

Le testicule est allongé, ovoïde, un peu aplati sur les côtés, revêtu d'une membrane fibreuse dite *albuginée*, convexe et libre en avant, traversé en arrière, où manque la tunique vaginale, par l'artère spermatique, qui y pénètre, et par les veines, les lymphatiques et les vaisseaux séminifères, qui en sortent. Ces derniers constituent l'épididyme, né de la partie supérieure et postérieure de la glande séminale, et descendant, en se repliant plusieurs fois sur lui-même, jusqu'au bord inférieur du testicule, point où il se recourbe pour former le canal déférent. La situation des vaisseaux indique le siège de l'épanchement, qui doit nécessairement se produire dans la vaginale à la partie antérieure des bourses, en repoussant le testicule en arrière et un peu en haut.

Anatomie pathologique. Les modifications apportées à la texture des bourses par une hydrocèle sont assez variables. La peau est tendue et sans altérations. Le dartos et les autres tuniques présentent d'assez fréquentes éraillures. La tunique vaginale peut avoir acquis d'énormes dimensions, être indurée, fibreuse, fibro-cartilagineuse, parsemée de plaques osseuses, comme on en a rapporté des exemples. M. Sédillot a excisé une tunique vaginale de plus d'un centimètre d'épaisseur, dont il a fallu, avec le bistouri, enlever de nombreuses lamelles adhérentes au testicule, enseveli dans cette sorte de gangue, pour parvenir à le conserver. M. Gosselin a montré que dans ces cas la tunique vaginale est peu modifiée, et qu'elle peut parfois être séparée du tissu lardacé et fibro-cartilagineux, qui la double et la fait paraître indurée, transformée et épaissie. La glande séminale est presque constamment tuméfiée, et l'épididyme est surtout le siège d'un engorgement chronique. Ces altérations sont la cause la plus commune de l'hydrocèle, et leur coexistence ne doit par conséquent pas étonner. Nous avons rencontré plusieurs fois des filaments cellulux et des adhérences partielles dans la vaginale. Les hydrocèles multiloculaires appartiennent à des kystes superposés du cordon. Quant à la sérosité de l'épanchement, elle est ordinairement pure, limpide, de teinte citrine. La coloration plus ou moins foncée, brunâtre, qu'elle offre parfois, paraît dépendre d'une certaine quantité de sang. On y a trouvé des paillettes nacrées de cholestérine et des animalcules spermatiques.

L'hydrocèle se présente sous l'aspect d'une tumeur en général piriforme, à grosse extrémité dirigée en bas. Elle offre presque toujours un étranglement transversal médian qui, très-prononcé, constitue l'*hydrocèle en bissac*. Le volume et la tension de la tumeur sont très-divers. Les signes de l'hydrocèle sont : une légèreté plus grande que celle des autres tumeurs du scrotum, et la fluctuation. Un caractère plus certain et tout à fait pathognomonique

est la *transparence*. Tout le monde sait comment on procède pour la reconnaître. La main est appliquée par son bord cubital sur la face antérieure du scrotum plus ou moins soulevé. D'un côté on tient près de la tumeur une bougie allumée ; du côté opposé, rendu obscur par la main faisant écran, le chirurgien examine la tumeur. La diaphanéité manque dans le cas où le liquide est opaque et dans celui d'un épaissement considérable des enveloppes testiculaires. On a cru trouver de la transparence dans des cas où il n'y avait point d'hydrocèle. Une transformation gélatiniforme pourrait produire cet effet, mais d'autres signes rectifieraient le diagnostic, et il est rare qu'avec une attention convenable on ne distingue pas une hydrocèle d'un cancer, alors même qu'ils existeraient simultanément.

Abandonnée à elle-même, l'hydrocèle ne disparaît pas, ou du moins la guérison est un fait exceptionnel qui n'arrive spontanément que dans les hydrocèles très-récentes. Une rupture accidentelle de la poche et l'infiltration du liquide dans le tissu cellulaire sous-scrotal ont été suivies de succès. En général, la tumeur finit par gêner, et l'opération est indiquée. La cure peut être *palliative* ou *radicale*. La première consiste simplement dans la ponction à l'aide du trocart ; la seconde comprend des procédés très-nombreux. On se borne à la *ponction*, si les malades sont très-âgés ou d'une constitution épuisée. On se trouve bien d'y avoir recours, d'une manière préparatoire, lorsque le volume de la tumeur est très-considérable, afin de n'avoir pas à produire l'inflammation adhésive d'une surface trop étendue. La cure radicale s'achève plus tard.

Pour amener la guérison définitive, il faut faire disparaître l'épanchement et l'empêcher de se reproduire. Plusieurs moyens conduisent à ce résultat.

Traitement. Les sangsues, les dérivatifs : vésicatoires, moxas ; les résolutifs, la solution d'hydrochlorate d'ammoniaque ; les frictions mercurielles ont suffi exceptionnellement pour guérir cette affection : on ne saurait compter sur leur efficacité.

Procédés opératoires. 1^o La cautérisation, 2^o l'introduction de sétons ou d'autres corps étrangers, 3^o l'incision, 4^o l'excision, 5^o les scarifications, 6^o les injections ont été employées contre l'hydrocèle.

La *cautérisation* (Aétius, Paul d'Égine, Guy de Chauliac) pratiquée à l'aide d'escharotiques ou du fer rouge, est définitivement proscrite.

Le *seton*, dont l'idée semble remonter à Galien, jouissait d'une grande vogue pendant tout le moyen âge.