

saillie soit sur l'épididyme, soit sur le testicule, la vaginale qui recouvre ce point est irritée, infiltrée de granulations; son endothélium disparaît et laisse la transsudation se produire, le liquide transsudé gagne la partie inférieure de la cavité, et si la vaginale est malade sur une grande étendue, l'épanchement devient considérable et constitue une véritable hydrocèle.

L'on constatera toujours à la palpation l'état moniforme des canaux, et cet état peut remonter jusqu'aux vésicules séminales. Quand plus tard, après un temps variable, l'une des bosselures tend au ramollissement, la sensibilité de ce point augmente, puis les adhérences à la peau s'établissent et une fistule se produit; elle livre passage à du pus verdâtre, grumeleux au milieu duquel on trouve les bacilles de Koch. La compression de la tumeur facilite l'issue du pus. D'autres fois, et comme dans toutes les infiltrations tuberculeuses des organes, le foyer au lieu de se ramollir, s'enkyste et passe à la transformation crétaçée. Quel que soit le mode de guérison, que ce soit par enkystement ou par cicatrisation après ouverture du foyer, il ne faut pas oublier que l'élément bacillaire est toujours là, et que sous l'influence d'un traumatisme ou de toute autre cause irritative, la récurrence locale est toujours à craindre.

La production du pus et l'établissement des fistules est tardive ou hâtive suivant que l'affection est aiguë ou chronique. Quand plusieurs foyers se ramollissent à la fois ou successivement, les fistules peuvent se réunir, elles conduisent alors dans une large poche abcédée. L'albuginée détruite par la suppuration peut en ce cas laisser passer des parties restées saines qui font saillie au dehors sous forme d'un champignon plus ou moins volumineux, c'est un fungus tuberculeux. Les fistules peuvent persister jusqu'à la mort du malade. Quand au contraire les conditions de la nutrition générale s'améliorent, quand le terrain est moins favorable à l'évolution bacillaire, le fond du foyer bourgeonne et la cicatrisation se fait. Mais toujours, on le comprend, les adhérences cutanées persistent.

Nous avons dit que la tuberculose pouvait envahir de proche en proche toutes les voies séminales, les vésicules et la prostate, des abcès prostatiques s'établissent alors, des fistules périnéales se produisent et une suppuration interminable de cet organe peut enlever le malade. Ces foyers de suppuration dans le petit bassin peuvent s'étendre jusqu'au péritoine qui, envahi à son tour, donnera naissance à une péritonite tuberculeuse mortelle. D'autre part l'infection tuberculeuse peut se généraliser, les reins se prennent à leur tour ainsi que les poumons.

On a dit qu'au début de la tuberculose génitale, alors surtout qu'elle ne porte que sur un seul côté, il y avait une exagération des désirs vénériens, et que le moindre contact déterminait l'éjaculation; l'irritation produite par la présence des masses tuberculeuses sur les filets nerveux voisins peut expliquer ce phénomène qui doit disparaître

aussitôt que les éléments nerveux ont été envahis et détruits, à leur tour, par la transformation granulo-graisseuse. Les canaux altérés par les masses tuberculeuses sont obstrués, leur cavité disparaît et, quand l'abcès est guéri, jamais ils ne reprennent leur perméabilité. Aussi les individus chez lesquels les deux épидидymes ont été pris par la tuberculose sont-ils condamnés à la stérilité.

Ainsi que nous le verrons plus loin, c'est surtout avec l'orchite syphilitique que l'on peut confondre l'orchite tuberculeuse, mais l'examen attentif des antécédents, celui des autres organes, des poumons surtout qui peuvent être pris par les tubercules, l'aspect moniforme des conduits, du canal déférent et même des vésicules séminales permettront le diagnostic. Au reste la marche ultérieure de l'affection ne laisserait pas de doute.

**Traitement.** — Aussi longtemps qu'il n'existe pas de foyer de ramollissement, c'est au traitement général qu'il faudra s'adresser pour modifier l'économie du malade; les toniques, l'huile de foie de morue, le fer, les eaux chlorurées sodiques, et surtout et mieux encore le séjour à la mer, moins pour les bains que pour l'atmosphère marine, donneront des succès en très grand nombre. Quand un foyer de suppuration se manifeste il faut l'ouvrir, on peut enlever au thermo-cautère les parties de l'épididyme envahie par des foyers ramollis. Les foyers sont-ils multiples, le testicule entier menace-t-il de passer à la fonte tuberculeuse, le canal déférent est-il relativement sain, il faut enlever la glande.

#### B. — *Syphilis testiculaire.*

Sans insister sur les accidents syphilitiques du testicule et de l'épididyme et tout en renvoyant pour plus de détails aux traités spéciaux, je crois cependant devoir indiquer tout ce qui, dans cette étude, doit être connu de tout chirurgien.

Pendant longtemps on a cru que la syphilis n'atteignait le testicule que dans ses périodes plus ou moins tardives et que toujours c'étaient là des manifestations tertiaires. On admettait de plus, que jamais la gomme syphilitique du testicule ne suppurait et ne s'ulcérait, et cependant on connaît aujourd'hui un nombre assez grand de cas où la fonte purulente de la gomme ne pouvait faire le moindre doute. On croyait aussi que jamais les canaux épидидymaires et autres n'étaient envahis et que toujours la syphilis tertiaire n'atteignait que le testicule lui-même en y déterminant un sarcocèle syphilitique. On sait, à cette heure, que tout au moins cette dernière proposition n'est pas exacte et que l'on peut trouver un certain nombre de cas d'épididymites syphilitiques, le testicule restant indemne.

Sans me prononcer sur le moment précis où la syphilis envahit le testicule ou l'épididyme, il me semble résulter des observations publiées

que c'est bien en effet dans les accidents tertiaires que doit être rangée la syphilis testiculaire, et non comme l'ont dit Fournier et ses élèves parmi les accidents secondaires. Quoiqu'il en soit de cette question de classification, pour nous qui admettons que la syphilis et tous ses accidents sont dus à l'évolution régulière du bacille de Lustgarten, il n'y a que fort peu d'importance à savoir si telle ou telle manifestation est plus ou moins précoce, cela dépendra exclusivement de l'état du terrain nutritif sur lequel se produira l'évolution microbienne, tel accident pourra être plus hâtif chez tel sujet et plus tardif chez tel autre.

Il peut donc se produire des indurations indolentes, du volume d'un pois ou d'un haricot dans la tête de l'épididyme; autour de ces indurations, quelquefois nettement distinctes, limitées et fort dures, il existe d'autres fois une infiltration diffuse, vague, relativement molle, mais au milieu de laquelle on retrouve toujours le noyau dur de la tête de l'épididyme. On a été surpris de voir que chez des individus porteurs de ces noyaux indurés, la perméabilité de tout ou partie des canaux épидидymaires était conservée, mais le fait s'explique facilement, les cônes vasculaires ne s'abouchent que successivement sur le canal épидидymaire et ne sont nullement rassemblés en un seul point. Si donc tous les cônes ne sont pas envahis, ils déverseront toujours les éléments spermatisques en aval du point rétréci par la production gommeuse.

Les gommages syphilitiques du testicule ou de l'épididyme ne se développent pas comme les tubercules dans la couche sous-épithéliale; mais, bien au contraire dans les trabécules connectives interlobulaires, aussi contrairement à ce qui se produit dans la tuberculose du testicule, ce n'est pas primitivement que les canalicules spermatisques sont obstrués et que leur cavité est remplie par l'épithélium granulo-graisseux, mais bien secondairement par la compression qu'exercent les éléments connectifs hyperplasiés, plus tard cependant les parois des canalicules sont infiltrées elles-mêmes et leur calibre est rétréci. Toutes ces productions gommeuses, analogues partout à elles-mêmes (voyez tome I<sup>er</sup>), finissent, ou bien par se ramollir et suppurer, ou bien par se transformer à leur centre en productions caséiformes, entourées par un cercle hyperplasié qui ultérieurement passe à la sclérose, à la transformation fibreuse par conséquent et à la rétraction.

L'affection testiculaire ne porte pas toujours sur un ou plusieurs points isolés de la glande, mais bien au contraire sur tout l'ensemble de la trame connective, aussi le testicule est-il pris dans son entier à moins que, chose beaucoup plus rare, les lésions ne se bornent à l'épididyme. D'autres fois, au contraire, il peut exister encore dans la glande des parties qui sont indemnes et respectées par le développement des gommages. Ces portions testiculaires continuent à fonctionner normalement et, dans le liquide séminal, on retrouve une quantité plus ou moins grande de spermatozoïdes.

Le testicule envahi ne se développe que lentement, chroniquement, sans douleur aucune, il est donc compact, pris en masse, de consistance ligneuse, il conserve ses caractères normaux sans bosselures très marquées, sa pression ne détermine pas de douleurs. Au début cependant le poids de l'organe hypertrophié réagissant sur le cordon entraîne des sensations plutôt gravatives que douloureuses qui retentissent jusque dans la région rénale. L'affection syphilitique du testicule, en raison même de l'infection générale de l'économie, a une grande tendance à devenir bilatérale. L'albuminée qui n'est, somme toute, que la couche aboutissante externe des trabécules connectives, finit par participer elle-même à la sclérose, elle s'épaissit par places et donne la sensation d'une partie doublée par un revêtement fibro-cartilagineux, qui lui-même prendra part à la sclérose.

Pour les mêmes raisons que nous avons données en parlant de la tuberculose testiculaire la vaginale est irritée, son endothélium disparaît et un épanchement se produit dans la cavité de la séreuse, épanchement plus ou moins abondant suivant les cas.

Quand le processus scléreux continue sa marche fatale, il aboutit à l'atrophie de la glande qui finit par ne plus dépasser le volume d'un haricot; lorsqu'au contraire la gomme passe à la suppuration, elle détermine une ulcération des enveloppes scrotales et une fistule; le cas est rare, mais il en existe un certain nombre d'exemples.

Dans la tuberculose les canaux déférents sont presque toujours atteints; leur développement moniliforme si caractéristique, les antécédents des malades, les lésions simultanées des autres organes splanchniques permettent facilement de différencier l'affection d'avec les lésions syphilitiques déjà bien développées, mais au début le diagnostic ne laisse pas que de présenter des difficultés. Il en est de même des lésions cancéreuses de la glande, les dernières sont cependant presque toujours unilatérales et toujours les ganglions sont envahis et douloureux à la pression, ce que ne sont pas les ganglions syphilitiques engorgés dès les premiers accidents.

**Traitement.** — Ce n'est pas seulement comme méthode curative qu'il faudra tenter le traitement spécifique, mais bien encore, dans les cas douteux, comme moyen de diagnostic. C'est au traitement par frictions, au traitement par les vapeurs mercurielles (Merget), combiné avec l'iode de potassium à fortes doses qu'il faudra s'adresser. S'agit-il de syphilis les résultats sont certains.

### C. — *Maladie kystique du testicule.*

Avant de m'occuper des néoplasies malignes, il me faut parler d'une espèce de tumeur bénigne constituée par une grande quantité de petites cavités kystiques, variant du volume d'un pois à celui d'une noisette et

donnant au testicule très augmenté de dimensions, mais de forme normale, un poids considérable. Ces kystes renferment un liquide transparent, légèrement filant. C'est aux dépens de l'épithélium glandulaire que se fait cette transformation mucoïde, les parois kystiques sont formées par des trabécules connectives condensées, les tubes séminifères voisins sont aplatis, au milieu de ces kystes on trouve des éléments particuliers, de couleur blanche, sur la nature desquels on n'est pas encore fixé.

La tumeur est indolente, la pression ne détermine aucune douleur, le testicule n'est ni bosselé ni déformé, il augmente régulièrement de poids et de volume, on ne saurait y constater de la fluctuation et cependant il a une consistance molle et est dépressible. Le plus habituellement, il existe un peu de liquide dans la vaginale; les ganglions ne sont pas engorgés, mais les veines sont dilatées dans l'épididyme et le cordon.

**Traitement.** — Quand le volume et le poids de l'organe sont causes de gêne, il faut enlever la tumeur.

#### D. — Cancer testiculaire.

Je vais passer en revue les différentes variétés de tumeurs malignes que l'on peut rencontrer dans le testicule et l'épididyme, mais pour leurs caractères spéciaux je renvoie à l'étude générale des néoplasmes faite au Tome premier.

Le *sarcome fasciculé* forme, dans l'épididyme surtout, des masses qui peuvent être volumineuses et qui se propagent au testicule lui-même.

On a signalé des *enchondromes* du testicule, ils se développent lentement et d'une manière indolente, et peuvent acquérir un volume et un poids considérable.

Dans ces dernières années on a décrit quelques rares exemples de *lymphadénome* testiculaire, et l'on a même vu le néoplasme se reproduire après la castration dans la glande séminale du côté opposé.

De toutes les tumeurs malignes du testicule, c'est le *carcinome* qui semble la plus fréquente. Ce sont alors des tumeurs d'un gros volume présentant des points ramollis, des kystes, au milieu de leur trame et offrant dans leur structure, leur évolution, tous les caractères que nous avons décrits en étudiant les carcinomes.

Les tumeurs *mixtes* ne sont pas rares dans le testicule; presque toujours on rencontre dans la plupart des néoplasmes un ou plusieurs points dans lesquels on peut reconnaître des éléments cartilagineux.

C'est pendant l'âge adulte, au moment de la plus grande activité de la glande que les tumeurs malignes sont les plus fréquentes, presque toujours les malades les rapportent à des traumatismes.

Au bout d'un temps plus ou moins long, suivant la nature de la néo-

plasie, le cordon, envahi lui-même, devient dur, bosselé, les veines sont grosses et dilatées, les ganglions se prennent à leur tour et ainsi qu'on l'a dit, l'ascite peut être la conséquence de l'augmentation de volume des ganglions pelviens qui compriment la veine cave.

**Traitement.** — Le malade étant fatalement condamné à plus ou moins courte échéance, lorsque la tumeur est livrée à elle-même, il faut l'enlever et l'enlever de bonne heure, autant que possible avant que les ganglions ne soient envahis, sans quoi la récurrence par ces derniers est inévitable.

#### E. — Testicule irritable.

Au moment où le fonctionnement de la glande s'établit, à la puberté, on voit quelquefois le testicule devenir le point de départ d'accidents névralgiques graves; ces mêmes accidents observés en dehors de cette période de la vie ont été attribués aux excès vénériens de toute nature, masturbation ou coït, comme aussi on a invoqué la continence absolue et la rétention du sperme. Dans tous les cas, on comprend qu'il se produise dans la glande une exagération de la circulation, et par suite une dilatation veineuse, c'est alors la compression des éléments nerveux, par les veines gorgées de sang, au milieu d'un tissu inextensible comme l'albuginée et de la trame connective, qui détermine la douleur, nous verrons au reste qu'il en est ainsi dans certains varicocèles.

Mais pourquoi, dans quelques cas, cette douleur pongitive, gravitative d'ordinaire, devient-elle vive, suraiguë, au point de réagir sur les centres et de déterminer des vomissements, ainsi que des douleurs irradiées dans tout le bassin? Pourquoi d'autres fois cette douleur revient-elle par crises, par attaques?

Quoi qu'il en soit, le crémaster se contracte et ramène le testicule jusqu'à l'anneau, le malade ne sait plus quelle position prendre, son anxiété devient très grande, et la douleur remontant le long des vaisseaux spermatiques et des filets sympathiques qui les enlacent envahit la région lombaire et peut faire croire à des crises de coliques néphrétiques.

**Traitement.** — Les opiacés, les calmants de toute nature seront employés, et je me range absolument à l'avis des auteurs qui conseillent de ne jamais enlever un testicule irritable, car la cause qui a déterminé cette névralgie disparaissant, l'affection disparaît elle aussi, bien que dans quelques cas on l'ait vue persister longtemps.

#### F. — Anomalies du développement et de la migration du testicule.

Les testicules peuvent-ils ne pas exister ou l'un d'eux seulement

peut-il ne pas se développer? Ainsi posée la question d'*anorchidie* me semble devoir être résolue par la négative, toujours l'évolution de l'épithélium génital doit aboutir à la formation des ovaires ou des testicules; mais il peut arriver que durant la période embryonnaire, ou même fœtale, une adhérence ou mieux une irrégularité dans le développement vasculaire, entraîne une nutrition défectueuse de l'organe primitif qui se développera irrégulièrement ou restera à un état quasi embryonnaire et, à l'examen, voire même à la nécropsie, cet organe imparfait pourra passer inaperçu. La plupart des observations connues d'*anorchidie* unilatérale me paraissent être de simples *cryptorchidies*. Il n'en est pas de même des *anorchidies* bilatérales dans lesquelles le pénis lui-même est resté rudimentaire, dans ces cas j'admets un arrêt de développement, une monstruosité fœtale. L'arrêt de développement peut même ne se manifester que plus tard, alors que déjà les testicules sont dans les bourses. Si, en effet, une irrégularité dans la vascularisation de la glande entrave l'exagération nutritive qui doit se produire au moment de la puberté, le testicule restera atrophié.

L'existence de testicules surnuméraires, la *polyorchidie*, me paraît devoir toujours être rapportée à des kystes épидидymaires, ou à un kyste dont le siège est dans l'hydatide pédiculée, vestige du cul-de-sac supérieur du canal de Müller, ce qui fait comprendre comment, dans le cas si connu de Blasius, il existait une artériole et une vésicule spéciales pour cette tumeur prise à tort pour un testicule surnuméraire.

La migration des testicules peut se faire d'une manière irrégulière, une glande ou toutes les deux peuvent rester cachées dans l'abdomen ou dans le canal inguinal, c'est une *cryptorchidie*, ou bien le ou les testicules sortis de l'abdomen ont pris une direction vicieuse qui constitue une *ectopie* de la glande, ectopie que l'on a divisée en périnéale, crurale, cruro-scrotale, suivant que le testicule a glissé entre tel ou tel plan aponévrotique au lieu de suivre le canal inguinal obstrué. Dans ces cas on trouve toujours le scrotum vide d'un côté ou des deux, et un examen attentif permet de constater, dans les régions indiquées, la présence d'une tumeur rénitente, ovoïde, qui par la pression détermine la sensation spéciale du testicule comprimé. Ces ectopies sont rares et les fonctions génitales peuvent s'accomplir régulièrement si la compression des vaisseaux spermatiques n'entraîne pas une nutrition incomplète et par suite une atrophie de l'organe.

Les *cryptorchidies* sont beaucoup plus fréquentes, le testicule peut alors ne pas s'être engagé dans le canal inguinal et être resté dans l'abdomen, ou bien il est arrêté en un point quelconque de ce canal, à son orifice interne ou à son orifice externe. La présence du testicule dans le canal ou à son orifice externe dilate le canal et empêche le resserrement des parties fibreuses qui le constituent, aussi très souvent y a-t-il en ce cas coexistence d'une hernie, une anse intestinale

se glissant entre la périphérie du testicule et les parois du canal.

La glande séminale encastrée dans le canal inguinal est toujours plus ou moins comprimée, les filets nerveux qui s'y rendent, comprimés eux aussi, peuvent devenir le point de départ de douleurs névralgiques continues ou revenant par accès. Ces douleurs sont quelquefois assez persistantes et assez intenses pour nécessiter l'ablation du testicule arrêté à l'anneau ou dans le canal.

La situation qu'occupe, en pareil cas, le testicule le prédispose à des frottements, des contusions de toute nature, il peut en résulter une irritation, une orchite traumatique plus ou moins intense, un gonflement de la glande prise entre des parois peu extensibles et tous les symptômes d'un étranglement testiculaire qui simulera un étranglement herniaire.

Quand le testicule se trouve placé au niveau de l'orifice externe, quand la glande paraît saine, quand les fonctions génitales s'exécutent normalement et qu'il n'existe pas de hernie, on peut et l'on doit tenter par des pressions régulières, par une sorte de taxis, de repousser de haut en bas l'organe vers les bourses; on y réussit souvent, mais le testicule ne se maintient pas aisément dans sa position normale et tend à remonter vers l'orifice dilaté; un bandage bien appliqué suffit en pareil cas à maintenir le testicule abaissé. Il faut avoir soin de ne pas se servir d'un bandage à ressort puissant qui pourrait comprimer l'artère spermatique et entraîner l'atrophie testiculaire.

Lorsqu'au contraire il existe une hernie concomitante, et que le testicule ou ses enveloppes directes ont contracté des adhérences avec la hernie, il faut réduire en masse et maintenir la réduction avec un bandage qui s'oppose à toute sortie de l'intestin et de la glande séminale.

Il peut arriver enfin que le testicule descendu dans les bourses ait pris par rapport à l'épididyme ou au cordon très allongé une position irrégulière, c'est l'*inversion testiculaire*. L'épididyme est alors soit en avant, soit latéralement, soit en bas de la glande séminale, le canal déférent est même quelquefois enroulé en fronde autour du testicule. Si alors, dans le cas d'hydrocèle, on se base sur la direction du cordon ou de l'épididyme pour déterminer la situation que doit occuper la glande au milieu de l'épanchement, on peut se tromper et piquer le testicule en ponctionnant la tumeur liquide. Ce n'est que dans les cas où l'épanchement n'est pas translucide que l'on pourrait commettre une semblable méprise, la palpation doit toujours permettre de retrouver la position exacte de la glande.

#### G. — Kystes de l'épididyme.

En parlant de l'hydrocèle nous avons dit qu'autour de l'épididyme,

l'on peut rencontrer des petits kystes développés dans les restes des tubes du corps de Wolff, et que d'autre part l'hydatide de Morgagni, vestige du canal de Müller, pouvait être par sa dilatation mucoïde l'origine d'un kyste épидидymaire. On a dit en outre, dans ces derniers temps, que la sclérose, l'atrésie fibreuse des canalicules qui constituent les cônes efférents, se produisant par places isolées au moment où l'activité fonctionnelle des testicules tend à diminuer, pouvait créer des séries de dilatation par obstruction des voies distales, et par conséquent des petits kystes. Les parois de ces petites tumeurs kystiques seraient formées par les parois normales ou amincies des canaux d'élimination du sperme. Cette explication (Ch. Monod) pathogénique ne me semble pas exacte, car l'atrésie testiculaire doit marcher progressivement de la glande vers ses canaux excréteurs, et dans ce processus régressif je ne m'explique pas pourquoi la sclérose, au lieu de se faire régulièrement et d'une manière continue comme cela se passe dans toutes les glandes et dans tous les canaux excréteurs qui cessent de fonctionner, ne se ferait ici que par places successives séparées les unes des autres par des points restés perméables. Dans le liquide de tous ces petits kystes on ne trouve jamais de spermatozoïdes, on n'y rencontre que des éléments épithéliaux en voie de transformation granulo-graisseuse.

Mais d'autres tumeurs kystiques peuvent se développer entre la tête de l'épididyme et le testicule, elles peuvent acquérir un volume relativement considérable, et tantôt le liquide qu'elles renferment contient des spermatozoïdes, ou tantôt il n'est constitué que par une sérosité citrine, transparente, sans produits testiculaires. Il nous faut donc admettre que à l'inverse des secondes les premières sont ou ont été en communication avec les voies d'élimination du sperme.

Les kystes spermatiques peuvent dépendre de l'oblitération d'un des cônes afférents, oblitération due probablement à une épидидymite ancienne en arrière de laquelle la liqueur spermatique peut affluer mais ne trouve plus d'issue.

Les kystes séreux, citrins sont au contraire le résultat d'une transformation mucoïde des canalicules de Wolff restés libres.

Ces tumeurs, par leur accroissement lent, indolent et progressif, peuvent passer longtemps inaperçues et acquérir un volume considérable, elles sont arrondies, nettement détachées du testicule qu'elles rejettent en bas et latéralement; elles causent une gêne, une pesanteur et provoquent des douleurs par le tiraillement qu'elles exercent sur les éléments nerveux du cordon. Par leur pression excentrique elles finissent par comprimer les vaisseaux nourriciers du testicule et en amener l'atrophie.

**Traitement.** — Il faut évacuer le liquide, quel qu'il soit, par une ponction suivie d'une injection irritante, teinture d'iode, s'il est nécessaire, dans le but d'éviter la récurrence.

#### § 4. — Affections du cordon.

##### A. — Hydrocèles du cordon.

Les éléments du cordon sont réunis entre eux par une gangue connective lâche, entre les trabécules de laquelle sous une influence irritative quelconque, la sérosité peut s'accumuler, c'est l'*hydrocèle infiltrée du cordon*. La position verticale du corps tend toujours à accumuler ces liquides vers la partie la plus déclive, les mailles du tissu connectif ambiant se détruisent, se rompent et la cavité au lieu d'être cloisonnée forme une poche unique. Elle est élargie à sa base qui entoure le cordon et plus ou moins rétrécie vers l'anneau suivant que l'infiltration séreuse remonte plus ou moins haut dans le canal inguinal. La tunique fibreuse qui constitue l'aponévrose du crémaster empêche la tumeur de prendre une expansion périphérique et force le liquide à remonter de bas en haut le long du cordon. Toujours le testicule et l'épididyme restent sains, ce qu'expliquent les conditions anatomiques du cordon.

Bridée par la gaine fibreuse, l'*hydrocèle infiltrée du cordon* ne donne pas nettement la perception d'un épanchement liquide, c'est bien plutôt une sensation pâteuse, molle qui a permis de la confondre avec l'épiplocèle dans les cas où le cordon était envahi jusque dans le canal inguinal; la ponction exploratrice pourra donc être nécessaire pour fixer le chirurgien, et lorsque l'on aura reconnu qu'il s'agit d'une tumeur liquide, on l'évacuera par un coup de trocart suivi d'une injection antiseptique.

Au moment où après la descente du testicule le canal péritonéo-vaginal ne s'oblitére pas complètement et où, par des causes peu expliquées encore mais dépendantes sans doute d'une lésion endothéliale, la soudure des parois de ce canal séreux ne se fait que par places isolées, des tumeurs liquides peuvent se former au niveau des points restés libres, ces épanchements constitueront alors l'*hydrocèle enkystée du cordon*. On comprend dès lors que ces tumeurs peuvent être souvent multiples. Les parois en sont épaisses par suite de la condensation des éléments connectifs, périphériques, mais elles s'amincissent au fur et à mesure que le volume de la tumeur augmente. C'est toujours une tumeur ovoïde, sans bosselures, en chapelet quand il existe plusieurs kystes. Quand la tumeur est considérable, quand ses parois sont amincies, on peut constater la transparence du liquide clair et limpide.

Quand les parois sont épaissies et que leur transparence fait défaut, la ponction exploratrice sera nécessaire pour s'assurer de la nature de la tumeur et quelquefois même ne donnera-t-elle que des indications douteuses quand, par exemple, chez un ancien hernieux on croit avoir affaire à un vieux sac herniaire distendu par la sérosité.

**Traitement.** — Il ne faut pas se presser d'intervenir chez les enfants,