumière<sup>(3)</sup> explique pourquoi ils échappent si souvent aux regards: ils sont parfois cachés dans un diverticule à ouverture étroite. Lorsqu'on les presse pour les chasser de cette loge, ces corpuscules écartent un diaphragme qui en oblitère l'orifice et apparaissent tantôt libres, tantôt retenus par un pédicule. Nous n'en avons jamais observé sur l'épididyme ni sur le feuillet pariétal de la vaginale; en dehors des points d'élection, on les rencontre sur la face interne et la face externe du testicule, sur son bord antéro-inférieur et postéro-supérieur, sur son extrémité supérieure et son extrémité inférieure. Lorsqu'ils sont appendus à l'hydride, ils rappellent un grappillon de raisin; leurs grains, transparents et souvent au nombre de 5 ou 6, sont pressés les uns contre les autres et comme soudés. On dirait du sable dont on aurait saupoudré l'hydride; quelquefois ils sont pédiculés ou s'appliquent sur l'albuginée comme une plaque ou une demi-sphère. D'ordinaire presque imperceptibles, ils peuvent atteindre la grosseur d'un grain de mil, et même d'un grain de chènevis. Mais les corps flottants gros comme un haricot sont exceptionnels, et le fait de Chassaignac est unique où la tumeur atteignait 2 centimètres de long sur 12 millimètres de large.

Lorsqu'il y a des corps flottants dans une des tuniques vaginales, on en trouve dans l'autre: la coexistence est la règle. Sans parler de ces grains transparents qui parfois recouvrent l'hydride, il est fréquent de compter 4, 5 et même

(1) CHARLES MONOD, *Bull. de la Soc. de chir.*, 11 juillet 1888, vol. XIV, p. 599.

(2) SALIS, Thèse de Paris, 1876.

(3) RECLUS, *Bull. de la Soc. anat.* Paris, 1875, 5<sup>e</sup> série, t. X, p. 500.

6 corps libres ou pédiculés. Mais il faut explorer jusqu'au moindre repli et on ne les fait jaillir qu'en pressant sur les diverticules du cul-de-sac sous-épididymaire. Ils offrent souvent un hile ou une portion du pédicule qui correspond au point par lequel ils étaient attachés; mais ce hile peut manquer. Sur une coupe on constate la juxtaposition de couches concentriques dont la résistance rappelle celle de la cornée. Entre les diverses strates on rencontre parfois de petites traînées jaunes ou brunes ou même rouges, dues à des suffusions sanguines. Ces couches périphériques peuvent former la totalité du corps étranger, mais souvent elles n'en constituent que le quart ou le tiers et l'on trouve au centre une petite lacune remplie de liquide ou qu'occupe un noyau crétaqué. Leur structure est toujours la même, et Malassez a montré que la masse totale est composée de tissu fibreux, substance amorphe, sans vaisseaux et dans laquelle se creusent des fentes parallèles; ces espaces cellulaires sont disposés concentriquement au noyau. Celui-ci, d'un jaune terne, est formé de corps de nature minérale et cristalloïde, à cinq ou six pans, effervescents au contact de l'acide nitrique.

Ces corps étrangers naissent-ils sur l'albuginée? En 1875, en étudiant un testicule dont la vaginale contenait trois corps flottants et sur l'hydride duquel pendaient plusieurs productions semblables, nous avons constaté, au niveau du bord antéro-inférieur de la glande, une petite tumeur d'un blanc laiteux, de consistance pulpeuse et qui pouvait aussi bien provenir de la face superficielle de l'albuginée que de la face profonde de la séreuse viscérale. On a le droit de se demander en quoi ce mode de développement serait inadmissible; les corps étrangers du testicule pourraient provenir de l'albuginée aussi bien que les arthropytes, du tissu fibreux des articulations. Toutefois on admet qu'ils sont un développement anormal des villosités de la vaginale décrites par Rokitsansky, Kolliker, Rainy et constituées par un stroma fibrillaire au milieu duquel rampent des vaisseaux et où l'on trouve quelques cellules cartilagineuses; un épithélium pavimenteux l'enveloppe. Que ces villosités s'hypertrophient et se pédiculisent, que le pédicule se rompe, et l'on aura les corps étrangers organiques.

Il existe des traces d'inflammation dans toute vaginale contenant des corps étrangers: hydrocèle presque constante, adhérences, brides fibreuses, vaisseaux de nouvelle formation, reliquats hémorragiques. Ces désordres sont-ils causés par les corps étrangers? Il est plus logique de regarder l'inflammation comme primitive; elle est sans doute liée à quelque lésion chronique de la région bulbair et prostatique, retentissant d'abord sur l'épididyme qu'elle sclérose et sur la vaginale qu'elle épaissit. Cette conception permet de considérer comme appartenant à une série ininterrompue les plaques cartilagineuses, les corps fixes et les corps flottants; ils ne seraient qu'une manifestation de la vaginalite plastique. Et, de fait, on ne rencontre pas de corps étrangers dans la vaginale des enfants: à ce moment de la vie, les inflammations chroniques n'existent point; de là cette absence simultanée de sclérose épидидymaire, de plaques fibreuses, de néo-membranes et de corps étrangers. Mais ces hypothèses ont peu d'intérêt: ces corps ne se démasquent que dans les cas où ils atteignent le volume de celui de Chassaignac. Le diagnostic alors sera facile, grâce à la dureté et à la mobilité du corps, bien distinct de la glande spermatique; une incision franche permettra de l'atteindre et de l'extirper.

4<sup>e</sup> PACHYVAGINALITE

Le mot *hématocele*, imposé par Heister, est impropre; hématocele signifie tumeur sanguine et le sang peut manquer dans les hématoceles. Nous préférons ceux de *vaginalite plastique* et de *périorchite* employé par Kocher. Encore semblent-ils mieux applicables aux hydroceles à parois altérées ou aux adhérences de deux feuillettes de la séreuse. Le terme de *pachyvaginalite* donne seule une notion exacte sur l'affection qu'il rattache aux lésions semblables des autres séreuses. Aussi disons-nous, et ce sera notre définition : la pachyvaginalite est une inflammation chronique caractérisée par l'épaississement de la séreuse qui enveloppe la glande spermatique.

**Historique.** — Nos vieux auteurs ne mentionnent pas la pachyvaginalite. Cependant on rencontre çà et là quelques cas douteux. Saviard parle « d'un courrier de Bourdeaux, nommé M. Framboise, qui, en 1697, vit son scrotum prendre un volume considérable; la bourse fut ouverte et il s'en écoula une bonne chopine d'une couleur noirâtre et semblable à la bave d'un sang corrompu ». D'ailleurs, Vigo, en 1552, ne semblait-il pas connaître la pachyvaginalite et la distinguer du sarcocèle malin? « Fault, après l'ouverture faite, regarder si le testicule n'est point corrompu; fault séparer toute la carnosité avec un instrument convenable et bien tranchant et l'oster, et, pour réduire le testicule en son premier lieu, fault coudre l'incision... »

Au XVIII<sup>e</sup> siècle, John Hunter pose nettement la question : la séreuse contient parfois du sang dont l'extravasation n'est pas toujours « le résultat immédiat d'une violence extérieure; elle peut être l'effet d'une action morbide ou d'un mode particulier de sécrétion ». Cette doctrine va s'obscurcir chez les auteurs du commencement de ce siècle, sauf peut-être chez A. Cooper. Celui-ci, du moins, sait que l'hématocele n'est pas toujours d'origine traumatique; il cite deux observations où l'épaississement de la vaginale survint sans que le malade pût invoquer la moindre violence. Boyer, au chapitre intitulé : *De quelques tumeurs des bourses auxquelles on a donné improprement le nom de sarcocèle*, fournit une étude assez précise. Dupuytren fait de la pachyvaginalite une simple variété de l'hydrocèle : « Quelquefois j'ai vu le feuillet séreux être le siège d'exhalations sanguines plus ou moins abondantes ou présenter des plaques osseuses d'une étendue variable ». Blandin parle d'hydroceles dont les parois « sont épaissies de plusieurs lignes, opaques, dures, cartilagineuses et, dans des cas rares, de consistance ostéo-crétacée...; elles se sont accrues par superposition de couches pseudo-membraneuses ». On trouve, dans la cavité, de la sérosité, des flocons albumineux et du sang.

Ce sont là des descriptions vagues et, vers cette époque, aux environs de 1840, la pachyvaginalite est mal connue. Jules Cloquet, dans le *Dictionnaire en 50 volumes*, dit que l'hématocele succède toujours à une ponction des bourses; la pointe du trocart ou de la lancette ouvre des vaisseaux sanguins variqueux et l'épanchement se produit. La thèse d'Ernest Cloquet, à la date de 1846, est considérée comme de majeure importance dans l'histoire de l'hématocele. Nous ne partageons pas cet enthousiasme; Cloquet s'empare d'une idée développée par Velpeau : la pachyvaginalite aurait pour origine une effusion sanguine dans

la séreuse dont les parois s'épaissent par dépôts successifs de fibrine et par exsudation de lymphé plastique. Quant à l'hémorragie génératrice de l'affection, elle est traumatique ou spontanée, et l'auteur cite 8 observations où la tumeur est survenue sans qu'on puisse trouver la moindre violence pour en expliquer l'apparition. Là est le seul point bien observé, car Cloquet met au premier rang l'épanchement sanguin qu'il regarde comme le phénomène capital. Gosselin sépare l'hématocele traumatique pariétale de l'hématocele spontanée vaginale. L'auteur renoue la tradition rompue depuis Boyer et prouve que l'épaississement de la séreuse précède l'épanchement sanguin; les vaisseaux de la néo-membrane se déchirent et inondent la vaginale : l'hémorragie est un résultat et non un point de départ, comme le voulait Cloquet. Il est à regretter que l'éminent clinicien ait adopté la désignation sans relief d'*hématocele consécutive*; pourquoi pas celle de « vaginalite pseudo-membraneuse » qu'il prononce au cours de son travail? Il eût relégué au rang qui lui convient cet épisode — qui fait parfois défaut — de l'irruption du sang dans la séreuse, pour fixer l'attention sur le point capital, l'épaississement de la vaginale.

A. COOPER, Oeuvres chirurgicales, trad. française. Paris, 1837, p. 475. — BÉRAUD, Considération sur l'hématocele ou épanchement sanguin du scrotum. *Arch. génér. de médecine*, mars 1851. — BLANDIN, art. HYDROCÈLE du *Dict. de méd. et de chir. prat.* en 15 vol., 1855, t. X, p. 110. — BOYER, Traité des maladies chirurgicales, 4<sup>e</sup> édition, t. X, p. 505. — ERNEST CLOQUET, De l'hématocele vaginale. Thèse de Paris, 1846. — JULES CLOQUET, art. HÉMATOCÈLE du *Dict. de méd.* en 50 vol., 2<sup>e</sup> édit., 1857, t. XV, p. 101. — CURLING, Maladies du testicule. Trad. française, 1857, p. 255. — DONNAY, De l'hématocele de la tunique vaginale et de ses complications à la suite des ponctions exploratrices. Thèse de Paris, 1877. — DUPUYTREN, *Cliniques chirurgicales*, t. IV, p. 459. — FOURNOUX, Contribution à l'étude des hydroceles récidivées. Thèse de Paris, 1885. — FANO, Quelques remarques sur le traitement de l'hématocele vaginale spontanée. *Union méd.*, 1865, 2<sup>e</sup> série, t. XXVIII, p. 548. — GOSSSELIN, Recherches sur l'épaississement pseudomembraneux de la tunique vaginale dans l'hydrocèle et l'hématocele. *Arch. gén. de méd.*, sept. 1851. — DU MÊME, Hématocele vaginale. *Clin. chir. de la Charité*, 1875, t. II, p. 419. — DU MÊME, Lettre sur le traitement de l'hématocele. *Arch. gén. de méd.*, 1885, p. 5. — HEISTER, *Institutiones chirurgicæ*. Amsterdam, 1750, 2<sup>e</sup> partie, 5<sup>e</sup> section, chap. cxxiii. — JOHN HUNTER, Hematocele specifica testis. *Œuvres complètes*, trad. de Richelot, 1839, t. I, p. 700. — IMBERT DE LONNES, Traité de l'hydrocèle, de l'hématocele, p. 515. Paris, 1785. — JAMAIN, De l'hématocele du scrotum. Thèse pour l'agrégation en chirurgie, 1855. — KOCHER, *Handbuch der Chirurgie von Pitha und Billroth*, Bd. III, abth. II, 8. — LANNELONGUE, art. HÉMATOCÈLE VAGINALE du *Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1875, t. XVII, p. 276. — MOLINIÉ, De quelques particularités dans la forme, la nature et le traitement de l'hydrocèle et de l'hématocele. *Journal de l'Expérience*, 1840, p. 49 et 154. — AMBROISE PARÉ, *Les Œuvres d'Ambroise Paré*, 12<sup>e</sup> édition, 8<sup>e</sup> livre, p. 200. Lyon, 1664. — RECLUS, art. HÉMATOCÈLE du *Dict. encycl. des sciences méd.* Paris, 1887, 4<sup>e</sup> série, t. XIII, p. 1. — ROCHARD, Note sur l'hématocele de la tunique vaginale qui remonte dans l'abdomen à travers le canal inguinal. *Union méd.*, 1860, 2<sup>e</sup> série, t. VII, p. 559. — ROUX, art. SARCOÈLE du *Dict. de méd.* en 50 vol., 1844, 2<sup>e</sup> édit., t. XXIX, p. 499. — SAVIARD, *Nouveau recueil d'observations chirurgicales*, 1702, p. 125. — TÉDENAT, Vaginalites syphilitiques. *Mémoires de chirurgie*, 1<sup>re</sup> série, 2<sup>e</sup> édit., p. 20. — VELPEAU, De l'hématocele. *Leçons orales de clinique chirurgicale*, 1841, t. II, p. 581. — VIDAL DE CASSIS, *Traité de pathologie externe*, t. V, p. 525. — VIGO, Édition de 1552, livre II, chap. vi. — WACIL OSMAN, De l'hydrocèle vaginale, ses rapports avec l'hématocele spontanée. Thèse de Paris, 1879.

**Anatomie pathologique.** — Les altérations de la vaginale ne retentissent guère sur le scrotum; dans les 117 observations que nous avons compulsées, nous trouvons quelques œdèmes chroniques des enveloppes. Dans un cas de Gérin Roze, les tuniques, épaissies de 2 centimètres 1/2, faisaient croire à une bourse éléphantiasique. Parfois la vaginale se fissure, et nous avons vu deux faits où le sang amassé dans la séreuse s'infiltrait sous la peau en larges traînées ecchymotiques. Annandale parle d'une hématocele datant de vingt-sept