

Au moment de la naissance, le sac formé par la partie de la tunique vaginale commune située entre la face interne de la paroi abdominale et le pôle supérieur du testicule, s'oblitére habituellement; le prolongement vaginal du péritoine, nom donné à ce sac séreux ouvert en haut, devient alors le ligament vaginal. Cependant, il peut persister dans toute son étendue ou seulement sur certains points de son trajet; c'est à ces conditions anatomiques qu'il faut rapporter les formes variées des collections liquides du cordon. Souvent aussi l'oblitération reste incomplète sur toute la longueur du sac vaginal.

Sur la face externe de la tunique vaginale commune s'applique le muscle **crémaster externe et interne** (HENLE); ce dernier est formé de fibres musculaires lisses. Le crémaster externe consiste en une série de faisceaux musculaires, de force et d'étendue très variables, en continuité avec les muscles petit oblique et transverse de l'abdomen.

1. Lésions traumatiques des enveloppes du testicule et du cordon.

§ 269. — On désigne sous le nom d'**hématocèle** les épanchements sanguins qui se produisent dans le scrotum, et sont ordinairement la conséquence de contusions, d'efforts de pression abdominale, ou de plaies tubulaires. Rarement l'hématocèle survient, en apparence spontanément, chez les individus qui présentent une dilatation variqueuse des veines et un relâchement du scrotum; nous disons en apparence, parce qu'évidemment une cause traumatique légère joue aussi dans ces cas un certain rôle. Dans le scorbut, on a cependant observé des cas d'hématocèle vraiment spontanée. Il est préférable de désigner ces divers épanchements sous le nom plus exact d'**hématome des tuniques vaginales**.

Lorsque l'épanchement se produit dans le tissu conjonctif qui entoure les éléments du cordon, et est entouré lui-même par la tunique vaginale commune, on lui donne le nom d'**hématome (hématocèle) du cordon spermatique**, dont on distingue une forme diffuse et une forme circonscrite. KOCHER a déterminé expérimentalement ces formes d'hématocèle au moyen d'injections. La **forme circonscrite** est due le plus souvent à un épanchement dans des cavités de la tunique séreuse interne, qui sont elles-mêmes des restes du prolongement vaginal du péritoine existant pendant la période fœtale; plus rarement elle est le résultat de l'enkystement d'un épanchement primitivement diffus; elle peut atteindre de grandes dimensions. La **forme diffuse** constitue ordinairement une tumeur étendue à toute la longueur de la partie extra-abdominale du cordon; mais elle peut également intéresser la partie intra-abdominale de ce dernier, ce qui s'explique facilement par la continuité du tissu conjonctif lâche de ces deux parties.

Sous le nom d'**hématome de la tunique vaginale propre (hématocèle vaginale, ou intra-vaginale)** on désigne les épanchements sanguins que se font dans la cavité vaginale. Cette affection se montre très rarement d'une façon indépendante; elle ne se produit guère que dans une hydrocèle préexistante, soit qu'il s'agisse d'une contusion de cette dernière, soit qu'un vaisseau ait été blessé et non lié, dans le cours d'une opération d'hydrocèle.

Dans la plupart des cas le sang épanché disparaît par résorption; celle-ci est toujours très lente à se faire. Le passage à la suppuration est rare, pour peu que le malade suive les conseils du médecin. Le traitement consistera dans l'expectation pure et simple: les bourses seront toutefois relevées et recouvertes de compresses glacées. Ce n'est que dans les cas où les signes d'hémorragie persistent, en dépit de ce traitement, que l'on tentera la compression du bout central de l'artère à l'aide d'un bandage herniaire (MALGAIGNE), en supposant que l'on ait des raisons d'admettre que ce soit là la source de l'écoulement sanguin. Encore beaucoup plus rarement, on aura recours à une incision, dans le but de découvrir et de lier les vaisseaux qui donnent du sang (POTT). Nous n'avons pu, sous ce rapport, obtenir les renseignements désirés, même en consultant les riches collections d'observations de chirurgiens très occupés. Dans les cas où l'on eut recours à une intervention opératoire, on ne put, bien souvent, arrêter d'une façon définitive l'écoulement sanguin par la ligature des vaisseaux, et POTT fut même obligé de pratiquer finalement la castration, à la suite d'une récurrence de l'hémorragie.

Lorsqu'on se décide à évacuer les caillots sanguins, soit que l'hématome persiste depuis longtemps dans le même état, soit que le sang épanché ne subisse pas une résorption complète, on aura soin de pratiquer une large incision, avec toutes les précautions de la méthode antiseptique; ces dernières seront, du reste, aussi de rigueur dans le traitement consécutif. Il va sans dire que l'on incisera le plus tôt possible les collections purulentes.

2. Inflammations des enveloppes du testicule et du cordon.

§ 270. — L'**inflammation aiguë de la tunique vaginale propre du testicule (vaginalite, orchidoméningite, périorchite, hydrocèle aiguë)**, peut être produite par un traumatisme (contusion, commotion, étranglement, plaies, corps étrangers); elle peut être causée aussi par propagation de l'inflammation, dans les affections aiguës et chroniques des organes génito-urinaires, principalement dans la blennorrhagie, la cystite, l'irritation de l'urètre et de la vessie par des sondes, des bougies, des instruments de lithotritie, ainsi que dans les cas où des corps

étrangers se sont enclavés dans la vessie ou la portion prostatique de l'urètre; parfois l'hydrocèle aiguë est la conséquence d'inflammations de la prostate, de l'épididyme et du testicule; enfin, dans des cas très rares, il s'agit d'une inflammation métastatique accompagnant des affections d'autres membranes. Très souvent, nous provoquons une périorchite aiguë dans le but de guérir une hydrocèle chronique (voir § suivant).

Suivant le genre d'exsudat, on distingue une **périorchite séreuse**, de beaucoup la plus fréquente (sérosité opalescente, trouble, jaunâtre, formant au repos un dépôt de fibrine coagulée et de corpuscules blancs du sang; coagulation en masse du liquide par l'acide nitrique et l'ébullition); puis, la **périorchite fibrineuse ou plastique, ou adhésive**, déterminant l'adhérence des surfaces séreuses de la tunique vaginale propre; et, enfin, la **périorchite suppurée**, survenant le plus souvent à la suite de traumatismes, d'opérations d'hydrocèle; rarement on observe la suppuration dans la forme de périorchite qui succède à l'urétrite et à l'épididymite blennorrhagiques; enfin elle survient souvent sans cause appréciable dans les anciennes hydrocèles.

Nous avons, pour notre part, observé quatre fois l'inflammation suppurée de la tunique vaginale: une fois à la suite du traitement d'une hydrocèle chronique par ponction et injection, une fois sans cause connue, et deux fois à la suite de contusions du scrotum.

Pour ce qui concerne la **symptomatologie et le diagnostic**, il faudra éliminer tout d'abord l'hématocèle, l'orchite et l'épididymite. La forme séreuse se développe souvent, mais non toujours, avec des symptômes fébriles, des douleurs violentes, soit dans la partie enflammée, soit tout le long du cordon; le scrotum est rouge, oedématié, très sensible à la pression, surtout dans la région de la queue de l'épididyme. La tumeur formée par la tunique vaginale enflammée est ovale, un peu aplatie latéralement, très tendue; elle offre une fluctuation peu nette et n'est pas transparente. L'inflammation évolue en une ou deux semaines lorsqu'on évite toute cause d'irritation, mais, quelquefois, elle passe à la forme chronique. Dans la périorchite fibrineuse que nous avons observée plusieurs fois à la suite de la ponction de l'hydrocèle et de l'injection de solutions iodées ou de chloroforme, la tumeur est plus petite, et à la pression on sent la crépitation des masses fibrineuses; la guérison s'opère en peu de jour par la soudure de la tunique vaginale. La forme suppurée évolue plus lentement; la fièvre qui, dans la forme séreuse disparaît du 3^e au 5^e jour, a ici une durée plus longue, avec des exacerbations vespérales, et les douleurs persistent également plus longtemps. En outre, tandis que la forme séreuse (de même que la forme fibrineuse) se termine souvent par résorption en laissant un épaissement de la tunique vaginale, ou passe à la forme chronique, nous voyons, dans la

forme purulente, le pus se faire jour à l'extérieur, après que la tunique vaginale a contracté des adhérences avec le scrotum.

D'après ce que nous venons de dire, le **pronostic** doit être considéré comme favorable.

Le **traitement** consiste, pendant les premiers jours, dans le repos du malade, le scrotum relevé, et l'application de compresses froides. Lorsque la douleur à la pression a un peu diminué, on favorise par la compression la résorption de l'exsudat. Le meilleur procédé à employer dans ce but consiste à envelopper tout le scrotum de couches épaisses de ouate dégraissée, ou en tous cas non collée, et à comprimer le tout à l'aide d'un grand suspensoir solidement adapté. Les enveloppements à l'aide de bandelettes de sparadrap (FRICKE) sont aussi d'un usage fréquent, mais leur application provoque de vives douleurs et n'est pas toujours exempté de dangers. On observe parfois des symptômes menaçants du côté du système nerveux, comme dans les lésions traumatiques du testicule; d'autre part, nous connaissons un cas de gangrène du scrotum à la suite de l'application d'une coque de sparadrap trop serrée. Très souvent on voit survenir des excoriations douloureuses et des ulcérations des bords des bandelettes adhésives, lorsqu'elles ont été laissées longtemps en place. Pour appliquer ce pansement, on attire en bas, aussi fortement que possible, la peau du scrotum du côté malade, et l'on place la première bande de sparadrap circulairement au-dessus de la tumeur, et assez solidement pour que celle-ci ne puisse fuir en haut lors de l'application des autres bandelettes.

Dans le but d'obtenir une détente et l'évacuation de l'exsudat, on a conseillé aussi l'**incision** et la **ponction**. Dans la forme suppurée de périorchite, l'incision doit être pratiquée dès que l'on est parvenu à poser sûrement le diagnostic; de même on y aura recours dans les cas d'inflammation aiguë de la tunique vaginale du testicule inguinal, lorsque les douleurs deviennent excessives. Dans la forme séreuse habituelle nous avons vu faire plusieurs fois des ponctions multiples avec un bistouri étroit, mais nous n'avons jamais eu l'occasion de nous servir de ce procédé. Elles sont extrêmement douloureuses, et nous n'avons pas remarqué que, pour la marche de la maladie, elles aient un avantage sur le traitement habituel par la compression. Mais, peut-être, pourrait-on, en appliquant aussitôt après les ponctions un pansement compressif, provoquer une adhérence rapide des surfaces séreuses.

L'**inflammation aiguë de la tunique vaginale du cordon** (*hydrocèle aiguë enkystée, hydrocèle aiguë du cordon spermatique, périspermatite aiguë*), survient quelquefois dans une hydrocèle chronique enkystée, et elle est importante, à cause de la confusion possible avec des hernies étranglées, ainsi qu'on en connaît des exemples. Encore ici, l'exsudat peut être séreux, fibrineux ou purulent. Il n'est pas du tout prouvé que des inflammations aiguës puissent survenir dans des restes