

persistants, non enflammés chroniquement, du prolongement vaginal du péritoine. Les symptômes et le traitement sont, du reste, ici, les mêmes que dans l'inflammation aiguë de la tunique vaginale propre.

3. Inflammations chroniques des tuniques vaginales.

§ 271. — L'inflammation chronique de la tunique vaginale propre du testicule (hydrocèle, hydrocèle vaginale, périorchite ou orchidoméningite chronique), dont la forme séreuse est une des maladies chirurgicales les plus communes, est, d'après la statistique de KOCHER, à peu près d'égale fréquence des deux côtés; très souvent aussi, elle est bilatérale.

Dans un grand nombre de cas, la cause de l'hydrocèle réside dans un traumatisme, lequel peut, d'ailleurs, avoir déterminé d'abord une épидидymite aiguë ou subaiguë. — L'hydrocèle ne se développe alors qu'au bout de 2 ou trois semaines; dans celle qui succède à la blennorrhagie, l'épididymite constitue aussi fréquemment la lésion intermédiaire. L'inflammation chronique de la tunique vaginale succède, en outre, comme nous l'avons dit, à la périorchite aiguë; elle accompagne la production de végétations et de corps libres des parois de la tunique vaginale (inflammations chroniques proliférantes); les kystes, ou soi-disant hydatices de Morgagni, qui, nés de l'épididyme ou du testicule, font saillie dans la cavité vaginale, peuvent jouer également un rôle étiologique dans la production de l'hydrocèle. Enfin celle-ci peut succéder à l'hydrocèle aiguë congénitale, après soudure complète du prolongement vaginal du péritoine.

L'hydrocèle symptomatique s'observe dans les affections syphilitiques du testicule, ainsi que dans d'autres néoplasies de cet organe, très rarement, dans la tuberculose génitale. Par contre, dans les hydrophisies générales, on ne rencontre presque jamais d'épanchement dans la cavité vaginale, fait qui contraste avec l'œdème du scrotum qui, dans ces cas, ne fait presque jamais défaut.

Le phénomène pathologique le plus évident de l'hydrocèle, c'est l'épanchement dans la cavité vaginale. La quantité du liquide varie depuis 30 à 40 grammes, jusqu'à 20 litres (DUJAT) et même 26 litres (BOUISSON de Montpellier). Sa coloration est jaune, souvent avec des reflets légèrement verdâtres; fréquemment aussi, le liquide, grâce aux cristaux de cholestérine qu'il contient, présente un certain chatolement, soit à la lumière incidente, soit à la lumière transmise à travers toute sa masse. A l'examen microscopique, on trouve, outre les cristaux de cholestérine, quelques cellules épithéliales pavimenteuses, parfois aussi des spermatozoïdes provenant, sans doute, des hydatices de Morgagni dont il a été question plus haut; la présence de ces derniers

éléments a été constatée dans un grand nombre de cas par CURLING, SÉDILLOT, GOSSÉLIN, UHDE, V. PITHA, KRAUSE, et d'autres. La réaction du liquide est neutre, et le poids spécifique est de 1020. Il contient de l'albumine en abondance, soit en moyenne 4,5 à 5,5 pour 100. La quantité totale des parties solides a été trouvée de 7,35 et de 6,24 pour 100, dans deux analyses de L. WACHSMUTH, la proportion d'albumine ayant été de 4,14 et 2,95 pour 100. De son côté W. MULLER (Erlangen) a trouvé de 5,9 à 6,5 pour 100 de parties solides, avec une quantité d'albumine de 4,3 à 5 pour 100 et un poids spécifique de 1022. Quant aux sels, on y trouve de la potasse, de la soude, des traces de chaux, de magnésie et de fer, du chlore en abondance, une petite quantité d'acide phosphorique, sulfurique et succinique, beaucoup de cholestérine, mais point d'urée. VIDAL a trouvé, dans un cas d'hydrocèle, un liquide d'un blanc jaunâtre, semblable à une émulsion de graisse ou à du lait gras, et ayant une réaction alcaline; l'acide acétique n'y produisait une coagulation que lorsqu'on se servait en même temps de la chaleur; V. PITHA a aussi observé des hydrocèles de ce genre à contenu graisseux, et VIDAL leur a donné le nom de galactocèle. Il s'agit, sans doute, dans ces cas, de produits d'une forme rare de transformation de l'albumine.

Les autres caractères que peut présenter le contenu de l'hydrocèle (rouge, brun, etc.) seront décrits plus tard, à propos des autres formes d'inflammation chronique de la tunique vaginale.

Les altérations de la tunique vaginale propre consistent, dans les cas récents, surtout chez les enfants, en un trouble léger et un peu d'épaississement de cette membrane. Plus l'hydrocèle a été de longue durée, et plus sont marqués les signes de prolifération de la tunique vaginale. Un fait à signaler, c'est la conservation de l'épithélium, lequel est, par contre, détruit dans l'inflammation chronique, plastique et hémorragique. Les couches épaissies se présentent sous la forme du tissu conjonctif sclérosé; elles ont souvent une dureté cartilagineuse, et parfois même elles présentent des foyers de calcification et d'ossification. Presque constamment on observe également une prolifération de tissu conjonctif dans la queue de l'épididyme, ainsi que dans les autres parties de cet organe.

Sauf les cas d'inversion congénitale du testicule, ce dernier siège toujours à la face postérieure de l'hydrocèle (fig. 126); tantôt c'est la partie supérieure, tantôt la partie inférieure de cette face postérieure qui est occupée par le testicule.

Il arrive parfois que des soudures épithéliales ou adhérences partielles de la surface testiculaire, altèrent la position du testicule et la forme de la tumeur. Celle-ci est, d'ailleurs, presque toujours piriforme, la petite

1. Je ne puis que confirmer l'opinion de KRAUSE, d'après laquelle, dans la plupart des cas d'hydrocèle, on trouve dans le liquide des spermatozoïdes. Il suffit, pour le constater, de laisser le liquide en repos dans un verre à champagne, et d'examiner ensuite le dépôt.

KOENIG.

extrémité dirigée en haut; plus rarement, elle est ovale avec un léger aplatissement latéral.

Comme nous l'avons déjà rappelé, l'**hydrocèle peut être compliquée**, soit que, dans la forme congénitale, il y ait communication avec la cavité abdominale (**hydrocèle communicante**), soit qu'il existe **deux sacs séparés par une partie rétrécie** plus ou moins large. Les deux sacs peuvent se trouver l'un et l'autre dans le scrotum, ou bien l'un des deux est situé dans la cavité abdominale, mais en dehors du péritoine; tantôt, alors, il s'agit d'une extension considérable de l'hydrocèle de la tunique vaginale, tantôt il existe, en même temps, une hydrocèle du cordon et une communication avec le prolongement vaginal du péritoine resté ouvert jusqu'au niveau de ce dernier. D'autres formes compliquées sont les **hydrocèles multiloculaires** et le développement simultané de plusieurs hydrocèles et de tumeurs kystiques. Enfin, sous le nom d'**hydrocèle diffuse**, on a décrit des cas très rares d'œdème du cordon (POTT, B. BELL, A. G. RICHTER, KOCHER, etc.)

La complication la plus importante et la plus fréquente de l'hydrocèle, est celle qu'elle présente avec les hernies. On peut observer, soit des épanchements séreux dans des sacs herniaires (**hydrocèle herniaire**), soit des **hernies à côté de véritables hydrocèles**. Le sac herniaire, qui, d'après les recherches de CLOQUET, est dû souvent à la traction exercée par l'hydrocèle adhérente au péritoine, s'étend ordinairement jusqu'au niveau de cette dernière. Lorsque la hernie descend plus bas, elle siège habituellement en arrière de l'hydrocèle; plus rarement, c'est la disposition inverse que l'on observe.

Les **symptômes de l'hydrocèle** consistent habituellement d'abord dans l'apparition d'une tumeur indolente, et qui ne devient gênante qu'au bout d'un temps plus ou moins long, par son poids et son volume, ainsi que par les tiraillements qu'elle exerce sur le cordon. Une hydrocèle volumineuse emprunte en se développant la peau du pénis, et met obstacle au coït, ainsi qu'à l'évacuation de l'urine. Elle est exposée aux diverses causes de traumatismes, et, chez les individus âgés, elle constitue une prédisposition à la gangrène du scrotum, ainsi qu'à la production de hernies. On a aussi observé un arrêt de sécrétion du sperme par suite de la pression de la tumeur; cette sécrétion recommence alors après l'évacuation de la cavité vaginale. Rarement l'hydrocèle reste stationnaire; dans beaucoup de cas, cependant, on observe des interruptions sans son accroissement. Parfois, la poche de l'hydrocèle se rompt sous l'influence d'un choc, ou d'une action violente des muscles abdominaux, ainsi que SABATIER l'a observé à la suite d'un accès de toux. Le liquide se répand alors dans le scrotum et disparaît en quelques jours par résorption; cependant la cavité vaginale se remplit de nouveau, au bout d'un temps plus ou moins long. BLASIUS a observé un cas de guérison radicale, à la suite de la rupture de l'hydrocèle.

On basera le **diagnostic** sur la forme de la tumeur, en prenant en considération les variétés mentionnées plus haut, sur la mobilité de la peau, la surface lisse et régulière, la fluctuation manifeste, la matité à la percussion, l'absence de communication avec la cavité abdominale (excepté dans l'hydrocèle congénitale). L'endroit occupé par le testicule se révèle par une certaine sensibilité à la pression, mais cet organe ne fait pas saillie à la surface de l'hydrocèle; on ne peut le reconnaître à la palpation que lorsque le liquide est sous une faible tension. En outre, dans la plupart des cas, l'hydrocèle est **transparente**. Pour observer ce phénomène, on éclaire d'un côté la tumeur, tandis qu'on applique fortement de l'autre côté un tube, par exemple un stéthoscope renversé. Cependant la transparence peut faire défaut lorsque les parois sont épaissies comme nous l'avons décrit plus haut, et, d'autre part, diverses tumeurs peuvent laisser passer la lumière (LUECKE), de sorte que ce symptôme n'a pas la valeur extraordinaire que lui attribue KOCHER. Dans les cas difficiles une ponction exploratrice pratiquée avec précaution, viendra confirmer le diagnostic.

Le **pronostic** est défavorable au point de vue de la guérison spontanée; celle-ci est tout à fait exceptionnelle si l'on fait abstraction des enfants atteints d'hydrocèle congénitale; de même, il est extrêmement rare que l'hydrocèle reste stationnaire, après avoir atteint un certain volume.

Les troubles fonctionnels tendent à s'aggraver d'une façon continue, et ils finissent toujours par faire désirer une intervention aussi prompte que possible.

Le **traitement** peut être prophylactique. Lorsque, chez un malade, on voit persister, à la suite d'une blennorrhagie ou d'un rétrécissement de l'urètre, un gonflement du testicule encore douloureux sous une légère pression, on fera porter un suspensoir bien rembourré et légèrement compressif, jusqu'à ce que l'induration et la sensibilité à la pression aient complètement disparu. Dans plusieurs cas, nous avons certainement obtenu quelque avantage de l'usage interne de l'iodure de potassium.

Parmi les moyens employés contre l'hydrocèle déjà formée, nous avons à citer, en premier lieu, les médicaments appliqués localement, comme la teinture d'iode, les vésicatoires cantharidiens, les solutions de chlorhydrate d'ammoniaque, etc.; les rares succès obtenus de cette manière s'expliquent pas la propagation de l'inflammation de la peau à la tunique vaginale. Mais l'emploi de ces moyens est douloureux, et le succès si incertain, que ce traitement médicamenteux appartient encore au domaine de l'expérimentation.

Il en est absolument de même de l'**électricité**; tantôt on applique sur le scrotum les électrodes d'une batterie (courant constant), tantôt on se sert de l'électropuncture. Cette dernière, dont nous avons constaté nous-même, dans deux cas, l'efficacité, est très douloureuse dans son ap-