

Bibliothèque numérique

medic@

Jamain, M. A.. - De l'hématocèle du
scrotum

1853.

Paris : Imprimerie de L. Martinet
Cote : 90975

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

CONCOURS POUR L'AGRÉGATION.

L'HÉMATOCÈLE
DU SCROTUM.
THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

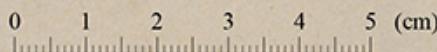
PAR

M. A. JAMAIN,

Docteur en médecine, membre de la Société anatomique.

PARIS,
IMPRIMERIE DE L. MARTINET,
RUE MIGNON, 2.

1853.



JUGES DU CONCOURS.

MM. JULES CLOQUET, *Président.*

GERDY.

LAUGIER.

MALGAIGNE.

NÉLATON.

GOSSELIN.

VOILLEMIER.

ADELON,

VELPEAU, } *Suppléants.*

AMETTE, *Secrétaire du concours.*

CANDIDATS POUR LA CHIRURGIE.

MM. BROCA.

CUSCO.

DEMARQUAY.

DESORMEAUX.

FOLLIN.

JAMAIN.

MOREL-LAVALLEE.

ADOLPHE RICHARD.

CANDIDATS POUR LES ACCOUCHEMENTS.

MM. BLOT.

ALEXIS MOREAU.

PAJOT.

1823

L'HÉMATOCÈLE DU SCROTUM

Nous décrirons sous le nom d'*hématocèle du scrotum*, les tumeurs sanguines que l'on rencontre dans les enveloppes du testicule et dans le cordon spermatique. Nous y joindrons, pour traiter la question d'une manière complète et afin de ne pas scinder l'histoire d'affections qui présentent entre elles la plus grande analogie, la description des épanchements sanguins que l'on observe dans le testicule et le cordon spermatique.

Certaines lésions sont habituellement accompagnées d'épanchement sanguin dans le scrotum. Telles sont, par exemple, les plaies d'armes à feu de cette région, du périnée, de la verge; les contusions du périnée avec rupture de l'urètre; les déchirures du corps caverneux. Nous ne croyons pas cependant devoir insister sur leur description. Ici, en effet, l'épanchement sanguin n'est qu'un épiphénomène, un accident de peu d'importance comparé à la lésion de l'organe blessé. Mais il n'en est pas de même lorsque la blessure est produite par un instrument piquant de petit volume. Dans ce cas, la solution de continuité présente une grande tendance à se réunir par première intention, et l'épanchement sanguin qu'elle a pu produire devient alors le fait pathologique principal.

Bien que les diverses espèces d'hématocèles puissent exister simultanément, il n'est pas rare de les rencontrer isolées; elles se présentent alors avec leurs caractères propres et exigent un traitement spécial. Nous devrons donc faire l'histoire particulière de chacune d'elles,

tout en tenant compte des diverses complications qu'elles peuvent présenter.

Lorsqu'on observe plusieurs espèces d'hématocèles réunies sur le même malade, il en est une qui domine pour ainsi dire toutes les autres. Si l'hématocèle de la tunique vaginale est accompagnée d'infiltration ou d'épanchement de sang dans les bourses, l'hématocèle extravaginale mérite bien une certaine attention, réclame bien aussi sa part du traitement destiné à combattre la maladie; mais comme c'est l'épanchement dans la tunique vaginale qui présente généralement le plus de gravité, et qu'il est le plus difficile de combattre, c'est celui-là qui doit surtout fixer l'attention du chirurgien. Nous dirons la même chose de l'épanchement du sang qui se fait à la fois dans le testicule, la tunique vaginale, et même dans les couches sous-cutanées. Aussi, procédant anatomiquement des couches superficielles vers les parties les plus profondes, nous décrirons chaque hématocèle compliquée d'un épanchement plus superficiel comme appartenant à l'altération la plus profonde, en indiquant toutefois les modifications que cette complication de l'affection principale vient apporter à la symptomatologie, au diagnostic, au traitement, etc.

Après avoir, dans un premier chapitre que nous avons cherché à rendre aussi court que possible, tâché d'esquisser rapidement l'historique de l'hématocèle considérée d'une manière générale, nous étudierons successivement :

- 1° L'hématocèle des couches sous-tégumentaires extérieures à la tunique vaginale (*hématocèle pariétale*);
- 2° L'hématocèle de la tunique vaginale (*hématocèle vaginale*);
- 3° L'hématocèle du cordon spermatique (*hématocèle funiculaire*);
- 4° L'hématocèle du testicule (*hématocèle testiculaire*).

HISTORIQUE.

Nous n'avons rien trouvé dans les livres hippocratiques qui ait quelques rapports avec l'hématocèle.

La plupart des historiens de la médecine font remonter jusqu'à

Celse la première indication de cette affection ; mais lorsqu'on examine le passage de Celse (1), on voit que les auteurs ne se sont point assez attachés à en préciser rigoureusement le sens.

Dans le chapitre où il parle du traitement des maladies du testicule, de l'*incision* de l'aine et du scrotum, Celse dit : *Videndumque ne sanguis in scrotum descendat, neve concretus aliquando loco maneat.* Plus loin, il recommande de n'appliquer d'agglutinatifs qu'après avoir enlevé tout le sang : *Atque hic quoque videndum est ne quid in scroto sanguinis maneat : tunc imponenda glutinantia sunt. Si quando autem in scrotum sanguis defluxit, aliquidve concretum ex eo decidit, incidi subter id debet ; purgatoque eo, spongia, acri aceto madens, circumdari.*

Il ne s'agit donc point ici de l'hématocèle proprement dit, mais d'un épanchement sanguin consécutif à une plaie de la région inguinoscrotale.

Il faut arriver à Galien pour trouver quelque indication sur cette affection. Il en est fait mention dans ses *Ascripta* (2), et encore nous conservons des doutes sur la nature de l'affection qu'il décrit. Cependant, il semble la différencier de l'hydrocèle, du sarcocèle et de l'entérocèle, etc.

« *Tumorum, qui scroto accident, septem species sunt : hydrocele, » *porocele* (πωροκελη), *steatocele*, *sarcocele*, *epiplocele*, *cirsocele*, ente- » *rocele.* »*

Dans un autre passage, il donne la définition de ces espèces de tumeurs : *Porocele est concretio calli in aliqua parte scroti.*

L'opération qu'il conseille pour cette affection semble indiquer qu'il connaissait l'affection que nous décrirons sous le nom d'hématocèle spontanée.

« *Porocelas similiter sinistra manu scrotum extendentes » secare convenit, postea in superficie diducere, donec adipi, vel callo, » vel alii cuicunque incidamus et hoc auferemus (3).* »

Quelles sont ces matières tophacées qu'il signale dans le scrotum ? Qu'entend-il par cette matière calleuse qu'il enlève du scrotum ?

(1) Livre VII, chap. xix.

(2) Galien, *Definitiones medicae*, n° 423 et 429.

(3) *Introductio seu medicus*, chap. xix.

On peut supposer qu'il veut désigner les concrétions calcaires qui se rencontrent dans la tunique vaginale, et qui se développent dans l'hématocèle spontanée.

Aétius (1), dans un chapitre où il traite de l'hydrocèle, et qui paraît être un des fragments de Léonidas d'Alexandrie, indique qu'à la suite d'une contusion, une hernie aqueuse peut survenir, mais que, dans ce cas, le liquide est sanguinolent et épais. « *Ubi igitur sponte constiterit aquosus humor collectus, subflavus aut subpallidus invenitur; ubi vero ex plaga, cruentam ac fæculentam materiam reperies.* »

Paul d'Egine (2) donne également l'indication de cette affection :

« *Si igitur ob prægressam causam, velut est partium debilitas, affectio constiterit, sanguis qui alimenti ratione affertur, in aquosam aut serosam lentam substantiam transmutatur; si vero ob plagam, sanguinea aut fæculenta essentia continetur.* »

De plus, il expose assez clairement le diagnostic de l'hydrocèle et de l'hématocèle :

« *Si quidem aquosus fuerit humor, concolor tumor pellucet; si vero fæculentus aut cruentus, rubicundus aut lividus apparet.* »

Après avoir indiqué l'hématocèle traumatique, Paul d'Égine (3) décrit, sous le nom de *hernia tofacea*, l'affection que nous avons vue décrite par Galien sous le nom de *porocèle*; il expose ses causes, ses symptômes et son diagnostic :

« *Affectio oboritur, aut ex plaga, aut ex imperita post herniæ sectionem curatione.... induratus est tumor, color vitiatur, et sensus exors est; at si malignus est tumor, dolores punctorii consequuntur. Cæterum tofi qui et circa testam et circa tunicam rubicundam consistunt ex multo renisu, et duritia, ac inæqualitate, a carnosa et aquosa hernia discernuntur.* »

Albucasis (4) n'ajoute rien aux descriptions précédentes, il signale seulement la fréquence plus grande de l'hydrocèle :

« *Hæc autem liernia (aquosa) orta est ex debilitate quæ testiculis*

(1) Aétius, livre IV, 2^e partie, chap. xxii.

(2) Paul d'Egine, *De re medica*, chap. lxii.

(3) Paul d'Egine, *loc. cit.*, chap. lxiii.

(4) Albucasis, *De chirurgica*. Oxonii, 1778, sect. lxii.

» accidit, adeoque in illos infixus est haec materia. *Et aliquando accidit ex percussione super testiculos.* Haec vero humiditas multorum est colorum. Etenim quandoque color ejus est ad flavedinem ver- gens, quandoque sanguineus est rubescens, quandoque saevidens ni- grescens. Et quandoque est aquosus albescens. Hic porro frequen- tior est. »

On trouve dans les auteurs du moyen âge quelques indications vagues sur l'hématocèle spontanée, mais les expressions qu'ils emploient pour désigner cette affection semblent plutôt se rapporter à l'affection cancéreuse du testicule.

Ils décrivent cependant une opération qui paraîtrait se rapprocher de l'excision de la tunique vaginale. Ainsi Brunus (1) donne le précepte suivant : « Curatio autem ejus est ut incidatur cutis testiculorum et ex- » corietur usque ad superiora ; deinde extrahe didymum et testiculum » et e libera eos ab omni parte ex illa carnositate. »

Théodoric copie Brunus.

Fabrice d'Aquapendente (2) établit une division entre l'affection qui envahit l'enveloppe et celle qui n'attaque que le testicule ; son opération porte soit sur le testicule ; soit sur les enveloppes seulement quand le testicule est sain.

« Notandum est in hac operatione, num caro concreverit circa tu- » nicas, an circa ipsos testes, numque firmiter, vel minus firme adhæ- » rent partes substantiae. Hoc animadverso, incidentum est totum » scrotum usque ad carnem concretam : quae, siquidem valenter » haud sit affixa, vel summis digitis, vel manubriolo scalPELLi, a teste, » vel tunicis sensim solvenda est, et auferenda. »

Le génie d'observation de J.-L. Petit ne pouvait pas laisser passer sans la signaler une affection aussi bien caractérisée que l'hématocèle. Il a observé toutes les formes de l'hématocèle, pariétale, vaginale, funiculaire et testiculaire. Seulement il n'a pas réuni sous un même chef ces différentes lésions. Il faut les chercher dans des articles différents, qui se rapportent aux opérations qui se pratiquent sur les bourses et sur les testicules.

(1) Brunus, *Magna chirurgia*, II, chapitre xi. Venise, 1498. (2) ibidem (3)

(2) Fabrice d'Aquapendente, *Opera chirurgica*. Leyde, 1723, liv I^e, ch. xxix.

Ce fut Heister qui (1), le premier, donna le nom d'hématocèle aux différents épanchements de sang qui se font dans le scrotum. Dans un chapitre didactique des *Institutiones chirurgicæ*, il décrit l'hématocèle vaginale.

Pott (2) fait un chapitre spécial pour l'hématocèle ou tumeur sanguine du scrotum, et décrit les quatre espèces suivantes :

La première est constituée par un épanchement de sang dans la tunique vaginale, à la suite de la ponction de l'hydrocèle.

La seconde est produite par l'épanchement sanguin dans la tunique vaginale, versé spontanément par les vaisseaux variqueux rompus.

La troisième a son siège dans la tunique albuginée du testicule.

Enfin, la quatrième a son siège dans le cordon spermatique.

Ainsi, les deux premières espèces de Pott correspondent à notre hématocèle vaginale spontanée et traumatique ; les deux autres aux hématocèles testiculaire et funiculaire. Il ne parle pas des épanchements sanguins qu'on observe dans les couches extravaginales.

Hunter (3) insiste surtout sur la distinction qui existe entre l'hématocèle traumatique de la tunique vaginale et l'hématocèle spontanée. Il ne s'occupe que de cette dernière. Il insiste sur cette idée que jusqu'à lui cette affection avait été confondue avec le cancer du testicule.

Aug. Gottlieb Richter (4), dans ses *Éléments de chirurgie*, décrit les diverses espèces d'hématocèles, suivant le siège de l'épanchement sanguin. La première a son siège dans le tissu cellulaire du scrotum ; la deuxième, dans la tunique vaginale du testicule ; la troisième, dans le testicule lui-même. Il ne parle pas des tumeurs du cordon spermatique.

Benj. Bell (5) décrit l'hématocèle du scrotum et du cordon spermatique.

Tel était l'état de la science au commencement de ce siècle. Nous

(1) Heister, *Institutiones chirurgicæ*. Amsterdam, 1750, 2^e partie, sect. V, chap. CXXII.

(2) Pott, *Oeuvres chirurgicales*. Paris, 1777, t. II, p. 446.

(3) John Hunter, *Oeuvres complètes*, traduction de M. Richelot, t. I^e, p. 700.

(4) Aug. Gottlieb Richter, *Elementi di chirurgia*. Pavie, 1806, p. 34.

(5) Benjamin Bell, *Oeuvres complètes de chirurgie*, traduction de Bosquillon, t. II^e, p. 274.

trouvons dans tous les traités dogmatiques une description plus ou moins exacte, plus ou moins complète des diverses espèces d'hématocèle. Nous ne passerons pas en revue tous ces auteurs. Nous nous contenterons de signaler les travaux qui ont jeté quelques lumières sur l'étiologie, l'anatomie pathologique et le traitement de cette affection.

Parmi les travaux les plus importants, nous signalerons :

1^o Les leçons de M. le professeur Velpeau, qui détermine d'une manière très nette les diverses formes d'hématocèles extérieures à la tunique vaginale et celles de la tunique vaginale. Il insiste surtout sur ce point, à savoir que toutes tumeurs du scrotum, regardées jusqu'alors comme des hydrocéles, et dans lesquelles on a trouvé du liquide brun, chocolat, etc., celles dans lesquelles on a trouvé la tunique vaginale comme épaisse et doublée de tissu fibrineux, ne sont autre chose que des hématocèles. Les travaux de M. Velpeau ont appelé l'attention des chirurgiens sur cette maladie, encore mal définie, mal caractérisée avant lui, et ont été le point de départ de recherches fort importantes.

2^o La thèse inaugurale de M. Ernest Cloquet, travail très important où se trouve étudié avec soin l'hématocèle de la tunique vaginale (1).

3^o Le mémoire de M. Béraud sur l'hématocèle du cordon spermatique et du testicule (2), qui sera consulté avec fruit.

4^o Enfin un mémoire très étendu de M. Gosselin : *Recherches sur l'épaississement pseudo-membraneux de la tunique vaginale dans l'hydrocéle et l'hématocèle, et de son traitement* (3). Nous ne nous étendrons pas ici sur ce travail important, que nous aurons souvent occasion de citer, et auquel nous ferons de nombreux emprunts lorsque nous nous occuperons de l'hématocèle spontanée de la tunique vaginale. Ce mémoire est ce que nous avons de plus complet sur cette affection ; il renferme non seulement tous les faits positifs consignés dans les annales de la science, mais il contient encore des recherches tout à fait neuves sur l'anatomie et la physiologie pathologique, sur l'étiologie de la pseudo-membrane qui tapisse la tunique vaginale. Ses recherches le conduisent à régulariser un nouveau procédé opératoire auquel il donne le nom de *décortication*.

(1) E. Cloquet, *Thèses*, Paris, janvier 1846.

(2) *Archives générales de médecine*, mars 1851.

(3) *Ibid.*, septembre, novembre et décembre 1851.

CHAPITRE PREMIER.

DE L'HÉMATOCÈLE PARIÉTALE.

Nous désignerons sous le nom d'hématocèle pariétale : 1^e l'infiltration, 2^e l'épanchement de sang dans les enveloppes testiculaires extérieures à la tunique vaginale.

§ I. Hématocèle pariétale par infiltration.

L'hématocèle par infiltration est constituée par une infiltration sanguine dans les couches extérieures à la tunique vaginale et dans la peau elle-même; cette affection est assez fréquente et ne diffère pas sensiblement des infiltrations sanguines que l'on peut observer dans le tissu cellulaire sous-cutané des autres parties du corps. Nous en dirons cependant quelques mots, bien que cette maladie ne présente point en général de gravité, pour mieux faire ressortir par la comparaison les différences qui existent entre elle et l'épanchement sous-scrotal, qui mérite une attention particulière.

Cette affection reconnaît pour cause la rupture des vaisseaux ramifiés dans les enveloppes testiculaires; elle se développe le plus souvent à la suite d'un coup violent porté sur la région des bourses: c'est ainsi qu'elle est souvent produite par un coup de pied. D'autres fois, chez les cavaliers, on la voit causée par la contusion du scrotum sur le pommeau de la selle. Elle peut encore survenir à la suite d'opérations pratiquées sur la région inguinale. M. le professeur Velpeau pense qu'alors elle dépend presque toujours de ce que l'on n'a pas fendu le scrotum assez bas, de sorte qu'il reste dans l'angle inférieur de l'incision un cul-de-sac où le sang s'amasse pour s'infiltrer ensuite plus ou moins loin dans les bourses.

L'hématocèle par infiltration est facile à reconnaître; la peau des bourses est plus ou moins tendue, lisse; ses plis normaux sont presque effacés. Les téguments présentent une coloration violette, noirâtre, quelquefois marbrée, ce qui tient à ce que dans certains points l'épaisseur de la couche sanguine infiltrée est plus considérable. L'ecchy-

mose ne se borne pas à la région des bourses ; on la voit s'étendre, lorsque l'infiltration est considérable, aux téguments de la racine du pénis ; dans certains cas, toute la peau de la verge, le prépuce même participent à la coloration et à la tuméfaction ; enfin il n'est pas rare de voir l'infiltration sanguine s'étendre au périnée, à la partie supérieure et interne des cuisses, et même sur le ventre.

Cette maladie est généralement légère ; on observe cependant dans quelques cas une douleur très vive, qui dépend de la contusion et de la distension des parties ; ce n'est que dans des circonstances beaucoup plus rares que l'on observe des symptômes généraux, de la fièvre, de l'agitation, mais ces accidents disparaissent généralement au bout d'un temps assez court.

Le traitement est fort simple. S'il existe des symptômes généraux, une saignée du bras, la diète, en triomphant facilement. Quant à l'affection locale, elle disparaîtra surtout à l'aide de la position.

Si l'infiltration est peu considérable, on pourra permettre au malade de se lever, les bourses étant soutenues par un suspensoir bien fait. Celui-ci non seulement maintient les bourses, mais encore, si l'on a soin de le choisir d'une dimension telle qu'il puisse exercer sur les parties une compression légère, il favorisera la résorption du liquide.

Si l'infiltration est considérable, le malade gardera le repos au lit ; les bourses seront soulevées, ramenées en avant et en haut, soit à l'aide d'un coussin placé entre les cuisses, soit par les deux cuisses elles-mêmes maintenues rapprochées, ou mieux encore à l'aide d'une cravate passée en dessous du scrotum, et se rattachant à une ceinture serrée autour de l'abdomen. Des compresses imbibées d'eau blanche, ou plutôt des cataplasmes émollients seront placés sur les parties ecchymosées et maintenus à l'aide d'un suspensoir s'appliquant d'une manière exacte sur la tumeur.

Sous l'influence de ce traitement, on voit le gonflement disparaître ; mais l'ecchymose persiste, elle s'étend même en surface. On observe d'ailleurs dans cette région tous les phénomènes que l'on remarque à la suite des infiltrations sanguines, c'est-à-dire absorption graduelle du sang, d'autant plus rapide que les sujets sont plus jeunes et plus

vigoureux ; aussi est-elle très longue chez les individus de mauvaise constitution ou affaiblis par l'âge et les maladies. La peau conserve, pendant un temps dont on ne peut préciser la durée, une teinte jaunâtre qui finit par disparaître.

Il est inutile d'ajouter que dans l'infiltration sanguine des bourses il faut bien se garder de porter le bistouri sur la tumeur.

Pour résumer les points principaux de la description qui précède, nous rapporterons une observation empruntée à M. Velpeau (1).

Cette observation peut, en effet, être considérée comme un exemple type de l'hématocèle par infiltration.

Le 9 décembre 1838, fut admis dans notre service le nommé Chandelier (Alexis), âgé de trente-sept ans, d'une forte constitution, tambour de la garde nationale. Cet homme avait reçu le jour précédent un coup de pied sur les bourses. La peau du scrotum était lisse, assez tendue, noirâtre; la racine de la verge, la partie interne de la cuisse du côté gauche étaient le siège d'une ecchymose assez prononcée. Le malade éprouvait d'assez vives douleurs dans le scrotum. Un examen assez minutieux me permit de constater que le testicule et l'épididyme étaient sains; que la tunique vaginale n'était le siège d'aucun épanchement; qu'en un mot il n'y avait aucune collection sanguine, et que toutes les lésions se bornaient à une infiltration assez considérable de sang dans le tissu cellulaire. Je prévis dès lors que la guérison serait prompte et facile. Comme le malade était un peu agité et que le pouls était assez développé, je prescrivis une saignée du bras; je fis ensuite couvrir le scrotum de compresses imbibées d'eau blanche, avec recommandation de renouveler ce pansement plusieurs fois par jour. Je fis appliquer aussi un large suspensoir pour maintenir les bourses convenablement soulevées. (Diète, limonade.)

Le lendemain le malade était calme; la tuméfaction des bourses avait un peu diminué; mais l'ecchymose avait gagné en surface. (Même pansement.) Les jours suivants le gonflement disparut, mais l'ecchymose persista.

Le 17 du même mois, le malade n'éprouvait plus aucune espèce de douleur; le scrotum était flasque comme dans l'état normal. Il ne

(1) Velpeau, *Clinique chirurgicale*, t. II, p. 313.

restait plus qu'une couleur jaune de la peau, qui exigea un temps plus ou moins long pour disparaître complètement. La guérison était évidemment assurée ; aussi le malade quitta l'hôpital.

§ II. Hématocèle pariétale par épanchement.

L'hématocèle pariétale par épanchement est moins fréquente que la précédente. Elle reconnaît aussi pour cause ordinaire des coups portés sur la région des bourses.

On comprend d'abord difficilement comment la contusion des bourses peut être assez grande pour produire un épanchement sanguin. « Aucune contusion ne se produit, dit M. Velpeau, sans qu'il y ait un point d'appui, une puissance et une résistance. » On voit parfaitement comment se développent les épanchements sanguins au crâne, à la partie antérieure du tibia ; dans ces régions, l'os placé superficiellement sert de point d'appui. Ici, en effet, les conditions exposées dans la proposition de M. Velpeau se trouvent réalisées de la manière la plus complète. En est-il de même pour les bourses ? Là on trouve le scrotum fuyant devant le corps contondant. De plus, on trouve le testicule extrêmement mobile, ainsi que le signalent tous les anatomistes ; le testicule ne saurait donc offrir un point d'appui suffisant. Mais si nous remarquons quelle est la direction du choc qui vient frapper le scrotum, nous voyons que dans presque tous les cas l'agent vulnérant vient frapper les bourses de bas en haut : c'est de cette manière qu'agissent les coups de pied, qui sont si fréquemment cause de l'épanchement sanguin ; c'est encore de la même manière que les bourses se trouvent contuses sur le pommeau de la selle, chez les gens qui montent à cheval, etc. Les bourses sont alors refoulées vers la partie supérieure, le testicule échappe par sa mobilité, et les téguments et les parties sous-jacentes se trouvent comprimés entre l'agent vulnérant et le corps du pubis. On trouve donc là les trois éléments nécessaires à la production d'une contusion : point d'appui, puissance et résistance. Quant à la résistance, nous devons faire une remarque : le derme, beaucoup plus solide que les couches sous-cutanées, résiste davantage, de sorte que ce sont les parties qui sont comprises entre les surfaces cutanées antérieure et postérieure qui se déchirent sous l'influence du traumatisme.

Lorsque l'agent vulnérant agit obliquement sur les bourses, ce n'est plus le pubis, mais sa branche descendante et la branche ascendante de l'ischion qui servent de point d'appui. Le mécanisme est exactement le même que celui que nous avons exposé plus haut.

Le plus souvent, l'épanchement sanguin se manifeste sans qu'il y ait de maladie concomitante. Dans un cas signalé par Bérard le blessé portait un varicocèle, et dans d'autres plus nombreux il existait une hydrocèle. Lorsqu'à la suite d'une contusion sur une hydrocèle ancienne on voit survenir une hématocèle pariétale, l'épanchement peut se faire en même temps dans le tissu cellulaire du scrotum et dans la tunique vaginale. Nous nous occuperons de cette variété en décrivant l'hématocèle vaginale.

Il est excessivement rare de voir l'épanchement sanguin survenir dans le scrotum sans l'intervention d'une cause extérieure et pour ainsi dire d'une manière spontanée. M. Lallemand rapporte cependant que « pendant un violent accès de colère le scrotum devint tout à coup de la grosseur d'une tête de foetus à terme, et d'un rouge violet; une grande quantité de sang s'était épanchée dans les mailles du tissu cellulaire, comme après une violente contusion (1). » Le mot *épanchement* se trouve bien prononcé par M. Lallemand, mais comme il n'est rien dit autre chose dans le passage que nous venons de rapporter, nous nous contentons de citer ce fait, tout en exprimant nos doutes sur le véritable caractère de la tumeur sanguine.

Nous trouvons encore dans les *Archives de médecine* (2) une observation de M. Gosselin très concluante, et curieuse sous plusieurs rapports. Il s'agit d'une hématocèle située en dehors de la tunique vaginale et survenue sans cause appréciable. Nous rapportons cette observation.

George Leger, âgé de quinze ans, garçon de cour chez un laitier, à Villejuif, est d'une bonne constitution. Il ne se souvient pas d'avoir jamais été malade, n'est point sujet aux rhumes, n'a pas eu de ganglions engorgés, n'offre aucune apparence du tempérament scrofuleux.

Il dit s'être aperçu seulement, il y a dix jours, d'une douleur et

(1) *Lettres sur l'encéphale*, 1^e lettre, § 16.

(2) *Archives générales de médecine*, 4^e série, 1844, t. V, p. 194.

d'un gonflement dans les bourses, sans changement notable de couleur à la peau. Ce gonflement a augmenté rapidement, et paraît avoir cessé de faire des progrès depuis trois ou quatre jours. L'enfant a néanmoins continué à marcher et à travailler. La douleur ne devenait très vive et insupportable que s'il voulait monter à cheval. Du reste, il n'est survenu ni fièvre ni inappétence; la nuit, et dans la position horizontale, les douleurs disparaissaient presque complètement. Si l'on demande à ce malade à quelle cause il attribue le développement de cette tumeur, il répond qu'il ne sait rien à cet égard; il n'a reçu aucun coup, n'a pas fait de chute sur les bourses. Il signale seulement qu'il est obligé depuis longtemps de faire tous les jours de longues courses à cheval; et cependant il n'a pas remarqué que peu de jours avant l'apparition de son mal le scrotum ait été froissé douloureusement: l'exercice du cheval n'est devenu pénible qu'à l'époque où la tumeur existait déjà.

Il entre à l'Hôtel-Dieu (salle Saint-Jean, n° 9) le 20 février 1844, et voici ce que l'on constate :

La tumeur occupe le côté gauche du scrotum, mais dépasse un peu le raphé pour se porter à droite; elle est piriforme, la grosse extrémité tournée en bas et la petite en haut; son volume est celui d'un gros œuf de dinde. La peau n'est point ecchymosée; elle offre seulement une teinte légèrement brunâtre, que l'on apprécie bien en examinant comparativement la partie du scrotum qui recouvre le testicule droit. Cette tumeur est molle, très évidemment fluctuante; lorsqu'on la tient soulevée sur la main après l'avoir agitée, elle donne à cette main une sensation de tremblotement tout particulier, parfois même on aperçoit à l'œil ce tremblement. La consistance n'est pas la même dans tous les points; à la partie interne, et au delà du raphé, on sent quelque chose de plus dur et d'inégal. La pression est généralement douloureuse, mais plus spécialement dans le point le plus dur dont nous venons de parler.

Le testicule droit est à sa place naturelle, et n'offre rien de particulier; quant au testicule gauche, bien que la tumeur soit placée de ce côté, il en est parfaitement distinct: on le sent à la partie supérieure et externe du scrotum, on le fait aisément glisser de haut en bas et de bas en haut, et l'on peut très facilement le circonscrire de toutes

parts avec les doigts, circonstance qui n'aurait pas lieu si le liquide placé dans la tunique vaginale environnait partout ce testicule. Il n'est, du reste, ni gonflé ni douloureux. Le malade n'a point de varicocèle.

J'ajouterais que la tumeur n'offre aucune transparence.

Il était plus que probable, d'après la mollesse de cette tumeur, d'après sa fluctuation et son opacité, qu'il s'agissait d'une collection sanguine. Néanmoins, pour assurer le diagnostic, M. Blandin fit, le 23 février, une ponction exploratrice avec le trois-quarts, à la partie la plus déclive des bourses. Il s'échappa par la canule au moins un demi-verre de sang très liquide et d'une couleur rouge foncé. Néanmoins la tumeur ne se vida pas complètement.

Après avoir évacué autant de liquide que l'on put, il resta encore une masse plus consistante, évidemment constituée par des caillots sanguins.

Le 25, M. Blandin fait à la partie antérieure du scrotum une incision d'environ 5 centimètres, par laquelle il fait sortir les caillots sanguins, tous assez mous, peu consistants, et colorés en rouge. Cette opération permet encore de s'assurer que la collection n'était point dans la tunique vaginale; car il est aisément reconnaître que le testicule n'est point dans la poche actuellement ouverte.

On met un peu de charpie dans l'ouverture, un linge cératé, et l'on maintient les bourses relevées. On renouvelle le pansement tous les jours; aucun accident n'est survenu. Après quinze jours de suppuration peu abondante la plaie était cicatrisée, et l'enfant est sorti guéri de l'hôpital.

Il serait curieux de déterminer exactement le siège anatomique de l'hématocèle par épandement. Celui-ci se fait-il entre la peau et le dartos, entre cette dernière membrane et le crémaster, ou bien entre celui-ci et la tunique vaginale? Cette question me semble bien difficile à résoudre dans l'état actuel de la science, car aucun des nombreux auteurs que nous avons consultés ne décrit avec précision les rapports de l'épanchement avec les divers feuillets sous-cutanés en dehors de la tunique vaginale; nous trouvons

seulement dans Imbert Delonne (1) cette simple indication, à savoir, que *la tunique vaginale formait la paroi la plus profonde du foyer sanguin.*

Ce que nous savons de l'anatomie pathologique se borne à l'examen de l'état du sang, qui peut se présenter à divers états. Il est liquide, comparable au sang veineux, mais présentant cependant une teinte un peu plus brune. D'autres fois il est moins fluide ; sa consistance rappelle celle d'un liquide sirupeux tel que la mélasse.

D'autres fois il est coagulé, les caillots qu'il présente peuvent avoir une densité variable, suivant leur ancienneté, et suivant aussi que l'absorption de la partie liquide aura été plus complète. Ces caillots sont noirs, plus ou moins adhérents avec les parois du foyer qui les contient. Enfin on trouve dans le foyer un liquide d'une coloration plus ou moins foncée, baignant des caillots tantôt fibrineux, tantôt rougâtres, plus ou moins volumineux, plus ou moins nombreux, qui ont contracté de faibles adhésions avec les parois de la poche hématique.

Il ne faudrait pas croire cependant que l'épanchement soit aussi considérable que l'étendue de l'ecchymose pourrait le faire supposer. Dans un assez grand nombre de cas, le foyer sanguin est bien circonscrit, et autour de ce foyer existe une infiltration qui peut s'étendre, comme dans le cas précédent, au-dessous des téguments circonvoisins.

Les épanchements sanguins présentent quelques symptômes qui leur sont communs avec l'infiltration que nous venons de décrire. Ainsi on remarque la tuméfaction des bourses, la tension des téguments, leur coloration d'un violet foncé. On voit souvent une tumeur piriforme, à grosse extrémité dirigée en bas ; il est à remarquer, en effet, que souvent la tumeur occupe la partie inférieure des bourses, le sang tendant toujours, par son propre poids, à se porter vers les parties les plus déclives.

Les symptômes propres à l'épanchement sont les suivants : Au début, la tumeur est molle, fluctuante. Dans un cas observé par M. Gosselin, et que nous avons rapporté plus haut, lorsqu'elle était soulevée avec la main après l'avoir agitée, elle donnait à la main une sensation de tremblement tout particulier ; parfois même ce tremblement pou-

(1) Imbert Delonne, *Traité de l'hydrocèle, etc.* Paris, 1783.

vait être aperçu à l'œil. Est-il nécessaire d'ajouter que, dans ces sortes de tumeurs, l'absence de transparence est un phénomène constant.

Lorsqu'on examine le malade quelques jours après l'accident, les phénomènes changent : ainsi l'on voit que le gonflement a diminué ; il semble se limiter à la partie qui est le siège de l'épanchement ; la tumeur ne présente plus qu'une fluctuation obscure, et si on la presse, on éprouve une sensation de crépitation sourde, que l'on a comparée, avec assez de justesse, au froissement de la neige, à la compression de l'amidon en poudre, et qui résulte de l'écrasement des caillots. Enfin, à une période plus avancée, la tumeur présente une consistance plus ferme, et assez grande pour faire croire à l'existence d'une tumeur solide du scrotum. Nous rapportons plus loin un cas dans lequel l'affection avait pu être prise pour une épididymite.

Quant au testicule, il est tout à fait libre ; il n'est point réuni à la tumeur, et l'on peut facilement le faire mouvoir de haut en bas et de bas en haut. Signe fort important que nous aurons occasion de rappeler lorsque nous ferons l'histoire de l'hématocèle de la tunique vaginale.

L'intensité des symptômes généraux varie d'ailleurs avec la violence du traumatisme, avec la quantité de sang épanché et la tension des téguments.

Les phénomènes qui se manifestent lorsque la maladie est abandonnée à elle-même sont ceux que l'on observe à la suite de tous les épanchements sanguins. Nous ferons remarquer cependant que ce n'est que dans des épanchements très circonscrits que l'on peut espérer la résolution. La distension considérable de la peau des bourses, l'amincissement de cette membrane, peuvent être considérés comme des circonstances peu favorables à l'absorption.

Imbert Delonne rapporte un cas dans lequel on vit le sang épanché sortir par une plaie des téguments : une hématocèle du volume d'une noix avait été causée par un coup de fleuret ; huit jours après l'accident, le sang sortit par la solution de continuité encore imperfectement réunie, la suppuration fut peu abondante, le malade guérit (1).

(1) Imbert Delonne, *loc. cit.*, p. 319.

Dans certains cas, une inflammation se développe ; alors les symptômes généraux observés peu de temps après l'accident, au lieu de diminuer graduellement, comme cela se voit quand le liquide doit être absorbé, augmentent d'intensité : il y a de la fièvre, de l'agitation ; la douleur locale est plus vive ; la peau des bourses devient chaude, très tendue, et elle ne tarde pas à se perforer en donnant issue à un liquide épais, d'une couleur noirâtre, formé par le pus mélangé à du sang. Ces abcès, dit M. Velpeau, peuvent s'étendre au périnée et jusque dans les régions inguinales.

D'autres fois la peau décollée, ne trouvant plus assez de vaisseaux pour sa nutrition, ou profondément altérée par l'agent contondant, se couvre de phlyctènes remplies de sérosité roussâtre ; bientôt celles-ci se rompent, laissent écouler la sérosité teinte de sang, et au-dessous d'elles on trouve une plaque d'un gris noirâtre indiquant la mortification des téguments ; peu à peu cette plaque se trouve éliminée. La gangrène ne se borne pas à l'enveloppe tégumentaire, elle se montre dans les couches sous-jacentes ; la tunique vaginale elle-même peut participer à la désorganisation, et le testicule se trouver à découvert.

Il est des cas dans lesquels l'épanchement sanguin peut rester pendant un temps plus ou moins long sans produire d'autres symptômes que ceux qui résultent du volume de la tumeur ; il n'existe que peu ou point de douleurs, qui peuvent toutefois être augmentées par la pression.

Le 13 décembre 1839 (1), fut couché dans la salle Saint-Pierre, n° 21, le nommé Moreau (Hippolyte), âgé de vingt-cinq ans, menuisier, d'une bonne constitution. Cet homme a été exempté du service militaire pour un varicocèle dont il était affecté depuis très longtemps. S'étant pris de querelle il y a environ vingt jours avec un de ses camarades, il reçut de ce dernier un violent coup de pied sur les bourses. La douleur qu'il éprouva fut si violente qu'il perdit connaissance. Transporté chez lui, il reprit ses sens et vit que ses bourses avaient considérablement augmenté de volume. Le médecin qui fut appelé prescrivit le repos, vingt-cinq sanguines et des compresses im-

1) A. Bérard, *Gazette des médecins praticiens*, 1840, n° 18.

bibées d'acétate de plomb sur sa tumeur. Les jours suivants, deux nouvelles applications de sanguines furent ordonnées. Sous l'influence de ce traitement, la tumeur, qui, au dire du malade, avait acquis au début le volume de la tête d'un enfant, diminua sensiblement, mais elle resta ensuite stationnaire, et Moreau se décida à entrer à l'hôpital.

A la première visite (14 décembre), voici quel était l'état des parties : Les bourses offrent le volume de deux poings réunis ; la tumeur est oblongue, de haut en bas. On sent distinctement en la palpant qu'elle est due à l'accumulation d'un liquide comme grumeleux, épanché dans le tissu cellulaire du scrotum. La peau est d'un rouge violet, surtout le côté droit. Il n'existe d'ailleurs aucun symptôme de réaction ; le malade n'a point de fièvre et demande à manger. (Compresses imbibées d'eau blanche et d'eau de sureau renouvelées plusieurs fois dans la journée ; demi-portion.)

Cette prescription fut continuée pendant trois jours. La tumeur diminua de volume d'une manière notable ; elle semblait alors divisée en deux collections distinctes séparées par un corps dur. Les douleurs que ressentait le malade lorsqu'on pressait ce corps indiquaient assez que c'était le testicule. Il n'existant aucune transparence. C'était là évidemment un épanchement de sang ; mais ce liquide était-il rassemblé dans l'intérieur de la tunique vaginale ou en dehors de cette cavité ? M. Bérard émit cette dernière opinion, ajoutant que le sang devait avoir subi un certain degré de transformation, et qu'une incision donnerait issue à une matière noirâtre plus ou moins épaisse. Nous allons voir que son diagnostic se réalisa de tous points.

Le 20, l'état des parties était tel qu'on ne pouvait espérer de voir la tumeur se résoudre. Une incision pouvait seule en débarrasser le malade ; elle fut pratiquée de la manière suivante : Le malade est placé sur le bord de son lit ; les jambes et les cuisses sont maintenues fléchies et écartées par un des aides. Les bourses sont relevées en haut ; l'élève interne tient le testicule entre ses doigts. Une incision longitudinale est alors pratiquée, qui est faite avec précaution, couche par couche, à l'aide d'un bistouri convexe. Parvenu ainsi jusqu'à la poche qui contient le liquide, M. Bérard prend alors un bistouri boutonné et fend le kyste de haut en bas. Il s'écoule aussitôt une assez grande

quantité de sang noirâtre, en partie coagulé et assez semblable à de la gelée de groseille ou à du raisiné. On enlève avec les doigts tous les caillots de sang qui sont fixés aux parois du kyste, et on asperge convenablement la plaie. On put constater dès lors que l'épanchement avait son siège en dehors de la tunique vaginale. On introduit ensuite au fond de la plaie un linge troué enduit de cérat, et on remplit la cavité de boulettes de charpie sèche. Des compresses et un bandage en T maintiennent le pansement. Le malade a beaucoup souffert pendant l'opération. (Diète absolue, potion gommeuse avec 30 grammes de sirop diacode.)

Le 21, les douleurs, suites de l'opération, se sont promptement calmées ; le malade a été tranquille pendant toute la journée ; il a dormi une grande partie de la nuit. Cependant il se plaint actuellement de douleurs dans la tête ; il y a un peu de fréquence dans le pouls. (Infusion de tilleul, potion calmante, deux bouillons.)

Le 22. Hier il y a eu de la fièvre ; le pouls est encore fréquent et la langue est sèche ; la plaie n'est pas douloureuse, mais le malade se plaint d'assez vives douleurs dans la fosse iliaque du côté droit ; il n'y a pas eu de selles depuis l'opération. (Une bouteille d'eau de Sedlitz, un lavement, diète.)

Le 23. Le malade a vomi hier à trois reprises différentes ; il n'y a pas eu d'évacuation par le bas ; le lavement n'a pas même été rendu. Les douleurs de tête ont beaucoup diminué. La plaie est pansée pour la première fois ; elle offre un bon aspect ; la suppuration est peu abondante ; le premier pansement est très peu douloureux (Huile de ricin, sirop de nerprun, de chaque 15 grammes ; lavement avec 30 grammes de sulfate de soude ; diète.)

Le 24. Tous les accidents énumérés plus haut ont disparu , selles abondantes ; point de douleur dans la plaie. La suppuration est assez abondante et de bonne nature. (Pansement ordinaire, lavement émollient; deux pots de tisane, deux bouillons, un potage.)

Le 26. L'état du malade est très satisfaisant. La plaie offre un bon aspect ; il y a eu une selle copieuse. (Deux bouillons, deux potages.)

Le 28. Même état ; les bords de la plaie commencent à s'affaïsser ; la suppuration est toujours abondante. Le malade demande des aliments. (Pansement ordinaire, infusion de mauve ; le quart.)

Le 31. Les bourses tendent à revenir sur elles-mêmes et à reprendre leur volume normal. M. Bérard constate un léger épanchement dans la tunique vaginale. La suppuration a beaucoup diminué; le fond de la plaie est cautérisé avec le crayon de nitrate d'argent. (Les trois quarts d'aliments.)

Le 2 janvier, la plaie est en grande partie cicatrisée; sa suppuration est presque entièrement tarie. (Nouvelle cautérisation.)

Le 4. Les bourses ont repris leur état normal; il ne reste plus qu'une petite plaie qui n'exigera pendant quelques jours encore qu'un pansement très simple. Le malade est dans un état tout à fait satisfaisant; il demande à sortir de l'hôpital.

Dans un autre cas, M. Velpeau ne vit le malade qu'un mois après la contusion, et ne se décida à ouvrir la tumeur que quand il vit que les résolutifs ne pouvaient plus avoir d'action. Enfin, d'après Imbert Delonne (1), ce ne fut que treize ans après le développement de l'hématocèle que l'on pratiqua l'incision du foyer sanguin; mais il est permis d'élever quelques doutes sur cette observation que nous transcrivons.

M. Milici, chirurgien d'un mérite très connu à Marseille, a traité l'année dernière une hématocèle d'un si grand volume, que la tuméfaction s'étendait au delà des muscles du bas-ventre. Pour s'assurer de la nature du fluide contenu, M. Milici plongea d'abord un trocart dans le centre de la tumeur: il en vit sortir une matière épaisse, corrompue et de la couleur du chocolat. Il vit alors la nécessité d'une large ouverture. L'humeur était renfermée dans une poche particulière, dont la convexité de la tunique vaginale faisait la partie postérieure. La suppuration de l'ulcère devint si abondante les quinze premiers jours, que l'on crut pouvoir évaluer le poids de la matière à ouze livres. La tunique vaginale, détruite en partie dans le dernier temps de la suppuration, laissa voir le testicule en bon état, et la cure de la maladie fut complète au bout d'environ quarante jours. Cette tumeur sanguine était la suite d'un coup donné à la partie en montant à cheval treize ans auparavant.

(1) Loc. cit., p. 318.

Le diagnostic de l'épanchement de sang dans les bourses est généralement assez facile ; il peut cependant, dans quelques circonstances, embarrasser un chirurgien qui ne serait pas prévenu.

Lorsque la maladie est au début, on reconnaît facilement sa nature par l'ecchymose du scrotum, et l'on peut encore reconnaître l'étendue de l'épanchement par la sensation de fluctuation que l'on perçoit généralement dans le point où la peau paraît être plus profondément altérée.

L'épanchement extra-vaginal pouvait être confondu avec l'épanchement vaginal, mais dans la première affection la tumeur est parfaitement distincte du testicule ; on peut facilement circonscrire cet organe dans tous les sens, et on peut le faire mouvoir indépendamment de la tumeur.

Mais si l'ecchymose a disparu, si surtout la partie liquide du sang est presque complètement absorbée, le diagnostic peut présenter quelques difficultés. Ainsi, dans un cas dont nous trouvons l'observation dans la *Gazette des hôpitaux*, 1850, 29 janvier, la tumeur avait l'apparence de celle que l'on remarque dans l'épididymite aiguë ; elle en avait la dureté, la sensibilité à la pression. Le malade était en outre atteint d'un écoulement blennorrhagique ancien, peu abondant, et qui aurait pu au premier abord faire croire à l'existence d'une epididymite blennorrhagique. Mais il est un signe qui ne permettra jamais à un chirurgien attentif de confondre ces deux maladies. Nous rappellerons ici, comme nous l'avons dit plus haut, l'indépendance des deux tumeurs.

Enfin, s'il arrivait que le diagnostic présentât quelque obscurité, la ponction exploratrice pourrait servir à dissiper les doutes.

Cette affection est généralement peu grave lorsque l'épanchement est peu considérable ; car on peut obtenir l'absorption du liquide ; elle est plus sérieuse lorsque l'épanchement occupe une certaine étendue.

*Traitemen*t.—Si l'épanchement est peu considérable, on peut espérer la résolution, et c'est en effet ce qu'il faudra chercher à obtenir. Des cataplasmes émollients seront appliqués sur les bourses soulevées,

comme nous l'avons dit en parlant de l'infiltration sanguine du scrotum.

L'espérance de voir diminuer l'infiltration sanguine, que nous avons signalée autour de l'épanchement, peut quelquefois engager le chirurgien à temporiser. En effet, par l'incision il ouvrirait un large foyer qui aurait pu, au bout de quelques jours, se circonscrire par l'absorption du sang infiltré. Lorsqu'il ne se manifeste aucun accident général ni local, il doit attendre quelques jours et ouvrir le foyer lorsqu'il n'obtiendra plus rien ni de la position ni des résultats.

Lorsque, au contraire, la peau est amincie, décollée dans une grande étendue, si le malade ressent de la douleur, il faut se hâter d'ouvrir le foyer sanguin.

La position du testicule sera reconnue, afin d'éviter sa blessure, et on pratiquera une incision verticale qui arrivera toujours jusqu'vers la partie la plus déclive de la tumeur; quelquefois, lorsque l'épanchement est très considérable, il est nécessaire de faire plusieurs incisions.

Le foyer sera débarrassé des caillots sanguins; la plaie sera soigneusement abstergée; un linge enduit de cérat sera placé dans le fond de la plaie; celle-ci sera remplie avec des boulettes de charpie sèche; des compresses, un bandage en T compléteront le pansement. Celui-ci sera maintenu en place pendant trois jours environ, et ce n'est qu'aux pansements suivants que la suppuration présentera quelque abondance.

La cicatrisation sera dirigée comme dans toute espèce de plaie; s'il se rencontre des bourgeons charnus exubérants, ils seront réprimés avec l'azotate d'argent.

Si nous conseillons l'incision du foyer dans les cas de vastes épanchements qui peuvent faire craindre la décomposition putride du sang et l'inflammation, à plus forte raison cette opération est-elle indiquée lorsque cette inflammation est déjà développée. Lors donc que l'on constatera plusieurs jours après l'accident une augmentation assez notable dans le volume des bourses, avec élévation de la température, infiltration œdématueuse dans le tissu cellulaire sous-scrotal, augmentation de la douleur, réaction générale fébrile, frissons erratiques, etc.,

il ne faut pas hésiter à ouvrir largement le foyer sanguin jusque dans sa partie la plus déclive, et se conduire, en un mot, comme nous l'avons exposé ci-dessus.

Telle fut la conduite de M. Velpeau dans le fait suivant :

Un homme âgé d'environ trente ans avait reçu, dix jours avant son entrée à l'hôpital, de violents coups de pied sur les bourses. Le lendemain de l'accident, le scrotum avait acquis un volume énorme, à tel point que le malade le comparait à une tête d'adulte. La peau, dit-il, était bleuâtre; la verge avait disparu presque en totalité au milieu du gonflement. Il éprouvait d'assez vives douleurs. Le médecin appelé pour lui donner des soins avait reconnu la nécessité de pratiquer quelques incisions; mais le malade ne voulut pas s'y soumettre. On le saigna et on appliqua des compresses résolutives. La maladie fit des progrès; des abcès se formèrent, et il se décida à entrer dans notre service. Voici à cette époque quel était l'état des parties : Le scrotum est tendu, luisant; il y a une fluctuation évidente, et tout indique qu'il existe dans cette partie un foyer purulent. La peau est amincie; une tumeur du volume d'un gros œuf de poule existe à la région périnéale; elle est fluctuante.

J'ouvris immédiatement ces deux tumeurs; il en sortit près d'un verre de matière noirâtre évidemment composée de sang et de pus. Le malade fut dès lors soulagé; mais ces deux plaies suppurèrent pendant sept semaines, et nous eûmes pendant quelque temps des craintes sérieuses pour la vie de ce malheureux. Cependant la suppuration finit par se tarir; la cicatrisation s'opéra, et la guérison fut complète.

CHAPITRE II.

DE L'HÉMATOCÈLE VAGINALE.

On désigne sous ce nom l'épanchement de sang dans la tunique vaginale; elle peut être traumatique ou spontanée.

L'hématocèle traumatique a été décrite par presque tous les auteurs, mais il n'en est pas de même de l'hématocèle spontanée dont la connaissance exacte ne remonte pas au-delà du commencement de ce siècle.

L'hématocèle vaginale spontanée est caractérisée par l'épanchement de sang dans la tunique vaginale, survenu sans violences extérieures apparentes, et sans que le testicule ou l'épididyme présentent d'altération. Notre définition exclut par conséquent les épanchements sanguins qui peuvent se montrer à la suite de dégénérescence du testicule ou de ses annexes.

J. Hunter paraît être le premier qui ait signalé l'hématocèle spontanée de la tunique vaginale (*hematocele specifica testis*). Il la distingue parfaitement de l'hématocèle traumatique. « Le liquide renfermé dans la tumeur est, dit-il, du sang, du sérum, et souvent du sang solidement coagulé. Dans cette maladie, l'extravasation sanguine est l'effet d'une action morbide ou d'un mode particulier de sécrétion, et non le résultat d'une violence extérieure, comme dans l'hématocèle traumatique (1). » Il signale la difficulté du diagnostic et l'épaisseur des parois du kyste. « On prend souvent, dit-il, cette affection pour un cancer du testicule; l'organe est alors enlevé comme cancéreux, et le liquide qu'on y trouve est considéré comme une extravasation cancéreuse, bien que ce soit du sang ordinairement épanché dans la tunique vaginale. Ceux que j'ai vus donnaient la sensation d'une hydrocèle obscure, ou quelque chose d'intermédiaire entre la sensation de l'hydrocèle et celle du squirrhe du testicule. A raison de l'incertitude du diagnostic, j'ai toujours conseillé de faire d'abord une ponction;

(1) Hunter, *Oeuvres complètes*. Paris, 1839, t. I, p. 701.

dans quelques cas il y a beaucoup de sérosité située dans le centre du coagulum qui adhère aux parois du sac, et au toucher on croit reconnaître un sac à parois épaisses; souvent le sac est réellement très épaisse. • On peut voir, par ce passage, que Hunter avait parfaitement vu l'hématocèle spontanée de la tunique vaginale.

Boyer, dans un article spécial ayant pour titre : *De quelques tumeurs des bourses auxquelles on a donné improprement le nom de sarracèle*, décrit parfaitement l'hématocèle spontanée de la tunique vaginale. Il la considère comme le résultat d'une inflammation chronique de la tunique vaginale, survenue spontanément ou déterminée par une contusion, ou bien par l'épanchement de sang à la suite d'une opération d'hydrocèle. La partie albumineuse, dit-il, a formé une espèce de tissu réticulaire, une pseudo-membrane qui adhère fortement à la face interne de la tunique et à la surface du testicule. Il signale les divers degrés d'épaisseur de la tunique vaginale, et les indications qui en découlent. La description de Boyer est, ainsi qu'on va le voir, bien plus complète que celle d'A. Cooper.

A. Cooper (1) dit bien que l'hématocèle n'est pas toujours le résultat d'un coup, et ajoute plus loin que quand l'hématocèle paraît spontanée, quand elle ne peut être attribuée à une autre cause qu'aux efforts musculaires du malade, elle tient, selon toute apparence, à ce qu'il existe dans la constitution du malade quelque altération contre laquelle le chirurgien doit diriger un traitement, aussi bien que contre la maladie locale. Dans les cas de cette nature, il existe ordinairement une lésion des viscères, et plus spécialement du foie. Dans d'autres circonstances, la maladie est le résultat de la présence d'un obstacle ayant son siège dans la poitrine.

Nous ne voyons pas quelle relation peut exister entre une affection du foie et de la poitrine dans la production de l'hématocèle spontanée de la tunique vaginale. Nous n'avons rencontré, dans aucune des observations que nous avons compilées, de faits où une lésion thoracique ou abdominale se soit montrée; les observations d'A. Cooper lui-même ne contiennent rien qui puisse motiver son opinion sur l'affection qui nous occupe.

(1) Loc. cit., p. 492.

Dupuytren (1) confond l'hématocèle spontanée avec l'hydrocèle; il signale des hydrocèles dans lesquelles la tunique vaginale acquiert une grande épaisseur et une densité voisine du cartilage; il signale les difficultés du diagnostic, et pose des indications de traitement autres que celles qu'il conseille pour l'hydrocèle ordinaire. Il connaît donc la maladie, mais il n'en avait pas fait une affection particulière.

M. Moulinié, de Bordeaux (2), parle de l'hématocèle spontanée; il suppose que la maladie est produite par le sang déposé par les vaisseaux dilatés de la tunique vaginale, et il donne à cette affection le nom d'*hématocèle par exhalation*.

Tel était l'état de la science, lorsque M. le professeur Velpeau, dans une série de leçons faites à l'hôpital de la Charité, démontra que c'était à tort que l'hématocèle de la tunique vaginale avait été confondu avec l'hydrocèle.

C'est surtout en parlant de cette espèce de l'hématocèle, que M. le professeur Velpeau dit que l'histoire de cette affection reste à faire presque tout entière. « Cette variété, dit-il (3), présente en effet plusieurs phénomènes pathologiques qui n'ont pas encore fixé l'attention des chirurgiens, et dont on n'a pas toujours cherché à se rendre compte. Aussi je vous répète depuis plusieurs années, toutes les fois que l'occasion s'en présente, qu'une foule d'observations rangées parmi les cas d'hydrocèle doivent être rapportées à l'hématocèle. Ainsi, partout où il est dit que la matière contenue dans le kyste était colorée en rouge, en brun, en roux, d'une consistance de miel, de bouillie, de chocolat, de lie de vin, on peut être sûr qu'il s'agit d'une hématocèle. Il en est de même des exemples où le liquide, quoique réellement fluide et simplement jaunâtre, se rencontre en faible quantité dans la coque vaginale, épaisse, comme fibro-cartilagineuse, formée de plaques cartilagineuses superposées. »

Dans une excellente thèse soutenue en 1846 par M. E. Cloquet, ayant pour titre: *De l'hématocèle vaginale*, on trouve des faits nouveaux

(1) *Leçons orales de clinique chirurgicale*, t. IV, p. 307.

(2) Moulinié, *Maladies des organes génitaux urinaires*, t. II, p. 138.

(3) *Leçons orales de clinique chirurgicale*, t. II, p. 392.

et des considérations pratiques extrêmement importantes sur cette affection. Nous aurons souvent occasion de citer ce travail.

Enfin, en 1851, M. Gosselin (1), dans son mémoire, examine la question des hématocèles spontanées sous un point de vue tout à fait nouveau. Il recherche l'origine de l'épanchement sanguin et décrit avec grand soin l'état particulier que présente la tunique vaginale. Son mémoire est terminé par le traitement, qui renferme un nouveau procédé opératoire, et par de nouveaux faits fort bien recueillis qui jettent une vive lumière sur la question encore si obscure des hématocèles spontanées.

Étiologie. — Les causes de l'hématocèle vaginale sont nombreuses ; elles peuvent toutefois se trouver rangées en quatre catégories :

1^o L'hématocèle se développe sous l'influence d'une contusion, l'agent vulnérant ayant porté directement sur les bourses.

2^o A la suite de la ponction d'une hydrocèle, un vaisseau des téguiments, du cordon, ou même du testicule, pouvant être ouvert par la pointe de l'instrument.

3^o L'hématocèle vaginale peut se développer sous l'influence d'un violent effort musculaire.

4^o D'autres fois l'hématocèle semble se développer sans cause appréciable ; on la désigne alors sous le nom d'hématocèle spontanée.

Nous allons examiner successivement ces diverses espèces de causes de l'hématocèle vaginale, et voir quelle est la part qu'il faut leur accorder dans la production de la maladie.

Des causes de l'hématocèle traumatique. — Il n'est pas rare de rencontrer un épanchement dans la tunique vaginale, à la suite de contusion violente des bourses. Cette affection coexiste presque toujours, à son début, avec une infiltration sanguine dans le tissu cellulaire sous-cutané. Par quel mécanisme le sang est-il versé dans la tunique vaginale ? Si cette membrane est rompue, on comprend facilement que le sang, trouvant plus de facilité à s'épancher dans sa cavité qu'à s'infiltre dans ses tissus, devra s'y accumuler.

(1) Archives générales de médecine, 1851, t. XXXVII.

Mais on a quelque peine à s'expliquer la rupture d'une membrane qui doit se soustraire facilement à l'action d'un corps contondant.

Nous pensons que le plus souvent il y a contusion simultanée du tissu cellulaire sous-cutané et dans la tunique vaginale. L'observation suivante (1) nous paraît appartenir à la classe des hématocèles produites d'après ce mécanisme; aussi, malgré sa longueur, croyons-nous, devoir la donner dans son entier.

M..., d'un tempérament sanguin lymphatique, d'une forte constitution, âgé d'environ cinquante ans, étant monté sur un cheval capricieux, le 31 octobre 1806, fut jeté, par un mouvement brusque de cet animal, sur le pommeau de la selle, et éprouva une violente contusion aux testicules et au périnée.

Malgré la douleur externe qui résulta de cette contusion, le blessé eut encore le courage et l'imprudence de faire six lieues sur le même cheval. Il se fit une infiltration sanguine très considérable dans tout le tissu cellulaire du scrotum, du périnée et même des aines, et les parties génitales acquirent en peu de temps un volume comparable à celui de la forme d'un chapeau, et une couleur noire.

Ce malade descendit chez moi à son retour; il était alors huit heures du soir, et l'accident avait eu lieu à midi. Je le fis mettre au lit et appliquai sur la partie contuse des cataplasmes de mie de pain, bouillie dans l'eau végéto-minérale, bien décidé à pratiquer au plus tôt des incisions sur les parties latérales du scrotum, afin de donner issue à la grande quantité de sang infiltré dans ces parties, et par la prévenir les accidents funestes que la présence de ce fluide épanché hors de ces vaisseaux peut occasionner dans des organes où la putréfaction est susceptible de se développer si rapidement.

Le lendemain matin 1^{er} novembre, le malade voulut se faire conduire chez lui, à une heure de distance de ma demeure. Il y fut transporté en voiture. Je me rendis auprès de lui le même jour, et là je pratiquai les incisions projetées. J'incisai avec un bistouri ordinaire de chaque côté du raphé, et dans l'étendue d'environ trois pouces de long, la peau et le tissu cellulaire du scrotum. Ces deux incisions

(1) Suite de l'ancien *Journal de médecine*, t. XIII, p. 421, observation donnée par Follet, médecin à Estrés-Saint-Denis.

produisirent une évacuation salutaire et assez abondante. Dans les vingt-quatre heures suivantes, il s'écoula une grande quantité de sang des parties contusées, d'où suivit une déplétion marquée de la tumeur; on couvrit les plaies de charpie sèche, et par-dessus on appliqua un cataplasme, comme il est dit plus haut.

Le lendemain 2, la tumeur était sensiblement diminuée; les plaies étaient un peu douloureuses. Le 3, on continua le même traitement, et on observait un dégagement graduel des parties contusées.

Au 5 novembre, le dégorgement était plus apparent du côté gauche, phénomène dont on peut donner la solution par la raison suivante: le malade avait avant cet accident le testicule droit plus gros que dans l'état naturel; et il déclara qu'au moment de la contusion ce testicule avait beaucoup plus souffert que celui du côté opposé.

Au huitième jour de la blessure, l'infiltration sanguine continuait de se dissiper; les plaies étaient belles, mais assez sensibles; l'application des cataplasmes émollients et le pansement furent continués jusqu'au dixième jour.

Au treizième, l'engorgement était peu considérable du côté gauche; le tissu cellulaire des aines était encore infiltré, surtout du côté droit.

Au seizième jour, le mieux continue; les plaies se rétrécissent, surtout celle du côté gauche.

Au dix neuvième jour, l'état du malade va toujours s'améliorant.

Au vingt cinquième, les aines, le périnée, le scrotum du côté gauche se trouvent entièrement dégorgés; mais le côté droit reste gros, et on reconnaît l'existence d'un épanchement de sang dans la tunique vaginale. Alors je me décidai à faire une ponction avec le trocart, comme dans l'hydrocèle, pour donner issue au fluide épanché, et dont la présence pouvait occasionner des accidents très graves par un séjour trop longtemps prolongé, accidents d'autant plus à craindre que le malade se plaignait depuis quelques jours de picotements douloureux dans cette partie.

J'aurais bien désiré fendre la tunique vaginale avec le bistouri, mais le malade ne voulut plus souffrir d'incision. J'évacuai, par la ponction, environ un demi-setier de fluide noirâtre. Après cette évacuation, je jugeai plus sainement de l'état des parties malades. Le

testicule était de la grosseur d'un œuf de poule ; le cordon spermatique était aussi engorgé. On mit le malade au lit, et on appliqua sur le scrotum des compresses trempées dans du vin tiède, qui furent soutenues par un suspensoir. La nuit suivante fut très orageuse, la tunique vaginale s'étant enflammée, ce qui fit beaucoup souffrir l'opéré. Une douleur extrême, la fièvre, l'insomnie et le délire se manifestèrent à raison de la tension excessive de la membrane vaginale, tension qui se propageait le long du cordon spermatique jusqu'à l'anneau inguinal. On appliqua sur ces parties des cataplasmes faits avec de la mie de pain bouillie dans une forte décoction de graine de lin et de têtes de pavot ; on eut l'attention de les renouveler souvent.

Le lendemain il n'y eut pas de mieux sensible, et la nuit qui succéda fut encore plus fâcheuse que la précédente. On continua les mêmes cataplasmes. Je me proposai même de donner intérieurement une dose convenable de laudanum simple pour calmer les accidents. Mais vers le trentième jour il s'opéra une détente dans les parties affectées, et dès lors la douleur, la fièvre, le gonflement diminuèrent sensiblement ; l'ouverture de la ponction se rouvrit et donna issue à une quantité abondante d'humeurs semi-sanguinolentes ; après quoi la tumeur s'affaissa.

Au trente-cinquième jour, la tunique vaginale se trouve complètement vidée et les accidents tout à fait dissipés, mais le testicule reste très gros.

Au trente-huitième, il était considérablement diminué. Il est à propos d'observer ici que la tunique vaginale s'était rompue dans le centre de la première incision, et avait donné issue à une certaine quantité de matière puriforme.

Dès ce moment, le dégorgement n'a cessé de faire des progrès ; le malade ne souffre plus, peut se lever, a bon appétit et dort bien ; les aines, le périnée et le scrotum sont entièrement dégorgés. La tunique vaginale ne renferme plus aucun fluide ; le cordon est libre, le testicule conserve encore un reste d'engorgement qui diminue peu à peu, et qui nous fait espérer de le voir réduit sous peu à son état ordinaire, c'est-à-dire au volume où il était avant la blessure, puisque nous avons dit qu'alors il était affecté d'un léger engorgement chronique.

Au cinquantième jour, le malade va de mieux en mieux ; le testi-

cul continue de se dégorger, et peu après on le voit réduit à son état primitif. On prescrit pour tout traitement le régime, le repos et l'usage d'un suspensoir.

Au moment où nous écrivons (1^{er} janvier 1807), la guérison est radicale, et M... peut se livrer aux travaux ordinaires d'agriculture.

Nous venons de voir ce qui se passe lorsque les bourses sont tout à fait saines : mais lorsqu'il existe une hydrocèle, les choses se passent autrement. On donne l'explication suivante, qui d'ailleurs nous paraît fort contestable : Les vaisseaux sanguins qui rampent sur la face interne de la tunique vaginale ont augmenté de calibre si, sous l'influence d'une violence (et celle-ci, dans beaucoup de cas, n'a pas besoin d'être considérable) ces vaisseaux viennent à être ouverts. Le sang coule dans la séreuse, se mêle au liquide séreux, et l'hématocèle se trouve produite sans qu'aucun autre signe extérieur que l'augmentation de volume du scrotum puisse faire soupçonner la complication que le traumatisme a ajoutée à la lésion primitive.

« Un jeune homme nommé Veau, de Doidieu, commune de Burdigue, âgé de vingt-six ans, vint me consulter, en novembre 1824, pour une hydrocèle de la tunique vaginale, qu'il portait depuis deux ans. Depuis un mois, cette tumeur, qui jusque-là était restée indolente, changea tout à coup de nature, à la suite d'un coup que le malade reçut contre le pommeau de la selle d'un cheval qui s'abattit. Dès ce moment, en effet, la tumeur avait plus que doublé de volume, et était devenue si tendue et si rénitive, que j'eus de la peine à reconnaître la fluctuation. Les douleurs qu'elle faisait éprouver au malade s'étendaient jusqu'aux reins. La tumeur, qui avait grossi rapidement, était arrondie, et ne laissait pas apercevoir de transparence à la lumière. Après avoir essayé inutilement de faire cesser les douleurs que cette maladie causait, par l'application de cataplasmes émollients et huilés dont je recouvrerais la tumeur, je me décidai à faire l'opération. Je pratiquai la ponction à la partie antérieure et inférieure de la tumeur avec un trois-quarts ordinaire. L'instrument retiré, le fluide s'écoula avec la plus grande facilité ; il avait une couleur rouge qui m'étonna beaucoup ; je craignis, en effet, d'avoir blessé quelques vaisseaux artériels, mais comme il ne coula plus de sang par la canule lorsque la sérosité fut entièrement évacuée, je vis bientôt que cette

couleur rouge ne dépendait que de l'excessive inflammation de la séreuse..... (1).

Pour que cette observation ne laissât rien à désirer, il faudrait que la transparence du liquide ait été constatée avant l'accident ; l'existence de la tumeur depuis deux ans, le changement subit qu'elle a présenté immédiatement après la violence extérieure, permettent cependant de croire que la contusion des bourses a été suivie d'un épanchement sanguin dans la tunique vaginale, et qu'il y a eu transformation d'une hydrocèle simple en une hématocèle.

L'observation suivante, que nous trouvons dans J.-L. Petit (2), nous montre d'une manière claire les diverses phases de cette affection, et elle indique d'une manière très positive la déchirure de la tunique vaginale.

Un cavalier du régiment des cuirassiers, ayant une hydrocèle, reçut un coup de pied de cheval sur le scrotum, qui creva le sac de l'hydrocèle et rompit quelques vaisseaux sanguins ; il fut mené à l'hôpital de Dinan, pays de Liège, où j'étais alors. Les eaux et le sang des vaisseaux ouverts, épanchés ensemble, s'étaient infiltrés dans tout le tissu cellulaire du scrotum et de la verge. Celle-ci devint grosse, au point que l'ouverture du prépuce ne permettait qu'à peine la sortie des urines. En peu de temps l'écchymose s'étendit fortement sous la peau des cuisses et du ventre, et la douleur, suite du coup, était très considérable. J'enveloppai toutes ces parties de compresses trempées dans de l'eau tiède animée d'eau-de-vie.

Le malade fut promptement secouru par de nombreuses saignées, et la douleur diminua ; mais quatre jours après il survint inflammation et fièvre, ce qui m'obligea d'ouvrir le scrotum. Il sortit peu de caillots, mais une grande quantité de sang fluide, non qu'il eût conservé sa fluidité naturelle, mais parce qu'il était délayé par l'eau de l'hydrocèle ; je trouvai difficilement l'ouverture par où les eaux s'étaient éoulées, car elle n'était pas considérable, et de plus elle était presque bouchée par un caillot. Ce fut par ce trou que j'in-

(1) Reybard, médecin à Annonay (Ardèche). *Transactions médicales*, t. XII, p. 49.

(2) J.-L. Petit, *Oeuvres complètes*, édition de Limoges, par M. Pigné, 1837, p. 730.

troduisit une sonde creuse, à la faveur de laquelle je passai un bistouri pour ouvrir le sac dans toute son étendue, et j'évacuai une matière sanieuse semblable à la précédente, mais un peu plus fluide, parce qu'il était entré moins de sang dans ce sac qu'il n'était sorti d'eau. J'avais d'autant plus de raison de me servir de la sonde creuse pour conduire le bistouri, que je ne doutai pas que ce sac ne fût le *peritestes*, et que, l'ayant ouvert, je devais trouver le testicule à nu, partie qu'il faut éviter et dont la piqûre est souvent fâcheuse. Les accidents cessèrent, la suppuration s'établit, et cette blessure fut conduite à parfaite guérison par le moyen ordinaire.

L'hydrocèle peut avec raison être considérée comme une cause prédisposante de l'hématocèle de la tunique vaginale, l'augmentation du volume des bourses, en effet, expose cette région à l'action des agents extérieurs, la saillie de la tumeur la présentant pour ainsi dire à l'agent vulnérant. La tension des téguments les empêche de fuir au-devant du coup. Aussi les observations d'hématocèle traumatique consécutive à l'hydrocèle ne sont-elles pas très rares.

Enfin, nous avons dit que l'hématocèle vaginale traumatique reconnaissait encore pour cause la déchirure du testicule. Cette cause est fort rare ; nous n'avons rencontré que l'observation suivante (1) ; encore cette observation laisse-t-elle quelques lacunes regrettables. On n'y rapporte pas les symptômes qui se sont manifestés au moment de l'accident ; mais la tunique albuginée a certainement éprouvé une solution de continuité, et la substance testiculaire était saine, états qui ont été constatés à l'autopsie, et par Sanson qui a recueilli l'observation. Ne pouvant d'ailleurs rapporter à aucune cause une lésion de cette nature, nous avons pensé qu'elle devait trouver sa place dans ce paragraphe.

M. D..., de Saint-Domingue, homme de couleur, âgé d'environ quarante ans, s'étant violemment froissé le testicule droit, n'avait cessé pendant plusieurs années d'y ressentir de vives douleurs et de voir s'accroître de plus en plus le volume de cet organe. Il se détermina à venir à Paris. A son arrivée, le testicule était dur, pesant, inégal, et

(1) Dupuytren, *Leçons orales de clinique chirurgicale*, t. IV, p. 209.

outre qu'il était habituellement dans un état de sensibilité assez vive il était de temps à autre le siège de ces douleurs lancinantes qu'on a regardées comme un signe caractéristique de la dégénération carcinomateuse. M. Dupuytren prononça qu'il y avait un sarcocèle, et en proposa l'extirpation, qui fut faite presque aussitôt. Pour plus de sûreté, l'opérateur, après avoir découvert l'organe par une incision, ayant reconnu qu'il existait à la surface un point fluctuant, y plongea, comme il a l'habitude de le faire, la pointe de son bistouri. Il sortit à l'instant et en jet un liquide roussâtre et inodore analogue à celui qu'on trouve souvent dans les cellules des tumeurs dégénérées; dès lors il n'y eut plus de doute; l'extirpation fut achevée.

La tumeur fut ensuite examinée; on trouva qu'elle était tout entière formée par la tumeur vaginale devenue cartilagineuse et d'épaisseur inégale; que la cavité dans laquelle la ponction avait été faite pendant l'opération n'était autre que sa propre cavité, et que le liquide qui s'était échappé lors de cette ponction devait les qualités et la couleur qu'il avait présentées au mélange d'une certaine quantité de sang. Celui-ci provenait d'une ouverture parfaitement ronde, régulière et égale, dont les bords étaient lisses et le diamètre d'environ deux lignes, qui, placée à la partie postérieure et inférieure de la poche, intéressait à la fois la tunique vaginale et la membrane albuginée. À travers cette ouverture, on apercevait à nu la substance du testicule, lequel était sain, de sorte que bien que l'on n'eût pas reconnu d'abord parfaitement la nature de la maladie, on ne put pas se repentir de la conduite qu'on avait suivie.

L'hématocèle vaginal, produite par la ponction pratiquée pour la guérison de l'hydrocèle, n'est pas un accident commun. Cette complication de la maladie primitive reconnaît pour cause la lésion d'un vaisseau qui rampe sous la peau, ou qui se trouve dans la paroi du kyste, enfin la blessure du cordon ou du testicule lui-même. Nous rapportons deux observations, l'une que nous empruntons à J.-L. Petit (1); elle est remarquable sous plusieurs points de vue. L'étiologie y est nettement indiquée; de plus, la symptomatologie y est exposée d'une manière très nette; l'autre à Pott.

(1) J.-L. Petit, *Loco citato*, p. 728.

Un homme de quarante ans, à qui l'on avait fait cette opération, s'aperçut deux ou trois heures après que son suspensoir le gênait; son chirurgien lui en mit un beaucoup plus large; mais la tumeur augmentant toujours, le malade, cinq ou six jours après, se plaignit de la même gêne. On lui remit un bandage encore plus large, et avant que la journée fût passée, on fut obligé de lui remettre celui dont on se servait dans la plus grande plénitude de son hydrocèle; alors la tumeur n'augmenta plus. On ne savait à quoi attribuer ce retour des eaux si prompt (car on ne doutait point que ce ne fût l'hydrocèle revenue, parce qu'il n'y avait pas de douleur et que la couleur de la peau n'était point changée).

Le malade, à qui l'on avait fait plusieurs fois la ponction sans qu'il fût survenu rien de semblable, devint inquiet et assembla une consultation dans laquelle il fut décidé qu'il y avait eu un vaisseau piqué par le trocart, et que ce vaisseau devait être considérable puisqu'en si peu de temps il avait rempli le sac qui contenait les eaux. Ce sentiment fut combattu par ceux qui ne pouvaient pas croire que cette tumeur fût sanguine, parce que la peau n'avait point changé de couleur, alléguant qu'ils avaient vu en pareil cas qu'en deux heures de temps le scrotum était devenu rouge brun par le sang qui s'était infiltré dans le tissu cellulaire, et qui formait une ecchymose dans toute l'étendue du scrotum et de la verge. L'observation était vraie; mais elle ne suffisait pas pour prouver que la tumeur dont il s'agissait n'était pas sanguine. En effet, l'expérience m'a appris que toutes les fois qu'on perce un vaisseau sanguin en faisant la ponction de l'hydrocèle il ne survient pas d'ecchymose; que dans le cas même où il en survient elle ne s'aperçoit pas si promptement.

Quelque temps après, le malade vint me voir, et me remercia de m'être opposé à l'opération qu'on voulait lui faire. L'ecchymose n'était pas encore entièrement dissipée, et le kyste de l'hydrocèle contenait encore une partie du sang qui s'y était caillé, ce qui rendait cet endroit dur, mais sans douleur. Je conseillai de continuer les fomentations résolutives et le suspensoir. Je le vis quinze jours après; il n'y avait plus d'ecchymose. La dureté du kyste était diminuée. En deux mois de temps le scrotum se trouva presque dans son état naturel, et

le malade rentra dans ses fonctions ordinaires. Ce qu'il y a de particulier, c'est qu'il fut parfaitement guéri de son hydrocèle.

Dans l'observation de Pott (1), on trouve un cas qui a une certaine analogie avec ces hémorragies rebelles, qui se manifestent sous l'influence des causes les plus légères, et font périr les malades malgré les médications les plus actives et les plus rationnelles.

Un homme, âgé d'environ quarante-sept ans, d'un teint pâle, et sujet à des douleurs de colique, subit l'opération de la ponction faite avec un petit trocart pour faire sortir l'eau d'une hydrocèle de la tunique vaginale. Sa quantité alla presque à une pinte, et le sac fut parfaitement vidé.

Le lendemain matin, il paraissait contenir un fluide, mais qui n'était pas en grande quantité. Il le montra à la personne qui lui avait fait la ponction la veille, et qui lui conseilla de porter un suspensoir et de prendre un fort purgatif.

Mais au bout de trois jours la tumeur était si manifestement augmentée, que le malade en fut alarmé et désira consulter une autre personne.

Je le vis le sixième jour à compter depuis la première opération, et je trouvai le scrotum si tuméfié que je ne doutai point que la tunique vaginale ne contint au moins 7 onces d'un fluide qui me parut être du sang.

Je conseillai un topique discussif et l'usage fréquent du quinquina; mais ce conseil ne plut pas au malade ou à son chirurgien. Le premier fut purgé trois ou quatre fois avec le jalap et fit usage d'une fomentation chaude.

Au bout d'environ un mois, on me pria de le revoir. Sa tumeur était plus considérable, et les purgations avaient affaibli ses forces. Il me parut alors que cette tumeur avait acquis un tel volume et était dans un tel état qu'il ne restait plus d'autre ressource au malade que l'opération, à laquelle je le disposai, si une simple piqûre faite au sac donnait issue à un sang pur. Je fis donc une ouverture avec une lancette, et il en sortit un sang fluide et clair. J'aurais achevé aussitôt

(1) Pott, *Oeuvres chirurgicales*. Paris, 1777, p. 159.

l'opération, mais le malade ne voulut pas me le permettre. Il fut pansé avec un plumasseau superficiel et une emplâtre.

Le sang coula par l'ouverture toute la nuit et une partie du jour suivant, et lorsque je revis le malade il n'en avait pas perdu moins d'une pinte.

Je savais bien quelle pouvait être la conséquence d'une division de la tunique vaginale chez un homme dont le tempérament était tel que je l'ai fait entendre ci-dessus ; mais en même temps elle me paraissait être l'unique remède. Enfin l'hémorragie continuant encore le second jour, il s'y soumit.

L'opération ne découvrit aucun vaisseau d'où partait ce sang, et je n'imaginais pas qu'elle en découvrirait, étant convaincu qu'il venait de l'intérieur de la tunique. Le malade fut pansé avec le linge sec et mis au lit avec un opiat.

Toute cette nuit et le jour suivant l'évacuation fut considérable et sanguine, et les lèvres de l'incision, le second jour, étaient mollasses et exemptes de tuméfaction inflammatoire. Je dis librement mon avis au malade, et je le pressai de prendre le quinquina, ce qu'il refusa.

Mais vers la fin du troisième jour, son hémorragie continuant encore, se trouvant d'ailleurs dans un état de faiblesse et de malaise, et son pouls perdant un peu de sa force, il fut alarmé et se laissa conduire. On lui ordonna alors de prendre de quatre heures en quatre heures un mélange composé d'un gros de quinquina, d'un demi-gros de confection cardiaque et de trois ou quatre gouttes de teinture thébaïque.

Pour éviter tout détail trop fastidieux, en rapportant jusqu'à la plus légère circonstance, j'ajouterais seulement que le malade persista dans cette méthode; que quatre jours se passèrent avant que son hémorragie cessât, ou que les bords de l'incision devinssent enflammés, ou montrassent quelque disposition à la suppuration; mais qu'enfin, après quelque difficulté, il se rétablit bien.

J.-L. Petit et beaucoup d'autres chirurgiens ont admis que la ponction pratiquée à l'aide d'un instrument tranchant expose plus aux hématocèles consécutives que celle qui est pratiquée avec le trocart, ce dernier instrument agissant plus en refoulant qu'en divisant les tis-

sus. Nous ferons toutefois remarquer que la pointe du trocart peut parfaitement perforer un vaisseau.

Parmi les causes de l'hématocèle traumatique de la tunique vaginale, on a encore signalé les efforts musculaires.

Toutefois, il faut le dire, les épanchements sanguins dépendant de cette cause seraient rares. Nous avons réuni quelques observations, mais rien n'indique que l'épanchement se soit réellement opéré dans la tunique vaginale. Lorsque l'opération de l'incision a été pratiquée, on n'a pas constaté la position du testicule ; par conséquent, ce point reste douteux.

De même que nous avons vu la contusion d'une hydrocèle être suivie d'une hématocèle vaginale, nous voyons aussi un effort produire la même maladie dans la même circonstance.

Pelletan en rapporte (1) une observation fort intéressante que nous reproduisons :

Un homme, d'un âge avancé, mais assez robuste, portait une hydrocèle de la tunique vaginale du côté gauche. La tumeur, qui ne faisait que des progrès lents, n'incommodait aucunement le malade, lorsque celui-ci, voulant aider à rouler un tonneau, fit un violent effort et sentit la plus vive douleur dans l'aine. Le scrotum se tuméfia, devint noir et douloureux seulement vers son origine. Les émollients furent employés, puis les résolutifs, et par suite ceux qui ont le plus d'énergie. Le scrotum parut un peu diminué et devint jaunâtre ; mais la tumeur restant tendue et d'un volume considérable, je me décidai à en faire l'ouverture, dans l'intention de traiter l'hydrocèle radicalement, de satisfaire à la nécessité indispensable d'évacuer le fluide quelconque que la tumeur renfermait, et même de faire la castration si l'état du testicule commandait cette opération. L'incision, que je prolongeai depuis le milieu du scrotum jusqu'à la partie la plus inférieure, donna issue à une prodigieuse quantité de sang en caillots. Soit que ce sang fut également mêlé à l'eau de l'hydrocèle, soit que celle-ci ait été en médiocre quantité, il ne fut pas possible de la distinguer du sang qui s'évacua. Le testicule, touché à nu, me parut sain. En conséquence, ayant évacué complètement la tumeur sanguine, j'ai rempli le sac

(1) Clinique chirurgicale, Paris, 1810, t. II, p. 202.

avec des bandelettes de linge fin et de la charpie. Plusieurs jours se passèrent sans qu'on levât l'appareil et que le malade se plaignît. Au premier pansement, qui fut le sixième jour de l'opération, la peau du scrotum se trouva tuméfiée et enflammée ; la charpie de l'intérieur fut extraite sans peine ; le testicule était peu tuméfié. De nouvelle charpie fut introduite dans la tunique vaginale, et il n'y en entra pas la moitié de ce qui y avait été introduit la première fois. La capacité de cette poche diminua ainsi rapidement par le resserrement de ses parois, et, d'autre part, le testicule, tendant à remplir cette capacité par le gonflement successif qui s'en empara, il fut bientôt impossible d'y rien introduire. L'intérieur de la tunique vaginale suppura peu ; il contracta adhérence avec la surface du testicule. Celui-ci revint peu à peu sur lui-même, et le malade fut guéri en moins de deux mois de sa double maladie, sans qu'aucun accident soit résulté immédiatement de l'ouverture de la tumeur sanguine.

Des causes de l'hématocèle spontanée. — Nous ne nous arrêterons pas à l'opinion d'A. Cooper sur l'étiologie de l'hématocèle spontanée ; les idées émises par cet auteur sont extrêmement vagues, et paraissent plutôt spéculatives que basées sur l'observation.

Hunter, et plus tard M. Moulinié, croit à une exhalation sanguine dans la cavité de la tunique vaginale. Les faits présentés à l'appui de cette opinion n'ont pas paru à M. Velpeau suffisamment concluants ; aussi sans nier la possibilité de ce phénomène, que l'analogie, du reste, semble confirmer, n'admet-il l'exhalation sanguine qu'avec une certaine réserve.

M. Ernest Cloquet conclut, d'après les faits qu'il a rencontrés, et dans lesquels on n'avait observé ni hydrocèle préexistante ni contusion des bourses, à une exhalation sanguine à la surface de la tunique vaginale pendant la période d'activité du testicule, c'est-à-dire à une époque assez rapprochée de la puberté. Sans nier l'influence de cette cause, que M. E. Cloquet n'admet, du reste, qu'avec une certaine réserve, nous croyons qu'il faut en invoquer une autre ; ce n'est point, en effet, à l'époque de la puberté qu'on rencontre le plus souvent les hématocèles de la tunique vaginale. Sur 23 cas bien authentiques d'hématocèle spontanée de la tunique vaginale, nous trouvons :

Au-dessous de 20 ans.	4
De 20 à 30 ans.	4
De 30 à 40 ans.	0
De 40 à 50 ans.	4
De 50 à 60 ans.	8
Au-dessus de 60 ans.	2
Un vieillard dont l'âge n'est pas indiqué.	1
	23

On voit, par ce tableau, que l'époque de la puberté ne saurait être invoquée dans beaucoup de cas comme cause de l'hématocèle spontanée, puisque dans plus des quatre cinquièmes des faits observés les malades avaient dépassé cet âge, et que les deux tiers avaient plus de quarante ans quand ils sont venus demander les secours de l'art. A la vérité, on ne peut savoir au juste à quelle époque avait commencé la maladie, mais on peut supposer que la maladie a débuté, dans la plupart des cas, à une époque assez éloignée de la puberté.

L'affection se rencontre-t-elle plus souvent d'un côté que de l'autre? Dans les 23 cas d'hématocèle spontanée où nous avons trouvé le côté indiqué, l'affection s'est présentée à peu près aussi souvent à gauche. Avec un aussi petit nombre de chiffres on ne saurait formuler une proposition absolue; cependant nous pouvons supposer, quant à présent, que l'affection ne se rencontre pas plus souvent d'un côté que de l'autre.

Anatomie pathologique. — Nous examinerons successivement l'hématocèle traumatique et l'hématocèle spontanée.

Dans l'hématocèle traumatique, l'épanchement dans la tunique vaginale est compliqué d'une infiltration sanguine entre les lames extérieures à cette membrane: tantôt on ne rencontre aucune solution de continuité à la séreuse; tantôt, et dans des circonstances beaucoup plus rares, il peut se rencontrer un orifice de communication entre le tissu cellulaire des bourses et la tunique vaginale; en un mot, la tunique séreuse et la tunique fibreuse qui la double sont déchirées. C'est surtout lorsqu'il existait une hydrocèle que l'on a constaté une déchirure de la tunique vaginale. Quelquefois cette solution de continuité

nuité est large : A. Cooper (1) nous en a conservé un bel exemple.

On amena à l'hôpital de Guy un homme qui portait une hydrocèle ancienne, sur laquelle il avait reçu un coup violent qui détermina une contusion du scrotum et une augmentation soudaine dans le volume de la tumeur. La distension déterminant une vive douleur, je pratiquai immédiatement une incision qui donna issue à une grande quantité d'eau et de sang coagulé. La tunique, examinée intérieurement au moyen de cette incision, présenta une déchirure longue d'un à deux pouces et recouverte par un caillot.

D'autres fois, l'orifice de communication est étroit, bouché par un caillot, de sorte qu'il peut être difficile d'en trouver l'ouverture. L'observation de J.-L. Petit, que nousavons rapportée plus haut, page 34, nous démontre ce fait.

Si on examine le liquide contenu dans la poche, on trouve du sang à des états fort différents. Cette partie de l'anatomie pathologique de l'hématocèle vaginale a été parfaitement élucidée par M. le professeur Velpeau. « L'étude de ces divers phénomènes pathologiques, dit-il, est loin d'être stérile ; ce n'est point seulement un objet de curiosité scientifique, la thérapeutique de l'hématocèle tout entière en éprouve une heureuse influence. » Nous reproduirons dans ce paragraphe les idées émises dans ses leçons.

On rencontre dans la tunique vaginale :

1^e *Du sang pur.* — Il nous semble inutile d'ajouter que c'est seulement au début, et alors que le travail de l'absorption n'est pas encore commencé, que l'on rencontre du sang non altéré ; il faut encore que l'hématocèle ne soit pas venue compliquer une hydrocèle. Dans ce cas, le liquide que l'on extrait de la tumeur est bien fluide, mais l'intensité de la coloration est en raison du rapport qui existe entre la quantité de sang épanché et l'abondance du liquide séreux qui constitue l'hydrocèle.

2^e *Des grumeaux flottent dans un liquide plus ou moins coloré, quelquefois limpide.* — Ces grumeaux sont constitués par une certaine quantité de fibrine concrétée ; le liquide au milieu duquel ils nagent

(1) A. Cooper, *Oeuvres chirurgicales*, traduction de MM. Chassaignac et Richelot. Paris, 1837, p. 491.

est le sérum qui retient plus ou moins la matière colorante du sang
 « On conçoit, dit M. Velpeau, en outre qu'après l'absorption de la partie liquide du sang, une hydrocèle puisse survenir, soit à la suite d'une des causes ordinaires de cette maladie, soit par l'irritation que les grumeaux dont je viens de parler peuvent produire sur la tunique vaginale. C'est alors le cas d'une hydro-hématocèle. Toutes les fois que dans une hydrocèle on observera ces grumeaux, on peut être sûr qu'il s'est opéré à une époque plus ou moins éloignée un épanchement de sang dans la tunique vaginale (1). »

M. Velpeau (2) en rapporte un fait qui nous a paru d'autant plus intéressant que les grumeaux avaient été reconnus avant l'opération.

Le 26 février 1840, entra dans notre service le nommé Chauvet (Alexandre), charcutier, âgé de vingt ans. Quatre ans auparavant, cet homme, qui montait fréquemment à cheval, se blessa les bourses contre le pommeau de la selle. Il éprouva, dit-il, une douleur assez vive. Un léger gonflement survint, mais le malade ne s'en occupa point, et la tumeur finit par devenir indolente.

Douze jours avant son entrée à l'hôpital, il reçut un coup de pied sur le scrotum, et les bourses acquièrent le volume du poing. Il appliqua chez lui des compresses d'eau blanche.

Voici quel était l'état des parties lorsque Chauvet fut soumis pour la première fois à notre observation: Sur le côté droit du scrotum existe une tumeur piriforme assez régulière, du volume d'un gros œuf. La peau qui la recouvre offre un aspect un peu jaunâtre. Le malade se plaint d'assez vives douleurs; cependant il est calme et tranquille; le pouls est à l'état normal. La tumeur offre une apparence de fluctuation vague et sourde. Le testicule, l'épididyme et le cordon testiculaire paraissent sains. Il n'existe aucune espèce de transparence. De tels symptômes, joints aux antécédents de la maladie, me portent à diagnostiquer une hématocèle de la tunique vaginale, et comme cette tumeur offrait à la pression la sensation de petits corps mélangés au liquide, j'ajoutai que nous trouverions très probablement un liquide rougeâtre mêlé de quelques grumeaux fibrineux. Je ne me trompai point.

(1) *Leçons de clinique, 1841, t. II, p. 397.*

(2) *Loc. cit., p. 397.*

Le 28 février, le malade fut opéré comme s'il portait une hydrocèle. Je fis une ponction avec le trois-quarts, et nous vîmes sortir de la canule un liquide séro-sanguinolent mêlé de plusieurs grumeaux. Dès que la tunique vaginale eut été complètement vidée, j'injectai dans son intérieur une once environ de teinture d'iode, d'après la formule que j'ai adoptée pour l'hydrocèle. (Infusion de tilleul, bouillon, potage.)

Pendant trois jours tout se passa très bien, le malade n'éprouva aucune espèce de réaction.

Le 5 mars, le scrotum est enflammé, la tumeur a repris son volume primitif. (Cataplasme émollient.)

Le 9, les symptômes inflammatoires ont disparu, mais la tumeur persiste; elle est dure. Je fais cesser l'usage des cataplasmes; je prescris des onctions mercurielles.

Les deux jours suivants, le malade se plaint de quelques douleurs testiculaires. (Même prescription, un bain.)

Le 12, la piqûre du trois-quarts s'est ouverte dans le bain, et donne issue à une matière séro-purulente.

Les jours suivants, la tumeur diminue de volume.

Le 21, l'ouverture dont je viens de parler, et qui a donné pendant plusieurs jours issue à de la sérosité purulente, s'est refermée. La tumeur a diminué des deux tiers.

Le 25, la petite plaie se rouvre de nouveau et laisse suinter une petite quantité de matières. Le malade ressent des douleurs dans le testicule.

Les jours suivants, la plaie se referme, et le scrotum reprend sa forme normale. Chauvet est évidemment guéri de son hématocèle, mais le testicule reste bosselé et douloureux à la moindre pression.

Le 5 avril, le malade demande à sortir de l'hôpital.

3^e *La tunique vaginale contient un liquide séro-sanguinolent, sans concrétions fibrineuses.* Cet état peut avoir deux origines : tantôt c'est une hydrocèle qui vient compliquer une hématocèle, mais plus souvent l'hématocèle vient compliquer l'hydrocèle, et le sang épanché se mêle, ainsi que nous l'avons dit plus haut, avec le liquide de l'hydrocèle. Dans ces cas, la fibrine a été absorbée, et la matière colorante du sang est venue se mêler à la sérosité.

M. Velpeau nous en montre un exemple remarquable :

Un boucher couché au n° 29 de la salle Sainte-Vierge portait sur la partie gauche des bourses une tumeur oblongue, assez régulière, indolente, fluctuante. La peau du scrotum était à l'état normal. Le malade nous dit qu'il avait été opéré un mois auparavant d'une hydrocèle, et que la maladie s'était reproduite sans cause appréciable. Il n'existe qu'une transparence très faible à travers la tumeur.

Je crus pouvoir diagnostiquer une hydro-hématocèle. Le trois-quarts, dans l'opération de l'hydrocèle, devait avoir lésé quelques vaisseaux variqueux de la tunique vaginale. Je pratiquai une ponction, et nous pûmes nous convaincre que je ne m'étais point trompé dans mon diagnostic. Le liquide qui s'écoula par la canule était un mélange de sang et de sérosité. Je fis immédiatement après une injection iodée, et la guérison fut complète au bout de huit jours.

Ce malade est revenu nous voir à la consultation plusieurs mois après. Il n'y avait plus eu de récidive.

4° *La tunique vaginale renferme une matière épaisse*, de la consistance du miel, couleur de café, de chocolat, de lie de vin ; d'autres fois ce sont des caillots plus ou moins foncés, des concréctions blanchâtres qui s'appliquent sur les parois de la tunique vaginale. La tunique elle-même paraît comme épaisse ; elle est dure, crie sous le scalpel.

5° *Le foyer sanguin peut se transformer en foyer purulent*. Cette terminaison est rare ; mais, ainsi que le fait remarquer M. Velpeau, « l'inflammation peut s'emparer de cette collection sanguine aussi bien que de celles qu'on rencontre dans les autres parties du corps. Cela étant, le sang épanché doit être nécessairement altéré par la phlegmasie locale. »

La membrane séreuse du testicule ne présente pas d'altération profonde. Au début de l'hématocèle traumatique, elle a une coloration analogue à celle du liquide renfermé dans sa cavité ; mais, avec le temps, soit qu'elle s'enflamme par suite de la présence du corps étranger contenu dans la poche, soit qu'il se dépose à sa surface des concréctions fibrineuses, elle paraît présenter un épaissement extrêmement remarquable, sur lequel nous aurons d'ailleurs à revenir plus loin.

Dans sa thèse de concours 1831, M. le professeur J. Cloquet décrit et représente une pièce fort remarquable d'hématocèle de la tunique vaginale. « La tumeur, du volume du poing, est légèrement oblique et irrégulière à sa surface ; l'expansion de la gaine propre du cordon testiculaire qui l'entourait était fort mince ; la tunique vaginale était fine, bosselée, demi-transparente, et offrait une teinte noirâtre due à la coloration du fluide qu'elle renfermait ; à sa partie supérieure était une cavité secondaire avec laquelle elle communiquait par deux petites ouvertures allongées. Le testicule, placé en arrière de la tumeur, était légèrement aplati ; le liquide renfermé dans la tunique vaginale était vert, semblable à de la bile, mais non visqueux et très fluide. Dans ce liquide se trouvaient six concrétions cartilagineuses parfaitement rondes, lisses à leur surface, d'un blanc grisâtre, et libres de toute adhérence. Ces concrétions étaient revêtues d'une pellicule fort mince, qui réunissait deux d'entre elles ; formées par des couches albumineuses, concrètes et superposées, elles renfermaient à leur centre un noyau calcaire. Le testicule offrait sur la tunique albuginée une plaque cartilagineuse arrondie et fort épaisse, tuberculeuse à sa surface. A la réunion du testicule avec la tête de l'épididyme existait un kyste sérenx de la grosseur d'une noisette et rempli d'une humeur limpide. »

Anatomie pathologique de l'hématocèle spontanée. — Trois points doivent être examinés dans l'anatomie pathologique des hématocèles spontanées : 1^e les parois de la poche hématoïde ; 2^e le liquide ; 3^e les altérations que présentent le testicule et ses annexes, et les rapports que cet organe présente avec la poche.

1^e *Parois de la poche.* — Nous nous occuperons d'abord du kyste ; c'est en effet le point dominant dans la question qui nous occupe, car ce n'est pas la nature du liquide qui donne à l'hématocèle ses caractères propres, mais bien les modifications que la membrane d'enveloppe peut présenter.

Dans le mémoire que nous avons cité plus haut, M. Gosselin admet que l'épaississement de la paroi du foyer sanguin est dû au développement d'une fausse membrane sur la tunique vaginale. Quel que soit le mode d'origine de cette fausse membrane, qu'elle soit formée par des caillots sanguins, comme le veut Boyer, comme le professe

M. Velpeau, qu'elle soit un produit de l'inflammation, nous ne nous y arrêterons pas ici. Ce point de physiologie pathologique sera étudié plus loin. Nous nous contenterons d'étudier dans ce paragraphe la disposition anatomique de la pseudo-membrane.

Celle-ci a été décrite avec un soin et une exactitude toute particulière par M. Gosselin. C'est principalement dans son mémoire que nous avons puisé les faits que nous allons exposer.

La pseudo-membrane tapisse le feuillet pariétal de la membrane vaginale ; rarement elle se prolonge sur le feuillet viscéral, c'est-à-dire sur le testicule lui-même. Sur cinq pièces disséquées par M. Gosselin, trois fois la fausse membrane s'arrêtait au voisinage de l'épididyme. Sur les deux autres elle se prolongeait sur le testicule, mais elle était si mince, si adhérente, que M. Gosselin a pu avoir quelques doutes.

D'autres fois la fausse membrane qui tapisse le testicule offre un développement beaucoup plus considérable. Dans certains cas, dit M. Ph. Boyer, lorsque le kyste est parvenu à un pareil degré de développement (celui qu'il décrit et qu'il a conservé avait 10 centimètres de diamètre), le testicule se trouve comme renfermé dans la paroi du kyste et est si peu apparent qu'on pourrait croire qu'il n'existe plus. Mais en examinant attentivement ces parois dans toute leur étendue, on trouve, tant sur leur face externe que sur leur face interne, une légère saillie formée par les faces latérales du testicule englobé pour ainsi dire dans le tissu de nouvelle formation.

Si l'on examine la face interne du kyste, on trouve une surface ne présentant, le plus souvent, aucune espèce de prolongements ou d'adhérence anormale. La disposition contraire est beaucoup plus rare. Le fait consigné dans l'observation suivante, empruntée à la clinique de Dupuytren (1), mérite d'être rapporté.

La cavité de l'espèce de coque cartilagineuse en laquelle la membrane était transformée, et dont les parois n'avaient pas moins de 4 à 5 lignes d'épaisseur, était divisée par des productions couenneuses, rudiments de cloisons qui se seraient par la suite organisés et qui auraient séparé la cavité principale en cavités secondaires.

(1) *Loc. cit.*, p. 208.

La paroi interne n'est que la surface interne de la membrane de nouvelle formation, et celle-ci est comme un revêtement ajouté aux tuniques naturelles qu'elle doublait à la manière d'une écorce.

Cette membrane présente donc deux faces, l'une, externe, en rapport avec la tunique vaginale, l'autre, interne, qui forme la paroi du kyste. La surface interne est rugueuse, comme chagrinée; elle est en rapport avec le liquide contenu dans le kyste, elle est tapissée par des caillots fibrineux diversement colorés, depuis le rouge jusqu'au blanc. M. Velpeau a parfaitement décrit ces caillots qui augmentent l'épaisseur de la fausse membrane dont il est facile de les séparer. Quelquefois des fausses membranes de nouvelle formation viennent se surajouter à la première.

La face externe est appliquée sur la membrane séreuse à laquelle elle est étroitement unie, à tel point que pendant longtemps on a confondu la fausse membrane avec la tunique elle-même. Mais M. Gosselin fait remarquer que si l'on examine la coupe qui est faite pour ouvrir la cavité, on trouve un feuillet interne plus épais et plus gris formé par la pseudo-membrane, un feuillet externe mince, plus blanc.

Malgré le contact immédiat qui existe entre la fausse membrane et la tunique vaginale, il est, dans la plupart des cas, facile de les séparer, la traction suffit le plus souvent pour opérer le décollement. Dans le cas contraire, le doigt, une spatule, un manche de scalpel, suffisent pour déchirer les filaments interposés entre la fausse membrane et la tunique vaginale. Il est rare que l'on soit obligé de se servir de ciseaux.

Dans le voisinage du testicule, le décollement n'est plus possible, car les adhérences qui existent entre la fausse membrane et le feuillet viscéral de la tunique vaginale sont beaucoup plus solides.

L'épaisseur de la pseudo-membrane est variable. M. Gosselin en décrit trois états:

1° Le tissu de nouvelle formation offre à peu près l'épaisseur de la tunique vaginale, 1 millimètre environ; il est souple, flexible, et revient en général facilement sur lui-même après l'évacuation du liquide.

2° La pseudo-membrane a une épaisseur de quelques millimètres;

elle est moins souple, s'affaisse encore quand on la serre entre ses doigts.

3° Enfin elle est très épaisse, très dense, inflexible, et forme une espèce de coque extrêmement résistante. Dans cet état, la fausse membrane présente des éléments calcaires disséminés d'une manière irrégulière; ceux-ci donnent encore à la poche une consistance beaucoup plus grande; elle ne peut s'affaïssoir, même sous une pression assez forte.

Lorsque la fausse membrane est épaisse, elle est formée de couches superposées; son apparence est celle du tissu fibreux dense ou du fibro-cartilage; mais la couleur n'est pas celle des fibro-cartilages; la vascularisation est plus abondante.

Examinée au microscope, on ne trouve ni les cellules des cartilages normaux, ni les grands faisceaux de fibres cellulaires, ni les fibres à noyaux propres aux séreuses. On ne rencontre que des fibres courtes, étroites, non réunies en faisceaux, peu nombreuses et perdues au milieu d'une matière amorphe. On y rencontre quelques fibres de noyau moins abondantes que celles de la tunique vaginale. Quant aux éléments calcaires que l'on rencontre dans l'épaisseur de la fausse membrane, ils ne présentent au microscope aucun des caractères du tissu osseux; on ne rencontre ni canalicules vasculaires, ni corpuscules osseux: ce n'est donc point de l'ossification que l'on observe, mais bien une transformation analogue à celle qui se dépose dans les fausses membranes de la plèvre.

Les vaisseaux de la fausse membrane sont plus ou moins nombreux; on remarque quelquefois dans son épaisseur des petits épanchements sanguins, comme si quelques uns de ces vaisseaux s'étaient rompus.

M. Gosselin n'a pu étudier la vascularisation de la pseudo-membrane au début de la maladie: l'occasion de le faire, dit-il, doit être très rare; mais en raisonnant par analogie, et d'après ce qui a été observé sur les autres séreuses, il suppose que ces fausses membranes sont très vasculaires, que les parois des vaisseaux sont minces, peut-être manquent tout à fait, ce qui explique la facilité avec laquelle des ruptures, et par suite des épanchements sanguins, peuvent avoir lieu à cette époque.

Les enveloppes normales ne présentent pas d'altérations pro-

fondes ; elles sont faciles à isoler ; quelquefois on remarque un léger épaississement de la tunique fibreuse et de la tunique vaginale, qui d'ailleurs se comprend parfaitement si l'on songe qu'il se développe un travail phlegmasique. Cet épaississement peut se rencontrer même lorsqu'il n'existe pas de fausses membranes, mais il diffère essentiellement de la rigidité et de l'aspect cartilagineux des pseudo-membranes, qui donnent un cachet spécial et un caractère tout particulier de gravité à la maladie.

2^e Liquide. — Le liquide contenu dans le kyste est d'une coloration variable ; le plus souvent il est d'un rouge lie de vin, couleur de chocolat ou de café ; il a été trouvé séreux, citrin. Quant à sa consistance, elle est aussi très variable ; tantôt il est fluide, d'autres fois il a une consistance sirupeuse qui rappelle celle de la mélasse. Dans un certain nombre de cas, on a trouvé au milieu du liquide des cristaux de cholestérol.

Lorsque le liquide contenu dans le kyste est séreux, doit-on considérer l'affection comme une hématocèle ? Quoi qu'il en soit, comme c'est surtout l'état de la poche qui donne le cachet spécial à l'affection que nous décrivons, nous avons vu que M. Velpeau, et après lui la plupart des auteurs modernes, n'hésitent pas à rapprocher cette forme de l'hématocèle proprement dite.

4^e Testicule, epididyme, canal déférent. — Le testicule occupe le plus souvent la partie postérieure et supérieure de la poche, moins souvent la partie postérieure et inférieure, plus rarement encore il est situé sur la partie antérieure, et comme il est fort difficile de constater sa présence il peut alors être blessé dans l'opération.

Le testicule est tantôt refoulé dans les autres enveloppes ; il ne fait dans la poche aucun relief qui puisse faire reconnaître sa présence. Il a presque toujours perdu sa forme ; il est plus aplati, plus allongé que dans l'état normal. Dans un cas cité par Curling, page 241, d'après Brodie, le testicule avait complètement disparu. Nous rapportons cette observation (1).

En examinant le corps d'un vieux nègre qui mourut à l'hôpital

(1) Brodie, *On diseases of the testicle. London medical and physical Journal*, t. LVIII, p. 299.

Saint-Georges d'une maladie des poumons, et chez lequel les artères se trouvaient largement ossifiées, j'observai une volumineuse tumeur du côté droit du scrotum ; elle avait la forme et l'apparence d'une hydrocèle, et offrait une sensation évidente de fluctuation. En poursuivant l'examen, je vis que la tumeur était formée par la tunique vaginale que distendaient environ 12 onces d'un fluide ayant l'apparence de marc de café dans lequel flottaient de nombreuses masses d'une substance solide, débris manifestes de coagulum sanguin. La tunique vaginale était très épaisse. La substance du testicule, la tunique albuginée et la tunique vaginale qui la couvre immédiatement étaient entièrement détruites, de sorte qu'il fut impossible de trouver un vestige de ces parties. Le canal déférent adhérait à la partie postérieure de la tumeur, et se perdait insensiblement au point où d'ordinaire il atteint le testicule. Un cas exactement semblable, ajoute Curling, à celui que je viens de décrire s'est présenté récemment à mon observation. Les résultats de la dissection furent absolument les mêmes ; mais dans ce cas aussi j'ai eu le malheur de perdre l'occasion d'en apprendre l'histoire pendant la vie du malade.

Nous pensons qu'il ne faut accepter qu'avec beaucoup de réserve cette destruction complète du testicule ; nous serions plus disposé à croire que, dans ces cas, la glande séminale, étalée sous forme de membrane mince, aura pu échapper à la dissection.

Nous n'avons rien trouvé dans les nombreuses observations que nous avons compulsées qui puisse faire supposer que les chirurgiens se soient préoccupés des altérations de forme et des changements de rapport de l'épididyme. C'est donc encore à M. Gosselin que nous allons emprunter ce point d'anatomie pathologique, extrêmement important pour les opérations que nécessite l'hématocèle spontanée vaginale.

L'épididyme est quelquefois à sa place naturelle le long du bord postéro-supérieur du testicule ; d'autres fois il s'est éloigné du bord postérieur de 2, 3, 4 ou 5 centimètres. Cet éloignement se fait surtout aux dépens du corps ; la tête s'éloigne un peu moins, et la queue un peu moins encore ; de telle sorte que dans son ensemble l'épididyme représente une courbe à convexité externe et supérieure, à concavité interne et inférieure ; en même temps qu'il s'éloigne, cet

organe s'aplatit et s'allonge. Interposé entre la fibreuse et la séreuse, il est difficilement reconnu à l'aide du toucher, parce qu'il a perdu en même temps une grande partie de son épaisseur: c'est pourquoi il a pu souvent être coupé et emporté dans les opérations par excision.

L'épididyme est aussi modifié dans sa structure. Les flexuosités de son conduit sont moins serrées, les groupes qu'elles forment sont plus espacés que dans l'état normal. Les cornes de la tête divergent, s'effacent en partie, et se déroulent; par suite de la distension les vaisseaux afférents s'allongent considérablement. M. Gosselin n'a pas trouvé une disparition complète des conduits, malgré l'épaississement considérable des parois du kyste. Il explique les modifications de forme et de structure de l'épididyme par l'allongement de la séreuse, et l'effacement de son cul-de-sac epididymaire.

Les altérations que l'épaississement de la tunique vaginale peut apporter aux fonctions du testicule ont été étudiées avec soin. Dans un cas il a rencontré dans le canal déférent et dans l'épididyme du sperme contenant des spermatozoaires; dans un autre cas il n'y avait pas d'animalcules spermatiques. La sécrétion du sperme est donc tout au plus ralentie. Quant à l'excrétion, elle est encore possible malgré les modifications apportées à l'épididyme, puisque du sperme a été trouvé dans le canal déférent, et que M. Gosselin a pu, à l'aide de la térebenthine colorée, injecter l'épididyme.

Le canal déférent et les autres éléments du cordon peuvent se dissocier. Cette disposition est bonne à noter, car l'incision pourra porter sur le canal déférent, et les fonctions du testicule se trouveront abolies par le fait même de cette lésion.

Physiologie pathologique. — 1° L'épaississement est-il causé par l'altération de la membrane séreuse et de la membrane fibreuse. M. P. Boyer décrit cette altération sous le nom de *dégénérescence fibro-cartilagineuse de la tunique vaginale*. Il est probable, dit-il, que cette maladie n'appartient pas à la tunique vaginale, mais à la membrane fibreuse qui la recouvre (1).

(1) Boyer, *Maladies chirurgicales*, 5^e édition, publiée par M. Philippe Boyer, I. VI, p. 750.

2^e L'altération existe-t-elle dans la séreuse elle-même.

3^e Se forme-t-il à la surface de la membrane séreuse des dépôts fibrineux qui augmentent son épaisseur. Telle est l'opinion de M. Velpeau ; c'était celle que professait Boyer, qui dit que la partie albumineuse du sang a formé une espèce de tissu réticulaire, une pseudo-membrane qui adhère fortement à la face interne de la tunique et à la surface du testicule (1).

4^e L'épaississement est-il dû à une fausse membrane consécutive à une phlegmasie.

Nous avons vu, en décrivant l'anatomie pathologique de la poche hématique, quel était l'état réel de la membrane séreuse et de la membrane fibreuse. Nous ne nous arrêterons pas à discuter les deux premières opinions qui ne nous paraissent pas basées sur des faits suffisamment observés ; il nous reste donc deux théories à examiner.

Nul doute que lorsqu'il se fait un épanchement dans la tunique vaginale, si cet épanchement n'est pas résorbé, il ne se forme des caillots plus ou moins épais, et que ces caillots viennent s'appliquer à la membrane séreuse. Mais ces caillots constituent-ils à eux seuls la fausse membrane ? Dans les observations que nous avons recueillies, on constate fort souvent deux choses. La tunique vaginale est considérablement épaisse, et à sa surface on trouve des caillots que l'on a pu détacher le plus souvent assez facilement. On trouve donc dans ces circonstances : 1^e des caillots ; 2^e un épaississement de la tunique vaginale, ou mieux il existe sur la surface de la tunique vaginale une pseudo-membrane adhérente à la séreuse.

Quelle est l'origine de cette fausse membrane ? est-elle formée par des caillots stratifiés qui se sont organisés à la surface de la membrane séreuse ? On a objecté à cette théorie que ce n'est pas ainsi que les choses se passent quand on observe des pseudo-membranes à la surface des séreuses ; ce n'est pas le sang qui s'organise pour les former, mais bien la lymphe plastique. Pourquoi alors la séreuse du testicule ferait-elle exception ?

Mais l'épanchement sanguin, agissant comme corps étranger, ne peut-il pas provoquer la formation de la pseudo-membrane ? déter-

(1) Boyer, 4^e édition, t. X, p. 241.

miner l'inflammation de la tunique vaginale, déjà irritée par le fait de la contusion, bientôt suivie de l'exsudation plastique, et du développement de la pseudo-membrane? Dans ce cas, l'épanchement sanguin préexistait à l'épaississement.

D'après M. Gosselin, « l'épanchement sanguin serait fourni par la fausse membrane en voie d'organisation. L'anatomie pathologique, dit-il, nous apprend que lorsque les fausses membranes commencent à s'organiser, leurs vaisseaux sont abondants, pourvus de parois minces, que leur substance est molle. Ne sont-ce pas là des conditions favorables à la production d'un épanchement sanguin, soit par exhalation spontanée, soit par une rupture consécutive à un choc, à une pression légère ou simple froissement qui a lieu pendant la marche et dans les autres mouvements? Quant à chercher si ce serait plutôt une exhalation qu'une rupture, ou réciproquement, il serait superflu de le faire, car l'exposition continue et forcée de la région à quelques violences extérieures ne permettrait pas de cacher entièrement le deuxième mécanisme, et l'admission exclusive du premier serait toujours une hypothèse. Ceci d'ailleurs n'a pas une grande importance; ce que je tiens à faire ressortir, c'est que nous avons, dans cette nouvelle théorie, l'explication des épanchements sanguins presque spontanés qui coïncident avec la fausse membrane, parce qu'ils se forment à ses dépens. Cette explication est mieux en rapport avec les faits que celle qui plaçait la collection sanguine avant tout autre phénomène.

» Dans ma pensée, en un mot, le point de départ est la phlegmasie lente et sourde, avec exsudation plastique; la nature du liquide est secondaire et accessoire. Il reste séreux et d'un jaune plus ou moins prononcé si la vascularisation n'est pas très abondante; il est brûlant et sanguinolent si la vascularisation de la tunique vaginale ou de la fausse membrane est très prononcée, surtout si dans cette condition les secousses ou les pressions de tous les jours sont de temps à autre plus fortes ou plus souvent répétées. »

« Les causes de l'épaississement pseudo-membraneux, sont toutes celles qui peuvent donner lieu à une vaginalite chronique sourde et longtemps inaperçue. La maladie est quelquefois spontanée ou due à des causes internes; d'autres fois elle est due à une orchite.

ou à une epididimite chronique, la phlegmasie se propageant alors par continuité de tissu des organes aux enveloppes; ou bien enfin elle est d'origine traumatique, soit qu'elle ait été, comme on l'observe quelquefois, produite par l'injection d'une hydrocèle ordinaire qui n'a pas provoqué une inflammation adhésive franche, soit que le scrotum ait été soumis à une contusion violente ou à une contusion légère, mais souvent répétée, comme celle qui résulte de l'équitation. »

Symptomatologie. — *Hématocèle traumatique.* — Aussitôt après l'accident on voit se former une tumeur qui se développe dans presque tous les cas avec rapidité. Cette tumeur est généralement arrondie, lisse, quelquefois pyriforme, à grosse extrémité dirigée en bas. Son volume est souvent considérable, elle peut quelquefois acquérir celui de deux poings, le volume de la tête d'un fœtus à terme.

La peau qui recouvre la tumeur est distendue; elle est d'un brun noirâtre; en un mot, il s'est développé une infiltration sanguine dans les couches extérieures à la tunique vaginale. Cette infiltration peut s'étendre, comme l'infiltration sanguine que nous avons étudiée précédemment, à la verge, au périnée, à la partie supérieure et interne des cuisses, et jusque sous les téguments de l'abdomen.

Si l'hématocèle vaginale a succédé à la ponction d'une hydrocèle, la tumeur des bourses ne tarde pas à présenter une dimension aussi considérable qu'avant la ponction. L'ecchymose ne se développe pas rapidement comme dans la variété précédente; quelquefois même la peau des bourses conserve toujours sa coloration normale. J.-L. Petit insiste beaucoup sur ce point. Dans une observation que nous avons rappelée plus haut, il dit: « L'expérience m'a appris que toutes les fois qu'on perce un vaisseau sanguin en faisant la ponction de l'hydrocèle, il ne survient pas d'ecchymose; que dans le cas même où elle survient, elle ne s'aperçoit pas si promptement. »

La fluctuation peut être facilement sentie au commencement de l'affection; mais peu à peu elle devient plus obscure à mesure que la densité du liquide augmente. Au bout de quelques jours, une semaine environ, la fluctuation devient beaucoup plus profonde et très difficile à percevoir dans certains points. Dans d'autres points, au con-

traire, elle peut être encore perçue avec assez de facilité; la tumeur offre alors au toucher un phénomène assez remarquable; elle est molle dans certains points, tandis que dans d'autres on trouve des noyaux plus durs, plus résistants, qui donnent la sensation d'un corps solide.

Lorsque, par suite de la marche de la maladie, la face interne de la tunique vaginale s'est recouverte de fausses membranes, la fluctuation cesse d'être perçue, surtout si la consistance de ces pseudo-membranes devient très considérable; la tumeur, au contraire, jouit d'une élasticité toute particulière sur laquelle d'ailleurs nous aurons occasion de revenir en traitant de la symptomatologie de l'hématocèle spontanée.

Le testicule est bien rarement distinct. On comprend, en effet, que quand l'épanchement du sang a envahi toute la tunique vaginale, il doive être très difficile de trouver l'organe sécréteur du sperme au milieu du liquide épanché autour de lui ou au milieu des caillots qui l'enveloppent de toute part. Dans tous les cas, lorsque cet organe peut être senti, il a perdu sa mobilité, et il ne peut plus être déplacé. Ce symptôme est important, car il nous servira à distinguer l'épanchement de sang en dehors de la tunique vaginale de l'épanchement sanguin dans cette tunique. Est-il besoin d'ajouter que dans cette affection la tumeur est complètement opaque?

La douleur est quelquefois peu considérable; dans d'autres circonstances elle est extrêmement vive. Elle ne se borne pas à la région blessée; elle s'étend, dans quelques cas, dans la région inguinale, jusqu'au ventre et même jusqu'aux reins. Cette douleur paraît devoir être rapportée à la contusion des parties et à leur distension et à la compression du testicule par le liquide accumulé.

Lorsque l'hématocèle survient à la suite d'une plaie d'un des vaisseaux du scrotum, du cordon ou du testicule, les symptômes sont semblables à ceux que nous avons exposés. Il en est, en outre, un autre sur lequel nous devons fixer l'attention: nous voulons parler de l'écoulement du sang. Tantôt l'hémorragie est seulement intra-vaginale, d'autres fois le sang peut s'étendre dans le tissu cellulaire sous-cutané; nous nous sommes expliqué plus haut sur ces infiltrations; d'autres fois, enfin, il s'échappe à l'extérieur. Cette hémorragie ex-

terne ne se manifeste pas immédiatement ; ce n'est le plus souvent que lorsque le liquide s'est accumulé dans la poche de l'hydrocèle que celui-ci vient se faire jour au dehors. C'est ce qui s'est passé dans un cas observé par Scarpa, et dans lequel l'artère spermiatique avait été blessée.

Les symptômes de l'hématocèle spontané diffèrent sous plusieurs points de ceux de l'hématocèle traumatique.

La tumeur est le plus souvent peu volumineuse au début de la maladie, et elle augmente graduellement et acquiert des dimensions assez considérables, toutefois moins que les tumeurs hématoïdiennes qui dépendent d'une cause externe. Lorsque les malades se sont présentés à l'examen du chirurgien, il a été constaté que la tumeur avait le volume d'un œuf, du poing, quelquefois des deux poings ; rarement on a signalé des dimensions plus considérables.

Dans presque tous les cas où on a décrit la forme de la tumeur, celle-ci a été trouvée pyriforme, à grosse extrémité dirigée en bas ; plus rarement elle est arrondie.

Le plus souvent elle est lisse, régulière ; dans certaines circonstances, elle est irrégulière, bosselée, inégale à sa surface.

La peau qui la recouvre est tendue, lisse, mobile sur la tumeur avec laquelle elle ne contracte pas d'adhérence ; le plus souvent elle a conservé sa coloration normale ; elle est sillonnée quelquefois par des vaisseaux veineux dilatés ; sa température est normale. Dans un cas rapporté par M. Gosselin, elle était rouge, chaude, sillonnée de veines volumineuses. Enfin, dans des circonstances fort rares, elle présentait une coloration bleutâtre.

La densité de la tumeur est considérable, celle-ci donne au toucher la sensation d'une tumeur solide ou semi-liquide. La fluctuation est rarement facile à sentir ; elle n'est pas aussi nette que dans l'hématocèle traumatique ; elle est encore plus obscure et plus profonde. Au lieu de fluctuation, on perçoit quelquefois une certaine élasticité, comme si la paroi de la poche hématoïde se laissait déprimer pour reprendre sa forme normale après que la compression a cessé. Cette sensation a été heureusement comparée à celle que donnerait un morceau de parchemin, et ressemble beaucoup à celle que l'on observe dans certains kystes osseux.

Si l'on place la tumeur entre l'œil et une lumière, on n'aperçoit aucune transparence; l'opacité de la tumeur est signalée comme symptôme constant.

Si l'on cherche à déterminer la position du testicule, on ne peut souvent pas y parvenir. L'organe, en effet, se trouve englobé dans la tumeur, de sorte qu'il n'est pas possible de l'isoler, et lorsqu'on est arrivé à le circonscrire, on ne peut lui imprimer aucune espèce de mouvement indépendant de la tumeur. Ce signe se rencontre avec les mêmes caractères dans l'hématocèle traumatique.

Dans la plupart des cas, la tumeur est complètement indolente, soit par elle-même, soit à la pression. Mais par son propre poids, si elle n'est pas soutenue, elle gêne le malade et provoque des tiraillements dans les aines, dans les reins; cette douleur augmente pendant la marche. Dans quelques cas on voit la pression causer de la douleur; cette douleur ne se manifeste point toujours dans tous les points de la tumeur, elle se trouve souvent limitée à la région occupée par le testicule. On a pu quelquefois observer des douleurs lancinantes qui ont fait croire à l'existence de la dégénérescence carcinomateuse du testicule.

La marche de l'hématocèle de la tunique vaginale diffère selon qu'on examine l'hématocèle traumatique ou l'hématocèle spontanée. Dans l'hématocèle traumatique, la tumeur, comme nous l'avons déjà dit, acquiert très rapidement des dimensions assez considérables, puis elle reste stationnaire, soit que l'accumulation du sang dans la membrane sèreuse vienne exercer une compression sur les vaisseaux qui fournissaient le sang, soit que l'hémorragie se soit arrêtée spontanément. L'ecchymose du scrotum disparaît en parcourant toutes les phases que l'on observe dans les épanchements sanguins; ainsi, la peau, de noirâtre qu'elle était, perd sa couleur, devient jaunâtre et reprend sa coloration normale. Pendant ce temps, la tumeur de la tunique vaginale se réduit un peu; mais elle augmente de dureté, soit à cause de l'absorption des parties les plus liquides du sang et la formation de caillots, soit par le développement d'une pseudo-membrane sur la face interne de la tunique vaginale. Arrivée à ce point, la maladie suit toutes les phases de l'hématocèle spontanée.

On n'a que très rarement observé la résorption du liquide épanché;

cette heureuse terminaison a été cependant notée. Nous en avons rapporté plus haut une observation ; elle appartient à J.-L. Petit, qui a vu l'absorption complète du liquide et la guérison radicale d'une hydrocèle pour laquelle une ponction avait été pratiquée et avait causé une hématocèle vaginale. Dans une seconde observation, qui a été rapportée par Brodie (1), il n'y eut qu'absorption partielle. Ce fait nous a paru néanmoins assez intéressant pour être consigné ici.

H. K., âgé d'environ trente ans, reçut, vers le 20 septembre 1820, un coup sur le testicule. Celui-ci devint immédiatement enflé (1) et l'enflure atteignit très rapidement la grosseur d'un œuf d'oie. Je le vis peu de jours après, en consultation avec un autre médecin, nous recommandâmes des lotions spiritueuses et en même temps le repos au lit. Quelque temps après nous prescrivîmes une friction avec un onguent mercuriel camphré. La tumeur, néanmoins, persista un peu plus d'une année ; et au bout de ce temps elle commença à diminuer spontanément en grosseur. La diminution s'effectua lentement jusqu'à la disparition des deux tiers de la tumeur environ ; et alors elle s'arrêta. Du commencement de l'année 1825 au mois d'août 1826, il y avait (comme j'en fus informé) peu ou point d'altération dans la tumeur. A cette dernière période, le testicule se sentait dans son état naturel, et la tumeur était perçue comme un noyau surajouté au testicule, mais ne se confondant pas avec lui ; tandis qu'autrefois la tumeur et le testicule ne pouvaient être distingués l'un de l'autre.

Dans l'hématocèle spontanée on observe au début une tumeur d'un faible volume, douloureuse au commencement, mais qui devient indolente. Cette tumeur reste stationnaire pendant un temps plus ou moins long, puis sous l'influence d'une cause quelquefois légère, d'un effort, la tumeur prend tout à coup un développement plus considérable pour rester encore pendant un certain temps dans le même état. D'autres fois, la tumeur augmente graduellement mais très lentement de volume. Toutes ces phases de la maladie s'observent sans que le malade en soit autrement incommodé que par le volume et le

(1) *London medical and physical Journal*, t. LV.

poids de la tumeur scrotale ; aussi n'est-il pas étonnant de rencontrer des malades qui ne sont venus demander les secours de l'art qu'au bout d'un temps très long. La résolution n'a point été, que nous le sachions, constatée dans les hématocèles vaginales spontanées. Quant à la suppuration, elle a été observée.

Nous devons à l'obligeance de M. Baudens l'observation suivante :

Le malade que j'ai opéré d'une hématocèle dégénérée était âgé de soixante-deux ans, grand, de très forte constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin, cultivateur, habitant Lagrange, village près de Lonjumeau (Seine-et-Oise). Depuis quatre à cinq ans, il portait dans les bourses une tumeur qui était survenue sans cause connue et avait grossi successivement. Quatre ans après son apparition, elle avait le volume de la tête d'un enfant à terme. Pas de douleur, pas d'autre incommodité que le poids énorme de la tumeur qui maintenait un grand suspensoir, et qui n'empêchait pas le malade de chasser. Toutefois, à la fin de la journée il éprouvait beaucoup de tiraillements et une douleur sourde remontant vers les bourses.

Le malade aurait conservé cette tumeur si au bout de quatre ans environ elle n'avait fini par l'obséder et par répandre un pus d'une horrible puanteur.

Quand j'ai vu le malade, la tumeur avait encore le volume de la tête d'un jeune enfant ; elle occupait le côté droit des bourses ; d'énormes et nombreuses veines rampaient à sa surface ; la peau était en général rouge, excoriée partiellement par l'acréte des matières purulentes fétides qui s'échappaient par trois points fistuleux.

Toute cette masse avait subi une dégénérescence putride, et je m'étonne que le malade ait pu résister sans éprouver la moindre atteinte d'infection purulente. Le cordon testiculaire était sain, souple ; on ne pouvait le saisir qu'à l'anneau inguinal ; l'absence d'altération du cordon, d'engorgement des glandes inguinales et hypogastrique me firent penser que l'opération pourrait avoir chance de succès.

Le malade fut soumis au chloroforme. La tumeur fut tirée en bas, et je fis autour du col une amputation circulaire, absolument comme

s'il s'était agi d'amputer la cuisse. Le cordon testiculaire était, comme sur le fémur, l'axe autour duquel j'ai porté le couteau; et quand la tumeur ne tint plus que par le cordon, je comprimai ce dernier dans une forte pince à torsion, et en tordant la tumeur un grand nombre de fois, le cordon se rompit tout près de la pince. Je retirai celle-ci; il n'y eut pas d'hémorragie, et je n'eus aucune ligature à faire. C'est ainsi que j'opère la castration depuis plus de treize ans.

Pansement. — Quatre points de suture, charpie sur le scrotum et placés en permanence. J'obtins une réunion immédiate dans les trois quarts de la plaie, qui était complètement cicatrisée le quatorzième jour, époque à laquelle le malade, qui existe encore, quitta Paris pour retourner dans son village.

La tumeur présentait une masse de tissus dégénérés, et ça et là de vastes cavernes où le pus avait fait le vide. Le testicule était situé sous la peau, en dehors des enveloppes dégénérées, parfaitement sain. Pour le retrouver avec mon honorable confrère, M. Nélaton, il a suffi de suivre le cordon spermatique.

Dans un autre cas observé par M. Nélaton sur un vieillard qu'il a eu dans son service à Bicêtre : il y avait une volumineuse tumeur à la région des bourses; il existait à cette poche une perforation par laquelle s'écoulait une sanie putride, et du pus et du gaz d'une odeur infecte. Lorsque l'on comprimait cette poche on pouvait appliquer les deux parois l'une contre l'autre, et lorsqu'on cessait la compression la poche reprenait sa dimension première de la même manière que l'aurait fait une poche de caoutchouc; ainsi l'air pouvait pénétrer dans le foyer purulent et la compression faisait sortir ces gaz qui exhaloient une odeur telle que l'on aurait pu croire à l'existence d'une fistule intestinale.

Diagnostic. — Nous aurons d'abord, parmi les hématocèles traumatiques, à distinguer l'un de l'autre l'hématocèle extra-vaginal, que nous avons déjà décrite, et l'épanchement qui a son siège dans la tunique vaginale. Quant à l'hématocèle spontanée, celle-ci n'offre aucun changement de couleur à la peau, par conséquent on ne peut la confondre avec l'infiltration sanguine ou l'épanchement extra-vaginal.

Dans l'hématocèle extra-vaginale, le testicule peut être isolé ; on peut le mouvoir dans tous les sens ; dans l'autre affection, au contraire, l'organe ne peut être saisi qu'avec difficulté au milieu du sang et des caillots qui l'entourent, il est immobile. Dans le premier cas, le testicule est juxtaposé à la tumeur et appliqué à la surface ; dans le second, il est enfermé dans la tumeur elle-même.

Dans l'observation suivante (1) on a pu prendre une hématocèle vaginale pour une tumeur enkystée du cordon ; mais ce cas est rare, aussi avons nous pensé devoir le rapporter. — Jérôme (Jacques-Gabriel), âgé de 68 ans, fort bien constitué, atteint d'une hernie inguinale droite depuis une quinzaine d'années, assure qu'il a vu paraître, à l'âge de huit ou dix ans, une légère tuméfaction au côté gauche du scrotum, sans cause apparente. Cette tumeur a augmenté insensiblement sans occasionner aucune souffrance, et sans que le malade ait eu à s'en préoccuper. Depuis quelques jours seulement des douleurs et une gêne, pendant la marche, sont survenues sans que le malade en puisse indiquer la cause. Il se décide, le 10 août 1846, à entrer à l'Hôtel-Dieu (salle Sainte-Marthe, n° 34), où je remplaçais momentanément M. le professeur Roux.

La tumeur est plus grosse que le poing, irrégulièrement arrondie, un peu aplatie d'un côté à l'autre ; des veines assez volumineuses se dessinent à sa surface ; la peau est légèrement rouge, chaude. Il y a de la douleur à la pression. La tumeur est tendue, consistante et paraît assez lourde ; elle n'est pas transparente. En l'embrassant avec les deux mains, j'y constate une fluctuation sourde et profonde. Au-dessous d'elle se trouve une bosselure qui s'en distingue aisément par sa mollesse et son volume beaucoup moindre. La forme de cette bosse, et la sensation particulière que fait naître la pression, me démontrent qu'il s'agit du testicule. Trouvant donc une tumeur probablement liquide, dont le testicule est distinct, je diagnostique une hydrocèle enkystée du cordon, avec épaissement des parois et phlegmasie de la surface interne. Quelques jours après l'entrée du malade, je fais une ponction qui donne issue à environ un verre de liquide roussâtre, semblable à du chocolat clair. La canule est obstruée

(1) Gosselin, *loc. cit.*, p. 392.

à la fin par une substance blanche et molasse que je puis attirer avec une pince, et qui me paraît être de la fibrine décolorée.

Le 4 septembre, la poche s'étant remplie de nouveau, et les douleurs existant encore, je fais une seconde ponction qui donne issue à un liquide séro-purulent légèrement coloré en rouge. Le 8 septembre, l'inflammation locale étant devenue plus vive et la poche s'étant encore remplie, je fais suivant le grand diamètre de la tumeur une incision de 7 à 8 centimètres pour laisser écouler un pus liquide d'une extrême fétidité ; je constate que les parois de la poche sont d'une grande consistance.

Les jours suivants, le malade est pris d'un mouvement fébrile continu ; la plaie exhale une odeur gangrénouse, la langue se sèche, l'appétit se perd. Le 21 septembre, une partie de la surface interne de la poche est éliminée sous forme d'escarre ; le malade continue à s'affaiblir et succombe le 3 octobre. J'ai été fort étonné de constater à l'autopsie que la cavité du kyste n'était autre chose que celle de la tunique vaginale elle-même, dont la partie inférieure offrait des adhérences solides entre le feuillet pariétal et le feuillet viscéral ; au-dessous, le liquide entourait le testicule, mais en très petite quantité, parce que là les enveloppes avaient offert une grande résistance. Ces dernières avaient cédé surtout à la partie supérieure, et c'était leur ampliation dans ce point qui avait principalement contribué à la formation de la tumeur.

Les maladies avec lesquelles on pourrait confondre l'hématocèle de la tunique vaginale sont les suivantes :

On ne confondra pas l'hématocèle avec les *affections inflammatoires du testicule et du scrotum* ; la réaction vive, la chaleur de la peau, la rougeur, manquent dans l'hématocèle, tandis qu'on les observe dans les inflammations.

L'*hydrocèle* sera facilement distinguée de l'hématocèle, malgré la forme de la tumeur, son aspect lisse et régulier. La transparence est le caractère de l'*hydrocèle*, l'opacité appartient à l'hématocèle ; à la vérité certaines tumeurs contenant un liquide séreux citrin et décrites par la plupart des auteurs sous le nom d'*hydrocèle*, ne présentent pas de transparence à cause de l'épaississement de la poche qui renferme le liquide ; mais ce point ne doit en aucune façon nous arrêter. Nous

avons admis, en effet, que ces affections semblaient appartenir à l'hématocèle spontanée, et d'ailleurs, quel que soit le nom que l'on donne à cette tumeur, comme c'est l'épaisseur de la fausse membrane qui donne le cachet à la maladie et non le liquide, le signe que nous indiquons nous apprendra sinon la nature du liquide, du moins l'état de la poche, et c'est là le point capital pour la thérapeutique.

Peut-être pourrait-on confondre l'hématocèle avec le *kyste du testicule*. Ast. Cooper assigne à cette dernière affection certains caractères qui pourront éviter la confusion. Si dans les deux maladies il y a absence complète de transparence, on observe dans les kystes, d'après Cooper, la conservation de la forme générale du testicule, bien qu'il soit un peu plus pyriforme que dans l'état naturel, la sensation de compression du testicule quand la compression est considérable, l'état variqueux des veines du cordon, caractères qui manquent dans l'hématocèle de la tunique vaginale.

Mais c'est surtout le *sarcocèle* qui pourrait être confondu avec l'hématocèle spontanée. Ainsi, dans ces deux affections on observe une tumeur qui s'est développée assez lentement, qui n'offre aucune espèce de transparence ; mais dans le sarcocèle on invoque l'existence de douleurs lancinantes, douleurs qui manqueraient complètement dans l'hématocèle. Mais aussi il ne faut pas oublier que la douleur lancinante n'est pas un symptôme pathognomonique des affections cancéreuses ; qu'elle peut manquer dans le cancer, et que des hématocèles, dont l'existence a été parfaitement constatée par l'autopsie ont fait éprouver aux malades des élancements qui en ont imposé à Dupuytren lui-même. Il n'y avait donc point de signe toujours certain à l'aide duquel on pourrait distinguer ces deux maladies, car les bosselures des tumeurs cancéreuses ne doivent point être regardées comme pouvant amener au diagnostic, puisque nous avons vu que dans l'hématocèle la tumeur était quelquefois bosselée. La fluctuation est obscure dans l'hématocèle ; le cancer avec un commencement de ramollissement présente le même caractère.

Il ne resterait donc que la ponction exploratrice qui devra être toujours faite avant de se décider à pratiquer une opération grave et qui compromet dans beaucoup de cas l'organe de la génération.

Mais ce moyen peut lui-même induire en erreur. Dans un cas ob-

servé par Hunter, dans un autre d'A. Bérard, il ne s'écoula point de liquide ; l'instrument explorateur s'était arrêté dans les parois indurées et épaissees du foyer sanguin. D'autres fois, le sang est tellement épais qu'il ne peut s'écouler par la canule du trocart. M. Ernest Cloquet a entendu rapporter ce fait à Lisfranc dans une de ses leçons cliniques. La matière contenue dans le kyste qui fut incisé ressemblait à de la boue splénique. D'autres fois, la ponction exploratrice peut faire croire à une hématocèle qui n'existe pas.

« J'ai vu, dit M. E. Cloquet (1), un cas de ce genre à l'hôpital des Cliniques en 1838. En présence d'une tumeur de nature douteuse, M. J. Cloquet pratiqua une ponction avec le trocart ; il s'écoula par la canule un liquide épais et brunâtre ; mais ce liquide avait une odeur fétide et caractéristique des affections cancéreuses. Sur ce seul signe, M. J. Cloquet pensa que le trocart avait pénétré dans un de ces foyers qu'offrent si fréquemment les tumeurs encéphaloïdes, et se décida à pratiquer la castration. L'examen de la pièce prouva que les choses s'étaient passées ainsi que le chirurgien l'avait indiqué.

Cherchons encore si dans les signes anamnestiques nous ne pouvons point trouver des caractères qui puissent nous aider à établir le diagnostic de ces deux affections. La connaissance des causes probables de la maladie, dans beaucoup de cas, ne pourra nous être utile ; on sait que les malades ont toujours de la tendance à rapporter à une lésion traumatique les affections dont ils sont atteints ; d'ailleurs sait-on sous quelle influence se sont manifestées les affections cancéreuses qui ne sont le plus souvent aperçues du malade que quand un accident lui fait porter son attention sur la maladie dont il est atteint depuis quelques temps.

L'hérédité pourra mettre sur la voie, mais les récits des malades ne sont pas, dans un grand nombre de cas, assez exacts pour qu'on puisse y avoir une entière confiance ; c'est une circonstance qu'il ne faudrait pas toutefois perdre de vue.

La teinte jaune-paille des malades infectés par la cachexie cancéreuse sera de quelque ressource ; mais ce symptôme n'existe pas au début de la maladie, et lorsque la cachexie existe il n'y a déjà plus de doute sur la nature de l'affection.

(1) Loc. cit., p. 23.

Il résulte de ce que nous venons de dire qu'il est fort difficile de distinguer le cancer du testicule de l'hématocèle, aussi n'est-il pas étonnant que des erreurs de diagnostic aient été commises par les praticiens les plus exercés. Boyer avait parfaitement compris cette difficulté.

Pronostic. — L'hématocèle est une affection assez sérieuse ; il ne compromet point, à la vérité, la vie des malades et il ne dégénère pas ; l'affection a de la tendance à rester stationnaire, à moins que des nouvelles causes, des contusions ne viennent s'ajouter à la maladie première, et nous devons le dire, ces accidents consécutifs sont assez fréquents, par une raison bien simple, à savoir que le volume de la tumeur, la tension des téguments empêche les bourses de fuir au-devant de l'agent qui tendrait à les blesser.

Mais comme affection locale l'hématocèle est une affection sérieuse ; encore le pronostic variera alors suivant les causes, l'intensité de la contusion, la quantité de sang épandue. Cette affection gêne par le poids, par le volume du scrotum. La compression exercée sur le testicule et les altérations de forme de l'épididyme, compromettent-elles les fonctions génitales ? C'est un point qu'il est difficile d'établir, puisque les fonctions de l'autre testicule sont intactes, et que peut-être elles sont plus actives. Elle est grave encore, surtout lorsqu'elle est chronique ; car il n'y a point de résolution à espérer, et le malade ne peut être débarrassé que par une opération, et nous verrons tout à l'heure, lorsque nous étudierons le traitement, que les opérations pratiquées pour combattre l'hématocèle sont loin d'être toujours sans danger.

La fausse membrane que l'on observe sur la tunique vaginale paraissant être la source de tous les accidents qui se manifestent après l'incision, il en résulte que le pronostic sera subordonné à l'épaisseur de la fausse membrane.

L'hématocèle traumatique aigu est moins grave, toutes choses égales d'ailleurs, que l'hématocèle traumatique chronique ou que l'hématocèle spontané.

*Traitemen*t. — Dans les paragraphes précédents, nous avons vu

qu'il y avait dans l'hématocèle de la tunique vaginale deux formes principales : une dans laquelle on trouvait la séreuse à peu près saine, c'est-à-dire n'e se trouvant pas épaisse par un dépôt pseudo-membraneux, l'autre qui présente une tunique vaginale doublée par une fausse membrane dont l'épaisseur, la consistance peuvent varier. Si ces deux formes de la maladie méritent d'être distinguées dans l'étude de leurs caractères anatomo-pathologiques, de leurs symptômes, à plus forte raison devons-nous les distinguer ici, car, ainsi que nous allons le voir, elles présentent des indications thérapeutiques essentiellement différentes.

La première question que l'on doit se poser est celle-ci : 1^o L'hématocèle de la tunique vaginale peut-elle guérir sans opération ? Dans le cas d'affirmative, quels sont les moyens à l'aide desquels on peut favoriser cette heureuse terminaison.

2^o Quand l'hématocèle de la tunique vaginale nécessite une opération, quel est le procédé opératoire qu'il faut choisir ?

Traitemen t de l'hématocèle sans opération chirurgicale. — Position.

— *Résolutifs.* — *Antiphlogistiques.* — Nous n'avons rencontré qu'un fort petit nombre de cas dans lesquels l'hématocèle de la tunique vaginale a disparu sans opération chirurgicale. Nous partageons complètement l'opinion de M. Ernest Cloquet ; il dit que la terminaison par résolution ne peut être obtenue que dans les hématocèles traumatiques ; il faut en outre que dans ces derniers l'épanchement soit peu considérable.

Lorsque l'hématocèle succède à la ponction faite pour évacuer le liquide d'une hydrocèle, il y a lieu d'espérer la résolution. L'observation de J.-L. Petit nous offre un bel exemple de cette heureuse terminaison.

Si donc il se présentait un cas d'épanchement de sang récent peu considérable, sans douleur vive, on pourra essayer d'obtenir sa résolution, sauf à recourir à une opération chirurgicale si au bout d'un certain temps on n'obtenait plus rien d'un traitement convenable ou s'il surviennent des accidents inflammatoires qui puissent faire redouter la formation d'un abcès.

Les moyens dont on fera usage sont fort simples ; le malade gardera

le repos au lit, les bourses seront soulevées, c'est-à-dire ramenées en haut et en avant à l'aide d'une cravate fixée à une ceinture passée autour de l'abdomen ; des cataplasmes émollients seront appliqués sur la tumeur. Si l'on observait quelques signes de réaction, une ou deux saignées plus ou moins fortes, suivant la vigueur du sujet, pourront être de quelque secours ; on donnera au malade une petite quantité d'aliments ; enfin on pourra encore administrer des purgatifs doux. A l'aide de ces moyens, on pourra espérer une terminaison heureuse ; mais si au bout d'un certain temps, dont nous ne pouvons exactement préciser la durée, la tumeur cessait de diminuer, il faudrait en arriver à un traitement plus énergique, c'est-à-dire à une opération chirurgicale.

Glace. — M. Baudens a employé avec succès les réfrigérants unis à la position. Nous devons à son obligeance l'observation suivante :

D..., sapeur-pompier, âgé de trente-quatre ans, de très bonne constitution, reçoit, en juin 1847, dans des exercices gymnastiques, un coup violent sur les bourses. Un épanchement sanguin se produit spontanément, qui va sans cesse augmentant, au point de mesurer en circonférence 48 centimètres. Quelques heures plus tard, le blessé arrive au Val-de-Grâce, service de M. Baudens.

L'épanchement existe des deux côtés ; la peau du scrotum est dure, tendue, sans fluctuation manifeste, de couleur ardoisée d'abord, puis complètement noire au bout de quarante-huit heures. L'état général ne présente rien de bien particulier à noter ; la douleur locale n'est pas très vive ; une chaleur anormale, le poids et la tension des bourses sont surtout appréciés par D... qui s'en effraie. (Saignée du bras, 600 grammes ; purgatif salin.) La tumeur, soutenue par une très grosse éponge à moitié déchirée, et dont les côtés la débordent, est relevée sur les régions inguinales. On dépose sur elle une légère couche de charpie, et sur celle-ci quelques morceaux de glace qu'on renouvelle au fur et à mesure qu'ils fondent. Le blessé éprouve promptement un soulagement manifeste, et sous l'influence de ce cataplasme à la glace éminemment résolutif, la tumeur perd graduellement de son volume. Au septième jour elle avait diminué de moitié ; la peau des bourses, de noir foncé, était devenue par elle-même jaunâtre ;

poudre

le noir s'étendait à l'hypogastre et à la partie interne des cuisses par suite de la filtration du sang épanché dans les parties voisines. On diminua chaque jour la glace. Bientôt elle fut complètement supprimée et remplacée par des compresses d'eau froide; bientôt celles-ci firent place à des mélanges résolutifs. (Eau-de-vie camphrée, eau blanche, enfin des pommades mercurielles, d'iodure de plomb.) La guérison était obtenue en quarante jours. A cette époque, il ne restait que quelques petits noyaux partiels d'induration.

Bien que dans cette observation la position du testicule ne soit pas indiquée, nous avons cru devoir la placer dans ce chapitre; elle nous a été, en effet, donnée par M. Baudens lui-même comme un des plus beaux cas d'hématocèle vaginale qu'il ait rencontrés au Val-de-Grâce.

Traitemen^tt de l'hématocèle par une opération chirurgicale.

Ponction dans l'hématocèle spontanée. « On ne doit pas, dit M. Gosselin, songer au traitement palliatif de la ponction, car il serait inutile, et peut-être dangereux, en provoquant une fistule et une suppuration de longue durée, qui serait une maladie plus incommode substituée à celle qui existait auparavant. » Nous partageons en tout point l'opinion de M. Gosselin; cependant l'observation suivante, que nous trouvons dans la thèse de M. E. Cloquet, semblerait une objection à cette proposition; mais nous ferons remarquer que dans ce cas il ne s'agit pas d'une hématocèle pure, mais bien d'une hydrohématocèle, que l'épaississement du sang n'avait pas été considérable, puisque M. Nélaton avait constaté de la transparence, et s'il y est dit que les tissus sous-jacents paraissaient épaissis, il n'y a pas là une affirmation positive, il n'y a qu'une supposition qui nous donne à penser que cet épaississement était peu considérable. Enfin, on est en droit de supposer, d'après les détails consignés dans cette observation, qu'il n'y avait pas de caillots, puisque la poche fut complètement vidée par la ponction.

Voici cette observation :
Purblée (Jean), âgé de cinquante-sept ans, journalier, entré à l'hôpital des Cliniques, le 14 mai 1844, est couché au n° 6 de la salle des hommes.

Il porte dans le scrotum, à gauche, une tumeur irrégulièrement arrondie, dure, lisse, non bosselée, excepté dans un point circonscrit en avant, où il existe une fluctuation assez évidente. Au niveau de ce point fluctuant, on sent une petite tumeur qui semble passer à travers un anneau bien dessiné, et contenir un liquide que l'on peut réfouler par la pression. La peau, généralement épaisse, adhère fortement aux tissus sous-jacents, au-dessus de cette petite tumeur. En arrière on sent l'épididyme qui a légèrement augmenté de volume. La tumeur est opaque et douloureuse à la pression dans toute son étendue. Le malade n'a jamais eu d'affections vénériennes.

Il y a dix-huit mois environ il s'est aperçu qu'il avait dans le scrotum du côté gauche une petite tumeur de la grosseur d'une noix. Elle ne déterminait pas de douleurs, il assure n'avoir pas fait d'efforts violents, n'avoir pas reçu de coups sur la région des bourses, seulement il est obligé de marcher beaucoup et de porter de lourds ballot. La tumeur grossit pendant deux mois sans changer de caractère; mais elle ne tarda pas à devenir douloureuse pendant la marche. Un médecin qui la vit alors déclara, d'après le dire du malade, qu'il avait de l'eau dans les bourses et qu'il fallait pratiquer une opération.

Sept à huit mois après le début, la tumeur, déjà douloureuse depuis plusieurs semaines, se rompit tout d'un coup pendant la marche. La douleur qui accompagna cette rupture fut très vive. Le malade porta aussitôt la main à ses bourses, s'aperçut que la tumeur avait diminué et que la peau était rougeâtre; le soir elle était devenue noire. Il continua nonobstant à travailler, en ayant seulement le soin de tenir les bourses relevées; enfin les douleurs l'ayant obligé d'interrompre ses travaux, il est entré à l'hôpital le 14 mai. Sous l'influence de l'administration de l'iode de potassium (1 gramme par jour) la tumeur semble diminuer peu à peu de volume. 31 mai, M. Nélaton aperçoit une légère transparence; il fait à la partie antérieure des bourses une ponction qui donne issue à 80 grammes d'un liquide rouge brun assez limpide, et dont la dernière portion qui s'écoule est plus colorée que la première. Après l'évacuation du liquide on sent que le testicule et l'épididyme sont engorgés, les tissus sous-jacents paraissent épaisse.

3 juin, la tumeur a repris peu à peu son volume primitif; elle n'est

pas douloureuse et offre les mêmes caractères qu'avant la ponction.

11 juin. Elle a sensiblement diminué, elle présente encore de la fluctuation dans un point limité qui fait saillie en avant du testicule.

15 juin. Le malade ne présente plus qu'un léger engorgement de l'épididyme qui diminue lui-même sous l'influence de l'iodure de potassium (20 grammes par jour).

24 juin. Il quitte l'hôpital n'ayant plus qu'un engorgement insignifiant de l'épididyme et une petite tumeur indolente de la grosseur d'une très petite noisette en avant du testicule, il porte un suspensoir et doit continuer l'iodure de potassium.

A ce cas heureux on peut opposer un bien grand nombre d'insuccès. Les observations sont trop nombreuses pour que la reproduction d'une d'entre elles puisse présenter de l'intérêt; nous signalerons seulement une observation empruntée à M. Gosselin. Dans ce cas, la ponction fut faite quatre fois sans résultat avantageux pour le malade; la troisième ponction fut même suivie d'accidents généraux assez graves.

On pourrait supposer que la ponction aurait un résultat plus favorable dans l'hématocèle traumatique, il n'en n'est pas ainsi, cependant, dans le seul cas où la guérison ait été constatée, on y a observé des accidents graves, et encore la ponction ne doit pas être considérée comme ayant seule amené la guérison de la maladie. La tunique vaginale fut percée avec un trocart, des accidents généraux fort graves se manifestèrent, et ce n'est qu'après la rupture spontanée de la tunique vaginale que des caillots sont chassés de la membrane séreuse, que la maladie marche vers la guérison.

Deux causes semblent donc s'opposer à la guérison de l'hématocèle par la ponction: dans l'hématocèle spontanée, l'épaississement de la tunique vaginale, et, dans les deux espèces, la présence de caillots sanguins qui s'altèrent au contact de l'air, et déterminent des accidents inflammatoires fort graves.

En résumé la ponction est une opération bien rarement applicable à la guérison de l'hématocèle de la tunique vaginale, c'est tout au plus si on doit la réservier comme moyen de reconnaître la nature du liquide. C'est tout au plus, disons-nous, car, quand il existe un épaissement de la tunique vaginale, l'élasticité de la poche ne permet

pas aux téguments de revenir sur eux-mêmes ; l'air pénètre dans le foyer, aussi, dans la plupart des cas, faut-il se hâter de pratiquer une opération définitive, si l'on veut prévenir le développement d'accidents. Le fait que nous avons rapporté plus haut, d'après M. Nélaton, et qu'il a observé à Bicêtre, nous donne une idée des phénomènes qui peuvent se rencontrer quand l'ouverture pratiquée pour la ponction exploratrice ne s'est pas immédiatement cicatrisée.

Injections. Ce que nous avons dit de la ponction s'applique aux injections ; ainsi, dans l'hématocèle traumatique il existe des caillots plus ou moins nombreux, plus ou moins volumineux, qui irritent la tunique vaginale, et déterminent par leur présence un certain degré d'inflammation ; nous nous sommes déjà expliqués sur ce phénomène en traitant de l'anatomie pathologique, nous n'y reviendrons pas. Si, à cette cause d'irritation, on en ajoute une nouvelle, la présence dans la poche d'un liquide irritant, on peut s'attendre à des accidents redoutables, car si la poche vient à s'enflammer, les caillots sanguins se trouveront mêlés à de la matière purulente, et disposés à subir la décomposition putride. Nous ajouterons que la présence de ces corps étrangers dans la tunique vaginale empêchera l'adhésion des deux feuillets séreux, par conséquent, la série de phénomènes que l'on observe dans l'hydrocèle, ne pourra plus se produire dans l'hématocèle.

Cependant s'il n'existe point de caillots, si on constate dans le liquide des grumeaux peu volumineux qui puissent s'échapper avec le liquide épanché, on pourra espérer quelques succès de ce procédé opératoire. Il ne faut pas, toutefois, espérer une guérison aussi rapide que celle que l'on observe après l'injection de l'hydrocèle. Dans le cas de M. Velpeau, qui peut être considéré comme un des plus favorables à la méthode, la plaie faite avec le trocart se rouvrit deux fois, et deux fois laissa sortir de la sanie purulente.

Dans l'hématocèle spontanée « les injections iodées, dit M. Gosselin, peuvent, à la rigueur, réussir lorsque la fausse membrane est au premier degré... Je ne sais si en pareil cas des adhérences s'établissent entre la fausse membrane et le feuillet viscéral de la séreuse, ou si le première serait seulement modifiée de manière à ne pas laisser

exhaler de liquide. Je me demande en outre si les guérisons seraient aussi durables qu'à la suite des hydrocéles simples.

» L'injection serait tout à fait inutile pour le deuxième et le troisième degré ; elle serait suivie d'un prompt retour à la maladie, ou d'une suppuration qui pourrait être de longue durée et sans aucun avantage pour les malades. »

On ne doit donc compter sur l'injection que dans un petit nombre de cas assez restreint. Nous croyons pouvoir formuler de la manière suivante les indications de l'injection :

Il faut : 1^o que le liquide épanché soit assez liquide pour que toutes les matières contenues dans la tunique vaginale puissent sortir par la canule ;

2^o Il faut qu'il n'y ait pas une vive inflammation de la membrane séreuse ;

3^o Dans l'hématocèle spontanée il est indispensable que l'altération pathologique de la poche ne soit pas trop considérable.

Dans tous les autres cas l'injection doit être rejetée.

L'opération sera faite de la manière suivante : L'instrument sera un trocart de moyenne grosseur, un trocart à hydrocèle ; il sera enfoncé dans la poche de la même manière que dans cette dernière opération ; on fera écouler tout le liquide, et l'on s'assurera avant de faire l'injection qu'il ne reste rien dans la poche, ou que celle-ci n'est pas trop épaissie : dans ce cas, il vaudrait mieux s'arrêter que de continuer une opération au moins inutile et qui peut causer des accidents. Quand on aura déterminé aussi exactement que possible l'état de la poche, on poussera l'injection. L'injection iodée est celle qu'il faut préférer ; elle se compose généralement de 4 à 8 grammes de teinture d'iode pour 30 grammes d'eau distillée à laquelle on ajoute une quantité suffisante d'iodure de potassium pour que l'iode ne se précipite pas ; et l'injection est faite comme pour l'opération de l'hydrocèle.

Incisions simples. — L'incision simple de la poche hématique a été souvent pratiquée ; mais avec des résultats qui ont varié avec l'espèce de l'hématocèle. Ainsi, si l'on peut dire que l'hématocèle traumatique réclame l'incision, on peut dire aussi que cette opération est beaucoup moins favorable dans l'hématocèle spontanée.

Sur 11 malades affectés d'hématocèles de la tunique vaginale, tenant soit à une contusion des bourses, soit à une hémorragie consécutive à la ponction de l'hydrocèle, nous avons trouvé 11 cas de succès.

Dans l'hématocèle spontanée, au contraire, sur 9 malades dont nous avons trouvé les observations détaillées, et sur 7 sur lesquels nous n'avons que des indications plus ou moins complètes, mais suffisamment exactes pour que nous puissions être certains de la nature de l'opération, nous trouvons 6 morts ; 4 fois on observa des accidents fort graves, tels que la gangrène du testicule dans un cas, infection putride dans un autre, et les malades ont guéri après avoir couru de grands dangers ; 2 fois on fut obligé de pratiquer la castration ; dans un cas on attendit au moins trois mois la cicatrisation de la plaie ; enfin, dans un dernier cas, le résultat de l'opération n'est pas indiqué ; 2 fois l'opération réussit complètement. Si l'on met en regard les résultats que l'on observe dans les deux espèces d'hématocèle ; on comprendra ce jugement défavorable que nous avons porté sur l'incision dans l'hématocèle spontanée.

Nous avons cru devoir ajouter à cette statistique, malheureusement basée sur un trop petit nombre de faits, trois observations. Une, empruntée à la clinique chirurgicale de M. Velpeau, nous montre un cas d'hématocèle traumatique ; dans la seconde, empruntée à Pott, il est question d'une hématocèle causée par la lésion d'un vaisseau dans la ponction de l'hydrocèle. Dans ces deux cas la guérison fut rapide. La troisième observation est tirée de la thèse de M. Ernest Cloquet ; elle a trait à une hématocèle spontanée opérée par l'incision. La mort a été la terminaison de cette opération. Malgré la longueur de cette dernière observation, nous avons cru devoir la rapporter entièrement, à cause de la difficulté du diagnostic, et parce qu'elle expose le tableau des accidents qui peuvent survenir à la suite de l'incision.

En 1833, un porteur d'eau, d'une forte constitution, fut affecté, à la suite d'un coup, d'un épanchement considérable de sang dans la tunique vaginale ; il entra dans mon service, à l'hôpital de la Pitié. La tumeur était si volumineuse, qu'il ne me parut pas rationnel d'espérer en obtenir la résolution. Je pratiquai, en conséquence, une

petite incision avec une lancette; elle donna issue à une quantité assez considérable de sang à l'état de pureté. Des compresses émollientes furent appliquées sur les bourses, et la guérison fut complète au bout de vingt jours.

Un homme de bon tempérament (1), âgé d'environ trente ans, me pria de faire sortir l'eau d'une hydrocèle dont il était affligé, opération qui lui avait déjà été faite deux fois dans une année, par feu M. Bell, de Red-Lion-Square, et il me pria aussi de l'exécuter avec une lancette. Je fis sortir près d'une pinte d'eau, dont la portion qui coula la première était très teinte de sang; mais à mesure qu'elle sortit, elle devint de plus claire en plus claire, et elle fut à la fin parfaitement limpide. Lorsque j'appliquai l'emplâtre, la plaie ne rendait pas une goutte de sang.

Le lendemain matin, le malade vint me revoir. Il me dit que le sang avait coulé en grande quantité pendant la nuit, et il me montra son linge, qui, en effet, en était très taché. Comme l'hémorragie n'avait plus lieu alors, je renouvelai seulement l'emplâtre, je plaçai un bandage suspensoir, et j'engageai cet homme à retourner chez lui et à se tenir en repos.

Il fut encore exempt d'hémorragie pendant quelques heures, et, en conséquence, négligeant la dernière précaution que je lui avais recommandé de prendre, il se promena beaucoup, s'échauffa, et m'envoya chercher le lendemain pour examiner son scrotum, qui était gros et enflé. Ne doutant point, d'après toutes ces circonstances, que la tuméfaction ne fût occasionnée par un amas de sang, je lui fis part de ce que je pensais, et, en même temps, mon avis fut, si ce sang ne se dissipait pas par les moyens qu'il convenait d'employer pour produire cet effet, qu'il souffrit qu'on ouvrit la tunique vaginale, et qu'on lui procurât par là une cure radicale.

On essaya donc les discussifs pendant quelque temps; mais la tumeur augmenta, et il sortait quelquefois une assez grande quantité de sang par l'ouverture, qui devint spongieuse et ne se guérit point.

Le malade, voyant que tous les efforts étaient inutiles, se soumit enfin à l'opération. La tunique vaginale fut ouverte, et il en sortit

(1) Pott, *loc. cit.*

une quantité considérable de sang, dont une petite partie était dans un état fluide, et la plus grande dans un état de coagulation. Le malade n'eut aucun symptôme désagréable, et au bout d'environ six semaines, il fut parfaitement rétabli.

Au n° 10 de la salle Saint-Gabriel est couché le nommé Blondel, âgé de vingt-deux ans, commis, entré le 8 janvier 1844 (1).

Il porte dans le scrotum, à droite, une tumeur pyriforme à grosse extrémité inférieure, ayant le volume d'une tête de fœtus à terme. Cette tumeur est lisse, régulière, non adhérente à la peau; elle n'est pas réductible et n'a jamais pu rentrer dans l'abdomen. Elle n'est pas douloureuse à la pression; elle est dure et résistante. Il y a dix-huit mois environ que cette tumeur a commencé à se développer *sans cause connue*. Dans les premiers temps, elle n'était pas douloureuse. Les douleurs se sont montrées depuis quatre mois environ; elles sont sourdes, gravatives et jamais lancinantes. Du reste, la santé générale du malade n'est pas altérée sensiblement; il tousse depuis quelque temps; le bruit respiratoire est obscur au sommet du poumon gauche, mais la percussion ne donne pas de matité en ce point. Blondel n'a jamais eu d'affection syphilitique. Cette tumeur était-elle constituée par le testicule hypertrophié ou dégénéré? Était-elle le résultat d'une collection dans la cavité de la tunique vaginale avec épaissement de la séreuse?

Après avoir exclu le squirrhe, l'hypertrophie simple, l'orchite chronique, etc., M. A. Bérard fut conduit à penser qu'il avait affaire à un encéphaloïde du testicule ou à une hématocèle vaginale. La forme et la consistance de la tumeur étaient en faveur d'une hématocèle; mais le malade affirmait qu'il n'avait pas reçu de coups sur le scrotum; que ses testicules n'avaient pas été soumis à des froissements réitérés. Le diagnostic restait donc douteux.

2 février. Une ponction exploratrice fut pratiquée à l'aide d'un trois-quarts ordinaire. Il s'écoula par la canule un liquide brunâtre, légèrement visqueux et sans odeur. M. A. Bérard, reconnaissant alors une hématocèle avec certitude, se décide à pratiquer une incision qui

(1) E. Cloquet, *loc. cit.*

comprend toute la hauteur verticale de la tumeur. Le sac avait ses parois dures et comme cartilagineuses, épaisses de 2 millimètres; sa cavité était remplie par le liquide qui s'était écoulé par la canule et par des caillots ordinaires organisés en très grande abondance. Ces caillots furent enlevés facilement avec le doigt. On plaça de la charpie à l'intérieur de la tunique vaginale, pansement à plat, un coussin est disposé au dessous du scrotum. L'état du malade est satisfaisant pendant les trois premiers jours qui suivent l'opération; les pièces d'appareil sont baignées de pus.

6 février. Le malade a éprouvé un frisson pendant la nuit; le cordon est dououreux et tendu; une rougeur circonscrite occupe la partie supérieure du scrotum. (20 saignées au niveau de l'orifice externe du canal inguinal, cataplasmes.)

7 février. La rougeur a gagné la paroi abdominale; les ganglions inguinaux sont engorgés et dououreux; langue saburrale, soif vive, 104 pulsations. (Une bouteille d'eau de Sedlitz, cataplasmes.)

8 février. La rougeur s'étend jusqu'à l'épine iliaque droite; la langue se sèche; délire. (Eau de Sedlitz, deux verres; compresses d'eau de sureau.)

9 février. Même état que la veille; le pus qui s'écoule par l'incision du scrotum est brunâtre, mal lié et fétide. (Potion avec sulfate de quinine, 1 gramme.)

10 février. A partir de ce jour, le malade tombe dans le coma; déjections involontaires. Il meurt le 12 février.

Autopsie. — La pie-mère cérébrale paraît plus sèche et plus adhérente que dans l'état normal; la substance blanche du cerveau est injectée et sablée; le poumon gauche présente quelques tubercules crus et disséminés, principalement au sommet; il en existe également quelques uns dans le poumon droit. L'estomac et l'intestin

sont dans l'état normal; le gros intestin seul est injecté; la muqueuse est légèrement épaisse; le testicule est sain.

Cherchons maintenant à nous rendre compte de la différence qui existe entre les résultats que donne l'incision dans les deux espèces d'hématocèle.

M. Ernest Cloquet attribue au procédé opératoire les résultats fâcheux que l'on observe à la suite de cette opération, c'est à la stagna-

tion du pus dans le foyer ; il tait suivre sa proposition de conseils très judicieux que nous exposerons un peu plus bas.

Mais s'il en est ainsi, les accidents qui s'observent à la suite de l'hématocèle spontanée devraient se rencontrer dans l'hématocèle traumatique ; sa proposition n'est donc point exacte.

M. Gosselin a expliqué la différence des résultats par la disposition anatomique de la poche hématoïde. « Les accidents ont été dus aux propriétés pathologiques spéciales de ce tissu anormal. Lorsque la mort n'a pas lieu, la guérison est au moins assez lente; tantôt elle est précédée par l'exfoliation de la fausse membrane, tantôt elle a lieu sans cette exfoliation. Dans le premier cas, les bourgeons charnus n'apparaissent et la plaie ne marche vers la cicatrisation qu'après l'élimination achevée. Dans le deuxième, les bourgeons charnus ne se forment pas ou se forment avec beaucoup de lenteur sur le produit accidentel.

L'incision, avons-nous dit en traitant des indications de cette opération, ne doit être faite que dans l'hématocèle traumatique, et par exception dans l'hématocèle spontanée, lorsque la poche présente une légère épaisseur quand elle est au premier degré; si, d'un autre côté, on se rappelle que l'injection réussit dans la première de ces affections, lorsque par la canule on pu faire sortir tous les corps étrangers contenus dans la poche; dans la seconde, lorsqu'il existe à peine d'épaissement de la tunique vaginale, et comme toutes choses égales d'ailleurs, la ponction est une opération moins grave que l'incision; le chirurgien pourra d'abord faire à la tumeur une ponction exploratrice, moins pour connaître la nature du liquide que pour connaître exactement l'état de la poche et de son contenu. Si la tunique vaginale renferme des caillots fibrineux, si ceux-ci ne peuvent être complètement expulsés par la ponction, il pratiquera une incision, il agira de même si la tunique vaginale est trop épaisse pour que l'injection iodée puisse réussir.

Manuel opératoire. — Le malade étant couché sur le dos et le chirurgien placé à sa droite, le chirurgien après s'être assuré de la position du testicule, saisit de la main gauche la partie postérieure de la tumeur de manière à refouler le liquide en avant et à tenir distendue

la paroi antérieure de la poche. De la main droite il saisit un trocart cannelé, le manche dans la paume de la main, le doigt indicateur sur la canule, soit pour limiter le point jusqu'où il veut faire pénétrer l'instrument, soit pour maintenir celui-ci d'une manière plus solide dans la paume de la main, puis l'enfonce brusquement en évitant de blesser les vaisseaux qui rampent quelquefois à la surface de la tumeur ; il retire ensuite la lame de l'instrument, et de la main gauche il maintient la canule, tandis que de la droite il presse sur la poche hématique, écrase les caillots peu résistants qui peuvent se rencontrer, et lorsque l'écoulement du liquide a cessé, s'il s'aperçoit qu'il reste encore des caillots dans la tumeur, de sa main droite il saisit un bistouri qu'il glisse dans la cannelure du trocart et fait une incision de haut en bas vers la partie la plus déclive. Lorsque la poche est ouverte, il y porte dans la tumeur le doigt indicateur, détache les caillots et la vide complètement. La tunique vaginale est ensuite lavée à grande eau, et l'on fait un pansement ordinaire, c'est-à-dire on applique dans le fond de la poche un linge troué enduit de cérap, celui-ci est ensuite recouvert par une couche suffisante de charpie. Toutes les pièces du pansement sont maintenues par des compresses et un bon suspensoir, et le malade sera couché, les bourses soulevées, c'est-à-dire portées en haut et en avant.

M. E. Cloquet a fait remarquer que cette opération avait l'inconvénient de laisser à la partie inférieure un cul-de-sac dans lequel stagne le pus. C'est pour remédier à cet inconvénient que M. Yelpeau pratique au fond de la poche une contre-ouverture. Nous aurons tout à l'heure à nous occuper de ce procédé en traitant des incisions multiples. Le procédé de M. Velpeau est bien préférable à celui qui consiste à prolonger l'incision sur la face postérieure du scrotum.

La stagnation du pus sera évitée par une bonne position : un coussin sera placé sur le siège, et les bourses seront, comme nous l'avons dit, suffisamment soulevées, afin que le pus puisse couler librement.

M. Gérard de Gray a communiqué à l'Académie de médecine une observation dont nous donnons un extrait, et où il combine la ponction et le séton. Nous reproduisons un extrait de cette observation.

Après trois ponctions inutiles, ce malade alla trouver M. Gérard. La moitié gauche des bourses formait une tumeur oblongue, ayant

sept pouces et demi de hauteur, et neuf pouces de circonférence ; la consistance était celle d'un cartilage légèrement compressible et élastique ; la surface était régulière. La dernière ponction datait d'un mois ; elle avait donné lieu à la sortie d'un verre et demi de liquide , et néanmoins la tumeur n'avait pas sensiblement diminué de volume. Il survint quelques accidents inflammatoires, et lorsqu'ils furent calmés, M. Gérard entreprit la cure radicale de cette hydrocèle. Il pratiqua une quatrième ponction, de laquelle il n'obtint que quatre onces d'un liquide briqueté ; après quoi il fit une injection vineuse de roses de Provins. Jusque là , M. Gérard se conduisit comme son prédécesseur, mais au lieu de retirer la canule après l'écoulement de l'injection, il la laissa en place pendant quarante-huit heures , dans la vue de laisser pénétrer l'air extérieur, d'enflammer les parties, de donner issue à l'écoulement du liquide à mesure qu'il s'épancherait, et, finalement , de conduire une tente de linge dans l'intérieur de la tunique vaginale. Tout est arrivé comme il avait été prévu. A l'inflammation a succédé une suppuration abondante ; la matière a filtré le long du corps étranger ; peu à peu la quantité en a diminué , et la résolution s'est opérée. La guérison était complète au bout d'un mois.

Incisions multiples; séton. — Les incisions multiples et le séton seront indiqués lorsqu'il n'existe pas un épaissement trop considérable de la tunique vaginale , et lorsque la tumeur n'est pas très volumineuse, c'est-à-dire dans les cas où l'on peut espérer que la suppuration ne sera pas de trop longue durée.

M. Velpeau, à qui appartient cette méthode, la décrit de la manière suivante : « Après avoir fait (comme nous l'avons dit plus haut) une incision à la partie antérieure de la tumeur , le doigt indicateur porté dans le sac, détache les concrétions, et sert de guide pour l'établissement vers le point le plus déclive ou le plus aminci , d'une contre-ouverture que l'on pratique soit de l'intérieur à l'extérieur, soit de l'extérieur à l'intérieur. Après avoir lavé, par une injection à grande eau , toute la cavité vaginale, on n'a plus , pour terminer l'opération, qu'à passer au travers des deux incisions un stylet flexible, armé d'une longue mèche de linge enduite de céramique, et dont on noue les deux extrémités pour la conserver là , à titre de séton ,

pendant quatre ou cinq jours. Le tout est ensuite pensé avec des compresses émollientes, et enveloppé dans un bon suspensoir.

» Après avoir remué le séton par les procédés ordinaires, jusqu'à ce que l'inflammation soit bien établie dans le sac, c'est-à-dire matin et soir pendant environ une semaine, on en débarrasse la tumeur. Il devient alors utile de panser avec des cataplasmes émollients tant que dure la période inflammatoire, jusqu'à ce que la suppuration ait pris un bon aspect, et qu'elle ait perdu beaucoup de son abondance. Si quelques points du kyste venaient à s'amincir pendant la durée du traitement, si les matières stagnaient dans quelque cul-de-sac, il faudrait pratiquer de nouvelles incisions. »

Quelles sont les indications que se propose M. Velpeau par cette opération ? Le doigt introduit dans la poche hématique enlève tous les caillots et les concrétions fibrineuses qui s'y trouvent amassées, il dit dans une observation publiée dans la *Gazette des Hôpitaux*, 1835, page 358, qu'il a enlevé des morceaux de fibrine très adhérents, qu'il s'est servi de son doigt pour les racler, les morceler, les déchirer ; il est probable qu'il enlève, au moins en partie, la fausse membrane qui tapisse la face interne du kyste. Malgré cette précaution, cette opération peut exposer, lorsque les fausses membranes sont épaisses, à tous les dangers de l'incision vaginale ; en effet, dans quelques circonstances, on a observé toute la série des symptômes que l'on rencontre dans cette dernière opération, suppuration ichoreuse fétide, réaction violente, etc.

Ainsi donc les indications que M. Velpeau se propose d'atteindre par la double incision et le séton, nous semblent devoir être bien remplies lorsque la fausse membrane est peu épaisse, et quand la tumeur est peu volumineuse ; dans le cas contraire cette opération nous semble presque aussi dangereuse que l'incision simple, car elle expose aux mêmes accidents, et la suppuration est souvent aussi longue à se tarir ; dans un cas rapporté par M. Gosselin dans son mémoire, le malade ne fut guéri que trois mois après l'opération.

M. Gosselin adresse une autre objection au procédé de M. Velpeau : « C'est qu'il expose à la lésion du testicule lorsque cet organe ne fait aucune saillie appréciable dans la cavité, ou à celle de l'épididyme lorsqu'il s'est perdu dans l'épaisseur des parois. » M. Velpeau donne,

il est vrai, le conseil de refouler le testicule avant de faire une contre-ouverture, et de pratiquer cette dernière sur l'endroit où les parties paraissent les plus minces. Mais comment appliquer le premier de ces préceptes lorsque le testicule est aplati et refoulé? Et quand il s'agit d'un épaissement considérable, ne peut-on pas être amené à croire que l'endroit le plus mince est précisément celui où se trouve le testicule? Sur une des pièces que j'ai examinées, cette erreur eût été facile à commettre; elle peut, comme l'excision de l'épididyme, dont je parlais tout à l'heure, avoir été commise quelquefois à l'insu du malade et des chirurgiens. »

Mais ces objections, très justes lorsqu'il existe un épaississement considérable de la tunique vaginale, disparaissent lorsque les parois de la poche n'ont pas une grande épaisseur. Ainsi, lorsqu'on peut sentir l'épididyme et le testicule, lorsque la poche a été parfaitement débarrassée des caillots et des concrétions fibrineuses qui tapissent la paroi du kyste, on pourra espérer une guérison rapide et sans accidents. Aussi cette opération devra-t-elle être conservée pour ces cas seulement, et rejetée lorsque la maladie est ancienne, la poche épaisse, et la tumeur volumineuse.

Nous croyons devoir rapporter, à l'appui de cette doctrine, l'observation suivante, empruntée à M. Velpeau (1), et qui offre un double intérêt. D'abord elle nous expose fidèlement la pratique de cet auteur; de plus, elle a ceci de remarquable que le malade portait d'un côté une hydrocèle qui fut guérie par l'injection iodée, et de l'autre, une hématocèle opérée et guérie par le séton.

Le 10 juillet 1837, fut admis dans notre service, salle Sainte-Vierge, n° 15, le nommé Pascal (Dominique), âgé de vingt-six ans; il porte aux bourses deux tumeurs d'un volume inégal; il est domestique et monte souvent à cheval. Les deux tumeurs correspondent aux deux testicules. Celle du côté gauche est de la grosseur d'un gros œuf de dinde; la pression ne détermine presque aucune douleur; il n'y a pas de changement de couleur à la peau. La tumeur droite est plus volumineuse, elle est rénitente, élastique; il y a de la fluctuation et de la transparence; le testicule est placé à sa partie posté-

(1) *Loco citato*, t. II, p. 401.

rieure inférieure et un peu interne. La pression exercée sur ce point excite de la douleur. Le malade, interrogé sur les antécédents de sa maladie, nous dit qu'elle a débuté du côté gauche, il y a sept ans, à la suite d'une pression du testicule contre le pommeau de la selle du cheval. Il ressentit une vive douleur dans ce côté des bourses. Il survint bientôt de la tuméfaction à tel point que, dans deux ou trois jours, la partie gauche du scrotum acquit le volume du poing.

Des saignées locales et générales dissipèrent bientôt l'inflammation et, s'il faut en croire le malade, le testicule de ce côté devint plus petit que celui du côté opposé.

Cinq ans s'écoulèrent ensuite sans que Pascal éprouvât la moindre douleur dans les bourses. Dans cet intervalle, il eut une gonorrhée qu'il guérît à l'aide du cubèbe et du copahu; mais il y a environ deux ans, la moitié gauche des bourses se tuméfia de nouveau sans cause connue.

Notons cependant qu'il n'avait pas cessé de monter à cheval. A la tuméfaction se joignit de la douleur; la tumeur acquit enfin le volume d'un œuf de dinde, et ce volume n'a plus changé.

La tumeur droite a commencé à se manifester il y a dix-huit mois; Pascal ne peut pas en assigner la cause. Cette tumeur a débuté, dit-il, par la partie inférieure, et a atteint petit à petit le volume que nous lui observons, c'est-à-dire, cinq à six pouces de long sur trois ou quatre de large. De ce côté, le diagnostic n'était pas difficile: c'était une hydrocèle; mais du côté gauche; le cas était assez embarrassant. Cependant, je me crus fondé à admettre l'existence d'une hématocèle. Je ne me trompais point.

Le 14 janvier, je pratiquai une double opération à droite, une ponction avec le trois-quarts donna issue à un verre environ de sérosité limpide, citrine. La tunique vaginale est à l'état normal; seulement quelques brides se trouvent dans la cavité; je fais ensuite une injection iodée.

A gauche, une ponction exploratrice avec le trois-quarts donne issue à un sang noirâtre. Je pratique alors avec le bistouri une incision longue d'un pouce environ à la partie antérieure de la tumeur. La cavité vaginale, ainsi mise à nu, offre des concrétions évidemment fibrineuses qui adhèrent à sa partie interne et des caillots de sang

dénaturé. La tunique elle-même a plus de trois lignes d'épaisseur, son tissu est résistant. Refoulant alors le testicule vers la partie externe, je pratique dans la région postérieure une nouvelle incision correspondante à la première. Ces deux incisions sont traversées par un séton.

Le 15, le malade a très peu dormi, fièvre légère, douleurs parfois très vives dans le rein gauche. Les bourses sont tuméfiées, rouges et chaudes. (Cataplasmes émollients, diète.)

Le 16, la tuméfaction, ainsi que tous les phénomènes inflammatoires ont fait des progrès ; la suppuration n'est pas encore établie. (Même traitement.)

Le 17, il y a de la suppuration ; elle est de bonne nature. Les jours suivants, l'inflammation s'apaise peu à peu, je fais enlever le séton ; la maladie marche évidemment vers sa guérison.

Le 28, l'hydrocèle est complètement guérie, mais il se forme un petit abcès du côté gauche ; je l'ouvre. Dès lors la cure radicale n'est plus entravée, et le 13 février, Pascal sort de l'hôpital parfaitement guéri.

Excision. L'excision de la tunique vaginale est un procédé qui n'expose pas aux mêmes dangers que l'incision, puisqu'on enlève la pseudo-membrane qui est cause des accidents que nous avons signalés. Mais nous lui ferons deux reproches : l'opération est longue, difficile, de plus, elle expose à la section de l'épididyme, du canal déférent et même à la blessure du testicule.

Boyer décrit ce procédé de la manière suivante (1) : « Le malade étant couché sur le bord droit de son lit et le chirurgien placé du même côté, on saisit la tumeur de la main gauche de manière à tendre la peau des bourses, on incise la peau dans toute la longueur de la partie antérieure, moyenne de la tumeur, on la sépare de la tunique vaginale en dedans et en dehors, en coupant le tissu cellulaire qui les unit et on pousse cette opération jusqu'à près de l'endroit où la tunique vaginale se réfléchit sur l'épididyme et le testicule. En faisant cette dissection on doit avoir la double attention de conserver le plus possible

(1) *Loco citato*, t. X, p. 166.

de tissu cellulaire sur la face interne du scrotum et de ne point inciser sur la tunique vaginale avant d'avoir découvert toute la partie que l'on veut emporter... Lorsque la tunique vaginale est découverte on l'incise dans toute sa longueur ; ensuite on la retranche avec des ciseaux le plus près possible du testicule, pendant qu'un aide soutient cet organe... »

Ainsi donc, Boyer enlevait toute la tunique vaginale et la tunique fibreuse qui la double, il en est de même de Dupuytren qui, après avoir incisé la peau, tirait fortement les téguments en arrière, refoulant la tumeur en avant, puis incisait et excisait comme Boyer. Ces deux genres d'opérations, ainsi que le fait remarquer M. Velpeau, sont douloureux, pénibles, dangereux. Il est souvent difficile de ménager tous les éléments du cordon testiculaire ; l'épididyme et le canal différent ont été plus d'une fois compris dans les excisions ; l'énorme plaie que l'on est obligé d'établir, la suppuration abondante qui ne manque pas de survenir, exposent à des conséquences infiniment plus graves que celle de la castration.

« Il ne faut pas s'étonner, dit M. Gosselin, que la lésion de l'épididyme ait pu rester ignorée des chirurgiens et des malades ; l'épididyme ainsi refoulé est aminci, il est en même temps grisâtre, sa couleur se confond avec celle des membranes ; à moins d'être prévenu ou d'avoir une certaine habitude de ces recherches, on ne le voit pas sur la pièce et l'on peut rester convaincu que les membranes seules ont été enlevées. D'un autre côté, j'ai démontré dans mon travail sur les oblitérations que le testicule dont les voies excrétoires étaient arrêtées n'en conservait pas moins son volume naturel. Les malades ont donc pu croire comme les opérateurs que le testicule était resté intact.

L'excision par le procédé de Blandin expose-t-elle moins à la lésion des annexes du testicule que le procédé de Boyer ou celui de Dupuytren ? « La tumeur (1) ayant été fendue préalablement dans toute sa longueur, on saisit avec des pinces le feuillet pariétal de la tunique vaginale, on le dissèque jusqu'au lieu où il se réfléchit pour se continuer avec le feuillet testiculaire, là on pratique l'excision.

(1) *Dictionnaire en 15 volumes*, t. X, p. 122.

Blandin convient que cette dissection est excessivement laborieuse, il ajoute : L'excision est généralement abandonnée aujourd'hui, elle convient tout au plus dans les cas d'épaississement cartilagineux du kyste de la tumeur. Il est évident que dans cette opération, si Blandin fait porter l'instrument entre la tunique séreuse et la tunique fibreuse, il doit respecter le canal déférent et l'épididyme, mais nous ajoutons qu'il faut une dissection bien attentive pour ne pas lésier les annexes des testicules déformés, déplacés ; si donc, dans certains cas, on peut arriver par ce procédé à conserver complètement l'appareil excréteur du sperme, on n'obtiendra ce résultat qu'à l'aide d'une opération fort longue, fort difficile, et on laissera une plaie aussi étendue que celle que nous avons constatée dans les deux procédés précédents.

On ne peut supposer que Blandin ait voulu dans cette opération enlever seulement la fausse membrane adossée à la tunique vaginale ; il ne prononce pas, en effet, le mot de *fausse membrane*, et d'ailleurs, cette opération s'applique à l'hydrocéle simple ; par conséquent, c'est bien le feuillet pariétal de la tunique vaginale qu'il enlève.

Qu'arrive-t-il quand on a pratiqué l'excision du feuillet pariétal de la tunique vaginale ? On laisse sur le testicule lui-même une fausse membrane dont la suppuration entraînerait tous les accidents que nous avons signalés plus haut ; car il ne faut pas espérer une réunion immédiate.

On peut pratiquer des scarifications sur la tunique albuginée, ainsi que cela a été fait par M. Manec, dans le cas suivant, recueilli par Gaubric, que nous trouvons dans la thèse de M. E. Cloquet :

« Thomas Nivet, âgé de soixante-sept ans, propriétaire à Melun, ayant toujours joui d'une excellente santé, d'une constitution très forte, d'un tempérament sanguin, vint à Paris, le 7 mai 1841, pour se faire traiter d'une tumeur volumineuse qu'il portait dans l'intérieur des bourses, au dessus et en avant du testicule gauche.

» Le malade avait cette tumeur depuis trois mois seulement. Vers le milieu du mois de mars, en se réveillant dans la nuit, il porta la main vers les bourses, et fut surpris d'y trouver une grosseur du volume d'un œuf de poule, tumeur qui n'existe pas, assure-t-il, les jours précédents ; qui s'était formée tout à coup à son insu et sans douleur.

Il consulta plusieurs médecins qui lui annoncèrent une hydrocèle. On chercha à le guérir avec des pommades dont il ignorait la composition ; on lui appliqua des vésicatoires, et tout cela sans succès. La tumeur ne diminuait pas et n'augmentait pas de volume. On lui proposa enfin l'opération, qu'il refusa ; alors il vint à Paris.

Il jouissait à cette époque d'une très bonne santé, il ne se plaignait que de l'inconveniencedu poids et de la sensation de tiraillement que lui occasionnait la tumeur.

Cette tumeur avait le volume d'un gros œuf de poule, sa forme était elliptique plutôt qu'ovoïde, située dans l'intérieur des bourses et recouverte par le scrotum et les tuniques sous-jacentes, légèrement tendues, tout à fait mobile et sans injection ni altération d'aucune espèce. Elle ne présentait pas la moindre bosselure, sa surface était lisse, sa consistance très ferme, si peu élastique, qu'on aurait dit une tumeur solide si le doigt n'avait distingué comme une résistance due à du liquide épanché dans une cavité à parois très distendues. Au-dessus de la tumeur on distinguait parfaitement le cordon spermatique, avec son volume, sa consistance, ses éléments normaux; au-dessus et en arrière, mais faisant corps avec elle, une tumeur un peu moins dure et tendue, fournissait à la pression une sensation analogue à celle qu'éprouvait le malade par la pression du testicule droit, tandis que partout ailleurs la pression ne déterminait dans la tumeur aucune sensation pénible. Il n'y avait en aucun point de la transparence, nulle douleur lancinante ; l'extrémité supérieure de la tumeur était séparée d'un pouce et demi environ de l'orifice inférieur du canal inguinal.

La toux et les efforts quelconques n'augmentaient ni le volume ni la tension de la tumeur.

Je diagnostiquai une hématocèle. Dans la prévision d'une opération, je priai M. Manec de voir le malade ; il l'examina et diagnostiqua un cancer du testicule. Avant de tenter l'opération, on fit des essais pour résoudre la tumeur. Des applications de sanguines furent faites avec soin, le sang coula en abondance ; elles n'amènerent aucun résultat. Des bains ne firent rien. Des onctions mercurielles continuées soir et matin pendant cinq jours, et capables d'amener la

salivation, ne firent aucunement diminuer la tumeur. Il en fut de même des purgatifs.

26 mai. M. Manec fit, avec un trois-quarts, une ponction exploratrice au centre de la tumeur. Il en sortit du sang liquide, et rien que du sang liquide d'un brun rougeâtre, inodore, et dont la quantité peut être évaluée à 60 ou 70 grammes.

Le volume de la tumeur diminué au moins de moitié, on ne pouvait pas douter de l'existence d'une hématocèle ; mais cette hématocèle était-elle idiopathique ou symptomatique, liée, par exemple, à une maladie du testicule, à un encéphaloïde ? Là était la question. Pour moi, la maladie était idiopathique ; pour M. Manec, elle était symptomatique. Dans l'un comme dans l'autre cas il fallait opérer, faire une incision aux enveloppes du testicule, quitte plus tard à aller plus loin ou à en rester là. L'opération fut fixée au lundi suivant, 31 mai 1841.

Le lundi 31 mai, on fit l'opération, tout comme si l'on avait voulu opérer l'hydrocèle par incision. Chose importante à dire, la tumeur avait repris son premier volume, et nous pensions rencontrer une même quantité de liquide. Il n'en fut pas ainsi ; il s'écoula peu de sang de la cavité. Les parois seules de la poche, épaisses de 1 centimètre au moins, et les caillots fibrineux qu'elle renfermait constituaient principalement la tumeur. M. Manec l'ouvrit largement, et en emporta avec les ciseaux tout ce qui ne tenait pas entièrement au testicule ; sur celui-ci restait un plateau fibrineux qui fut scarifié avec le bistouri pour le faire suppurer. Deux ligatures furent appliquées sur deux artéries ouvertes. La plaie fut remplie de charpie.

La fièvre traumatique se déclara au bout de trente-six heures ; il y eut le mercredi, dans la journée, du délire (diète ; repos au lit). La suppuration s'établit le samedi 5 juillet. A partir de cette époque, la plaie fut pansée à plat jusqu'à cicatrisation complète.

Lé 3 juillet, la guérison était radicale.

Le 4^e juillet 1844, j'ai vu le malade qui est parfaitement guéri.

L'excision partielle ou totale de la tunique vaginale est donc une opération qui doit être rejetée dans la plupart des cas. Nous avons signalé déjà les inconvénients inhérents à la nature même de l'opération, savoir : la durée ou la difficulté du manuel opératoire, étendue

très considérable de la plaie, suppuration abondante et dangers qui peuvent en résulter pour les malades. Nous avons déjà dit que dans un certain nombre de cas, on blesse le testicule ou ses annexes, et alors on est obligé d'en arriver à la castration, ainsi que cela est arrivé à M. Gosselin, dans l'observation suivante ; cependant, il savait combien il était difficile d'éviter le testicule et l'épididyme, et il prit toutes les précautions possibles pour que ces organes ne fussent pas lésés.

Connor (Jean-Baptiste), âgé de soixante-quatre ans, porteur d'eau, est entré à l'hôpital des Cliniques le 4 février 1851. C'est un homme grand, fort et bien constitué, mais atteint d'une emphysème pulmonaire et d'une surdité des plus prononcées ; il fait remonter à quinze années l'augmentation de volume que présente le scrotum à droite. Cette augmentation s'est faite insensiblement et sans douleur. Il y a quatre ans que le côté gauche a commencé à se prendre ; en 1848, aux affaires de juin, il dit avoir reçu des coups sur le scrotum ; depuis ce moment, la tumeur gauche a augmenté plus rapidement, il est survenu de la douleur pendant la marche et une gêne habituelle.

Du côté gauche, la tumeur est allongée, pyriforme ; son volume peut être comparé à celui du poing ; elle est molle, fluctuante, légère et transparente. Nous ne conservons aucun doute sur l'existence d'une hydrocéle ordinaire.

La tumeur du côté droit n'a guère que le volume d'un œuf de poule, mais elle est plus dure que la précédente ; la fluctuation y est moins nette, quoique on puisse cependant encore la sentir en embrassant la région avec l'une des mains. Il n'y a point de transparence.

En explorant cette tumeur, je lui trouve une consistance dure, et je suis frappé de la position partout superficielle du tissu résistant. Je remarque en outre que sous une forte pression cette couche résistante s'affaisse, en me donnant de temps à autre une sensation de parchemin semblable à celle que l'on trouve dans certains kystes osseux.

Je me décide à opérer d'abord l'hydrocéle gauche par l'injection iodée. Cette opération, faite le 7 février, n'a présenté de remarquable que l'aspect du liquide qui était d'un jaune foncé, et qui, après un

repos de quelques heures, a offert un nuage assez prononcé. Ce liquide, formé en grande partie de sérosité albumineuse, renfermait en outre un grand nombre de paillettes de cholestérol, des gouttelettes graisseuses et quelques globules sanguins. Le même jour, je fais une simple ponction exploratrice sur le côté droit. Le liquide qui s'écoule est plus singulier que le précédent : il est épais, d'un blanc sale, et contient une plus grande portion de matière grasse, et particulièrement de la cholestérol.

Après son évacuation, la poche ne revient pas sur elle-même, et je constate que ses parois offrent là et là une induration comme calcaire. Les choses se passent régulièrement ; la suppuration n'arrive ni à droite ni à gauche. Le 14 février, je fais venir le malade à l'amphithéâtre avec l'intention de le débarrasser de l'hydrocèle avec épaississement qui se trouvait à droite, et dont le liquide s'était entièrement reproduit. Je me propose de faire l'incision des enveloppes épaissees. Dans ce but, je fais une incision sur toute la longueur du scrotum en avant ; j'ouvre la tunique vaginale, je laisse couler le liquide, et je constate par l'intérieur de la poche des plaques calcaires et un épaississement des plus considérables. Je dissèque la peau à droite et à gauche, et j'incise une portion assez considérable des enveloppes, en y comprenant tous les tissus placés entre la surface interne et le dartos. Vainement je cherche le testicule ; je le suppose en arrière puisque je ne l'ai pas rencontré en avant ; mais il ne fait aucune saillie appréciable. Je sens seulement une portion molle très allongée et comme fluctuante, qui n'a ni la forme ni le volume du testicule. Je fais en ce point une ponction avec la pointe du bistouri, mais il ne s'écoule point de liquide.

Cependant il reste une portion encore assez considérable de l'épaississement que je ne puis exciser trop largement dans la crainte de rencontrer le testicule, qui échappe à toutes mes investigations ; à tout hasard, j'en enlève encore une petite portion au côté externe ; mais en examinant le fragment j'y vois une portion rosée qui laisse suinter un liquide grisâtre ; je reconnais un morceau assez considérable de l'épididyme ; cette lésion, la pensée que le testicule est sans doute atrophié au milieu de ses enveloppes, la crainte de voir une phlegmasie grave se développer dans la portion restante de la tunique ma-

lade, enfin, l'âge avancé du malade me décident à terminer par la castration.

A l'examen de la pièce, j'ai trouvé que le testicule était logé dans la partie postérieure de la poche et y formait comme un boyau allongé, de neuf centimètres de longueur sur deux et demi de largeur, il était aplati, et ne faisait aucune saillie dans la tunique vaginale ; c'était lui-même que j'avais ponctionné pendant l'opération.

J'ai fait sortir une goutte de liquide par le bout du canal déférent qui correspondait à la section du cordon, et j'y ai constaté (c'était une heure après l'opération) un grand nombre de spermatozoaires se mouvant encore avec rapidité ; j'ai envoyé l'injection par le canal déférent avec l'appareil à pression mercurielle ; mais le liquide s'est échappé après avoir rempli le quart postérieur de l'épididyme ; il y avait là une grande perte de substance, celle que j'avais faite en voulant terminer l'excision ; la tête de l'organe restait, mais entamée en divers points et offrant un aplatissement remarquable et une dissémination de ses cônes.

Sur les portions excisées nous avons pu détacher aisément, et séparer des couches sous-jacentes un feuillet interne dont l'épaisseur variait entre quatre et six millimètres.

Il présentait la consistance du fibro-cartilage, excepté par le milieu de la tumeur, où l'on trouvait dans son épaisseur et plus rapproché de la face interne que de l'externe, des plaques calcaires d'épaisseur et d'étendue très variables ; les unes, en effet, consistaient en dépôts qui avaient tout au plus le volume de la tête d'une épingle ; d'autres étaient plus étendues et avaient de un demi à un quart de centimètre : leur forme et leur épaisseur étaient fort irrégulières.

Ce feuillet était lisse, assez poli par sa face interne, à laquelle adhéraient en certains points des paillettes de cholestérol formant de petits amas. On pouvait séparer sa substance en lamelles d'épaisseur variable et qui se déchiraient en fragments irréguliers assez petits, et presque indifféremment en tous sens.

J'ai examiné ces lamelles au microscope avec soin, et, sur différents points de leur épaisseur, elles m'ont toujours présenté un aspect fibroïde d'autant plus prononcé qu'on s'approchait plus de leur surface adhérente. Vers cette surface même, on pouvait distinguer quel-

ques fibres de noyau éparses, peu nombreuses. Enfin, à leur surface interne, j'ai remarqué sur quelques unes des vaisseaux en tout semblables à ceux des fausses membranes, contenant un sang noirâtre ; sur la tunique vaginale viscérale, la fausse membrane avait une épaisseur moitié moindre que sur la pariétale ; elle y paraissait aussi plus adhérente.

Les suites de la castration ont été des plus simples, et la cicatrisation était terminée le 16 mars.

Décortication. — Nous n'avons pas besoin de revenir, dans ce paragraphe, sur les dangers qui accompagnent l'opération de l'hématocèle spontanée de la tunique vaginale par incision, ni sur les difficultés que l'on rencontre dans la méthode de l'excision et les accidents que cette opération entraîne avec elle ; ces deux opérations sont, avec raison, proscrites, et la castration est le procédé qui était le plus souvent conseillé pour guérir la maladie qui nous occupe. Les chirurgiens se sont vivement préoccupés de cette dernière opération qui guérissait des malades, mais en sacrifiant un organe parfaitement sain. M. Velpeau a cherché s'il ne serait pas possible de conserver le testicule, tout en faisant une opération qui ne compromît pas la vie des opérés ; c'est alors qu'il a imaginé le mode de traitement par le séton, méthode qui ne se borne pas, comme nous l'avons vu, au passage d'une mèche dans deux incisions faites au scrotum, mais dans laquelle il cherche avec le doigt à détacher les parties adhérentes à la tunique vaginale. Par son procédé que nous avons, du reste, décrit plus haut en détail, il obtenait des succès ; quelques uns de ces malades mirent assez de temps à guérir, mais il ne compte pas, que nous sachions, de revers.

M. Malgaigne, en septembre 1848, sur un malade affecté d'hématocèle, avec épaissement de la tunique vaginale, détachait une fausse membrane épaisse de 3 à 4 millimètres, qui doublait la tunique vaginale, et obtint très rapidement la guérison de son malade. Il désigne cette opération sous le nom de *procédé par décollement*.

Déjà Saviard avait pu enlever entièrement la fausse membrane qui tapisse la tunique vaginale. On trouve, en effet, dans ses observations le fait suivant : « Je connus par le moyen de mon doigt, introduit

dans l'ouverture, qu'il y avait un kyste fort dur qui contenait une autre collection de matière ; j'ouvris le kyste dans toute son étendue, qui était presque aussi dure que de la corne, aussi bien que la séparation des deux cavités du scrotum, et je détachai tout cela comme on sépare la membrane intérieure des gésiers de la volaille pour les nettoyer (1). »

Tous ces faits avaient passé à peu près inaperçus lorsque M. Gosselin, guidé seulement par ses recherches sur l'anatomie et la physiologie pathologique de cette affection, fixa les règles de l'opération que nous allons décrire.

Nous ne saurions mieux faire que de donner textuellement le procédé opératoire conseillé par M. Gosselin.

« Si la ponction exploratrice de la peau, dit M. Gosselin, n'a pas encore été faite, on la pratique à la partie inférieure de la tumeur. Dès qu'il s'est écoulé assez de liquide pour que l'épaississement puisse être bien apprécié, on enlève la canule. Il est bon de laisser dans la poche une certaine quantité de liquide, afin que le testicule soit plus sûrement préservé, et l'on procède immédiatement à l'opération curative. Si la ponction exploratrice avait été faite quelques jours auparavant, ce préliminaire serait inutile.

Premier temps. — Ouverture de la poche. — Avant de commencer, le chirurgien doit chercher à connaître la position du testicule ; il n'y a pas d'autre moyen que la douleur spéciale éveillée par les pressions. Si cette douleur se révèle bien franchement à la partie postérieure, c'est une preuve que le testicule s'y trouve placé comme dans l'hydrocèle ordinaire, et l'on peut opérer sans crainte. Si, au contraire, la douleur caractéristique se trouvait en avant, ou s'il devait rester des doutes, il faudrait apporter une plus grande prudence.

La tumeur étant soutenue et tendue autant que possible, on fait, à sa poche antérieure, et sur toute sa longueur, une incision verticale ; on divise ensuite les tissus couches par couches. Lorsqu'on a quelque raison de croire à la position du testicule en avant, on coupe les couches profondes à la partie inférieure de préférence, et on les ménage supérieurement. Lorsqu'il ne reste plus qu'une petite épaisseur

(1) Saviard, *Recueils d'observations chirurgicales*. Paris, 1785, p. 104.

de tissus, on plonge le bistouri au bas de l'incision, que l'on agrandit ensuite un peu de bas en haut. Le liquide s'écoule; on s'arrête quelques instants, puis on cherche de nouveau, avec le doigt, si le testicule n'est pas compris dans la partie antérieure des enveloppes. Dès que l'on a reconnu qu'il n'en est rien, on agrandit encore l'incision de bas en haut, avec un bistouri boutonné.

Deuxième temps. — Décollement de la fausse membrane. — On pourrait ici disséquer avec précaution, en faisant usage de la pince et du scalpel; mais il faudrait beaucoup de temps, et l'on s'exposerait, en tournant le tranchant en dehors, à blesser l'épididyme et le canal différent, dont la position reste toujours ignorée. On arrive plus sûrement et plus rapidement en se servant des doigts et d'un autre corps mousse, comme on fait pour détacher une écorce d'orange ou de citron. En effet, des tractions légères, combinées avec l'interposition d'un instrument quelconque entre la fausse membrane et la séreuse, suffisent pour déchirer les adhérences molles qui unissent ces dernières. On saisit donc, avec des pinces ordinaires ou à griffes, un des côtés de l'incision, le feuillet le plus interne et le plus dense, on l'attire eu dedans en même temps qu'avec les doigts de l'autre main on retient les autres enveloppes. Si l'on éprouve trop de résistance, on peut donner quelques coups de bistouri ou de ciseaux. Dès qu'un espace commence à s'établir entre les deux feuillets, on achève la séparation avec le doigt, le manche d'un scalpel ou d'une spatule, pendant qu'avec l'autre main on exerce toujours des tractions sur la fausse membrane. Lorsqu'on arrive à la partie postérieure, dans le voisinage du testicule, là où la pseudo-membrane est plus adhérente, on s'arrête, et l'on fait le décollement de la même manière du côté opposé.

Troisième temps. — Excision. — On se sert du bistouri, ou mieux des ciseaux pour couper la fausse membrane décollée, au niveau du point où elle reste adhérente, en ayant soin de ne pas comprendre les autres tissus dans la section.

On pourrait tout aussi bien exciser un des côtés, avant de procéder au décollement de l'autre, que suivre la marche dont je viens de tracer la règle.

Lorsque la tumeur est très volumineuse, il vaut mieux en enlever une portion. Le premier temps consiste alors à faire sur la partie an-

térieure de la poche deux incisions semi-elliptiques ; à pénétrer dans la cavité par une de ces incisions , et à couper toute l'épaisseur des enveloppes au niveau de l'autre. Le deuxième et le troisième temps s'exécutent ensuite comme dans le cas précédent. La plaie qui reste se trouve ainsi moins étendue, que si l'on avait laissé toute la poche. Il importe en faisant cette excision générale , de ne pas aller trop en arrière de peur de rencontrer l'épididyme et le canal déférent. Le fragment que l'on enlève ne doit pas avoir plus de 7 à 8 centimètres dans sa plus grande largeur.

Une certaine quantité de sang s'échappe à la suite du décollement, il devra s'arrêter seul le plus souvent, parce que les vaisseaux qui le fournissent sont capillaires. Si cependant l'hémorragie était abondante, il serait facile de faire des ligatures.

Le fond de la plaie produite par cette opération n'est plus un tissu anormal peu flexible, et d'une vitalité rebelle à la cicatrisation : c'est le tissu séro-fibreux naturel, un peu épaissi dans quelques cas, mais non transformé en matière dure et inflexible ; il est apte à prendre une inflammation de bon caractère, à se couvrir promptement de bourgeons charnus, et à se rétracter pour l'achèvement de la cicatrice.

Le pansement se fait comme à la suite de la castration, c'est-à-dire que l'on met dans la cavité un peu de charpie sèche par-dessus un linge cératé, de la charpie et des compresses, le tout maintenu avec un bandage triangulaire. On a d'ailleurs soin de tenir les bourses relévées, comme on le fait à la suite de toutes les opérations pratiquées sur le scrotum.

Les avantages principaux de cette opération sont : 1° de ne pas exposer à la lésion des organes sécrétors et excréteurs du sperme ; 2° d'éviter les accidents inflammatoires graves que l'on observe à la suite des incisions ; 3° de procurer une guérison aussi prompte qu'à la suite de la castration.

Il ne faudrait pas croire que l'exécution soit longue et difficile ; on ne peut se faire une idée de la rapidité avec laquelle le décollement s'opère, qu'après avoir disséqué plusieurs pièces de ce genre.

Je ne pourrais pas affirmer cependant qu'elle sera praticable dans tous les cas. Il peut se faire que la pseudo-membrane prenne quel-

quefois une adhérence si solide avec la séreuse, que la décortication soit absolument impossible. Je n'en ai pas vu d'exemple jusqu'à ce jour; mais de nouveaux faits seraient nécessaires pour éclaircir tous les doutes. »

Nous ne saurions rien ajouter à la description de M. Gosselin; il a parfaitement prévu les cas dans lesquels cette opération ne serait pas praticable. Quant aux résultats, ils ont été excellents jusqu'à présent. Elle a été pratiquée deux fois: la première, par M. Malgaigne; la seconde, par M. Gosselin: la guérison fut rapide. Nous rapportons ces deux observations à cause de l'intérêt que présente cette opération, qui paraît appelée à rendre des services réels.

Dupré Guillot, âgé de vingt-deux ans, serrurier, entra, le 18 septembre, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Malgaigne.

A l'âge de huit ou dix ans, il s'était aperçu que la bourse du côté droit était beaucoup plus volumineuse que la gauche; mais il est bien certain, ajoute-t-il, que cette augmentation de volume datait d'une époque beaucoup plus reculée. La tumeur resta de longues années stationnaire, et se mit à grossir vers l'âge de dix-huit ans; aujourd'hui elle présente les caractères suivants:

Le volume rappelle celui d'un œuf de dinde; la forme est ovoïde, régulière, sans bosselures. Elle est *lourde* comme un sarcocèle, d'une dureté remarquable, sans la moindre apparence de fluctuation ni de transparence; et les téguments qui la recouvrent semblent avoir contracté avec elle une certaine adhérence, et offrent d'ailleurs un notable épaissement. Elle ne remontait pas jusqu'à l'anneau inguinal, et le canal inguinal était libre; cependant, une pression un peu forte y faisait sentir le cordon plus dur et un peu plus gros que du côté sain. Du reste, fort peu de douleur, même à la pression, soit sur le cordon, soit sur la tumeur.

A part cette indolence, tous ces caractères semblaient se rapporter à un sarcocèle, et c'était ainsi que la tumeur avait déjà été jugée par un praticien habile. Cependant, en pressant un peu fortement sur les divers points de la tumeur, M. Malgaigne détermina une douleur plus vive et presque caractéristique en haut et en arrière; et, pour dissiper ses doutes, il fit une ponction exploratrice à l'aide du bissonni étroit. Cette ponction livra issue à quelques gouttes d'un liquide

d'un brun foncé comme une infusion de café. Le liquide éprouvant quelque difficulté à s'écouler, on donna un coup de trocart qui ne pénétra qu'à l'aide d'une certaine force à travers la peau épaissie et les parois de la tumeur; et l'on vit sortir, par la canule du trocart, un liquide brunâtre, dont la quantité put être évaluée à *une palette et demie*. Alors aussi la fluctuation, qui était masquée par la trop grande tension, se manifesta d'une manière évidente; et l'on sentait en même temps, à travers la peau, les parois de la tunique vaginale, dures, épaissies et se repliant sur elles-mêmes comme le ferait un cuir épais. Il y avait donc là une de ces hydrocèles à parois épaisses et semi-cartilagineuses, que l'injection serait insuffisante à guérir; et, sans désemparer, M. Malgaigne procéda à l'excision.

Une incision, longue de quatre à cinq centimètres environ, fut pratiquée sur le côté externe de la tumeur jusque dans l'intérieur de la poche et permit de constater directement l'épaisseur des téguments, leur adhérence à la tunique vaginale, et enfin la transformation cartilagineuse de cette tunique, qui offrait de trois à quatre millimètres d'épaisseur. Il était dès lors parfaitement impossible de l'énucléer, et la seule ressource semblait être la dissection, qui aurait été assez laborieuse, sans compter le danger de nombreux vaisseaux ouverts et donnant lieu à une hémorragie parfois difficile à réprimer; car déjà même l'incision de la peau avait divisé de petites artéries, qui laissaient couler le sang en nappe. L'épaisseur même et la dureté de la coque vaginale suggérèrent à l'opérateur un autre moyen; il la saisit avec de fortes pinces, et, avec l'aide d'une spatule, il essaya de la décoller des téguments. La spatule ayant opéré le décollement dans une certaine étendue, on la remplaça par le doigt, qui acheva le décollement dans toute la périphérie de la tunique avec une étonnante facilité. Il ne resta qu'à opérer l'excision avec des ciseaux; et l'opération fut ainsi terminée, avec une très petite incision relative à l'extérieur, sans dissection, et sans autre hémorragie que celle résultant de l'incision des téguments, qui fut facilement arrêtée par l'application d'un bandage herniaire sur le canal inguinal et le cordon. Le testicule était un peu aplati mais sain; on remplit la plaie de charpie, et l'on soutint le scrotum avec une écharpe se rattachant à une ceinture abdominale. Au bout de deux jours,

l'appareil fut renouvelé. Le lendemain, la suppuration commença à s'établir.

Le 2 octobre, la plaie était déjà en grande partie fermée. Cependant, le fond formait un cul-de-sac où séjournait le pus. Des mèches y furent introduites, et une compression établie sur ce foyer.

Le 18, il ne restait plus qu'une étroite fistule; le 25, elle était tout à fait fermée; seulement, l'engorgement des téguments conservait encore, à côté du scrotum, un volume anormal qu'on essaya de diminuer en comprimant avec des bandelettes de diachylon. Le 4 novembre le sujet a quitté l'hôpital.

Voici l'observation de M. Gosselin :

Pierre B..., âgé de cinquante-cinq ans, tailleur d'habits, est entré à l'hôpital des Cliniques, le 10 janvier 1851, pour deux affections graves et remarquables.

La première est un ulcère de mauvais caractère qui occupe la partie antérieure et gauche du thorax, et qui a été consécutif à une plaie contuse datant de juin 1848, dans une chute sur une barricade. Je ne m'occupera pas longtemps de cet ulcère, dont le diagnostic a été fort difficile, et pour lequel j'ai soupçonné d'abord une affection cancéreuse, mais qui était probablement un symptôme tertiaire de syphilis, et je m'arrêterai principalement sur l'autre affection qui occupait le côté gauche du scrotum. Le malade se rappelle vaguement avoir eu autrefois une orchite blennorrhagique, mais il assure n'avoir jamais eu de varicocèle. Il nous raconte qu'il y a onze ans, en janvier 1840, étant à Lyon, il fit un matin, dans son lit, au moment de se lever, et afin de se mieux réveiller, cet effort général qui semble avoir pour but d'allonger tous les membres. Immédiatement il éprouva une vive douleur, et comme une sensation de déchirure au côté gauche du scrotum; une ecchymose ne tarda pas à se montrer sur le scrotum et sur la verge. Quelques jours après un gonflement survint, qui alla ensuite peu à peu en augmentant. Il y eut peu de douleurs; le malade, qui est d'un caractère très énergique, ne s'arrêta pas un instant, et continua à marcher et à travailler beaucoup. Revenu à Paris quelque temps après, il avait l'intention de se reposer et de se soigner; mais empêché par diverses causes, et souffrant toujours modérément, il n'en

fit rien et fatigua toujours. Enfin, au bout de quatre ans, en 1844, la tumeur ayant pris des dimensions considérables, il se décida à consulter M. Pasquier, qui fit une ponction, et donna issue à plus d'un litre de sang presque noir.

Au bout de quelques jours la tumeur avait repris le même volume. Le malade continua à ne pas s'en inquiéter jusqu'en 1850, époque à laquelle il se fait faire une nouvelle ponction par M. A. Thierry ; cette fois le liquide n'était plus de sang presque pur, il ressemblait à du chocolat.

La tumeur augmentant toujours, le malade est de plus gêné pour la marche, et se voit, malgré son courage et son insouciance habituelle, obligé de réclamer sérieusement des soins ; il s'adresse à moi, au moment où j'étais chargé du service chirurgical de l'hôpital des Cliniques.

Au moment de son entrée, la tumeur était plus grosse que la tête d'un fœtus à terme, arrondie, tendue, fluctuante, et sans transparence.

Je laisse le malade quelques jours au repos afin de l'observer et de voir si l'ulcère du thorax serait une contre-indication à toute tentative du côté du scrotum. Le malade s'occupait fort peu de cet ulcère et demandait avant tout à être débarrassé de sa tumeur. Je lui fais une ponction avec le trois-quarts ordinaire, le 20 janvier, et je fais sortir environ un litre et demi de liquide ayant la couleur et la consistance du chocolat au lait, et qui, au bout de quelques minutes de repos, présente à sa surface une légère couche huileuse et des cristaux de cholestérol. Après la sortie du liquide, je constate que la poche ne revient pas complètement sur elle-même, et la pinçant sur divers points, entre deux doigts, je reconnaissais un épaissement considérable avec une grande résistance des enveloppes.

Le 22, le malade est pris d'un grand malaise; mouvement fébrile, chaleur à la peau, insomnie, inappétence, anxiété.

Le 23, mêmes symptômes généraux, auxquels s'ajoutent des sueurs abondantes la nuit. Point de douleur locale, le scrotum offre seulement une chaleur appréciable à la main.

Le 24, même état; le 25, la tumeur s'est remplie, et l'on sent, en la pressant avec les deux mains et en lui communiquant une lé-

gène secousse, un gargouillement qui dénote la présence du gaz au milieu du liquide.

Ces symptômes continuent jusqu'au 29; à partir de ce moment l'état général s'améliore, la fièvre tombe et reparait cependant de temps à autre, vers le soir; la physionomie reste profondément altérée, amaigrissement considérable.

Le 10 février, la tumeur ayant repris son ancien volume, je fais une nouvelle ponction et fais sortir un liquide purulent et sanguinolent.

Enfin, le 17 février, après avoir bien reconnu que l'ulcère du thorax a peu de tendance à augmenter, et que sa présence n'exerce aucune influence nuisible sur la santé de cet homme, je me décidai à l'opérer de la manière suivante:

Deux incisions semi-elleptiques sont pratiquées sur la partie antérieure du scrotum, comme dans le procédé de Douglass pour l'incision. Par l'une de ces incisions, j'arrive, couche par couche, dans la poche, et je laisse écouler le liquide chocolat clair qui y est encore contenu. Je m'assure que le testicule n'est pas situé en avant, et j'excise toute l'épaisseur des enveloppes entre les deux incisions. Je reconnais que la surface interne de la poche est grisâtre, inégale, très dense, et couverte de caillots qui se détachent aisément. Elle nerevient pas sur elle-même; en sorte que si on laissait les choses en cet état, on aurait une plaie dont le fond se couvrirait difficilement de bourgeons charnus, et qui ne reviendrait que très lentement sur elle-même. Me rappelant alors les dispositions que j'avais constatées sur les deux malades précédents, je saisiss avec une pince, sur la lèvre gauche de la plaie le feuillet interne, facile à reconnaître par sa couleur et sa densité; je l'attire légèrement, puis je le décolle avec mon doigt indicateur, et de temps à autre avec l'extrémité mousse des ciseaux. Le décollement s'opère avec une remarquable facilité; je m'arrête à la partie postérieure, là où l'adhérence devient si intime que je ne puis plus décoller, et où d'ailleurs le feuillet en question devient beaucoup plus mince, et j'excise toute la partie décollée. J'en fais ensuite autant du côté opposé; la surface, mise à nu par la décortication, saigne peu, et je ne suis obligé de faire aucune ligature. Le malade est ensuite pansé à l'ordinaire.

J'ai tout de suite examiné très attentivement le feuillet enlevé ; il a 4 à 5 millimètres d'épaisseur, est d'aspect fibro-cartilagineux, ne renferme pas de plaques calcaires et contient des vaisseaux assez abondants.

Je l'ai étudié au microscope ; je n'y ai trouvé ni cellules cartilagineuses, ni faisceaux de fibres, ni fibres de noyau. Il n'y avait que quelques fibrilles courtes, et qu'on ne trouve pas dans les tissus normaux. D'après l'analogie qui existait entre cette membrane et celle des sujets dont j'ai pu disséquer complètement les enveloppes, je suis convaincu qu'il s'agissait encore ici d'une fausse membrane.

Je ne dirai rien des suites de l'opération ; elles ont été des plus simples, malgré l'affaiblissement qui avait suivi les symptômes généraux provoqués par la ponction. Tout s'est passé comme à la suite de la castration, si ce n'est qu'un petit sinus fistuleux a été entretenu pendant quelques jours par une portion de la fausse membrane qui était restée et qui s'est éliminée.

La cicatrisation a été complète, et le malade a quitté l'hôpital le 30 mars, trente-sept jours après l'opération.

Aujourd'hui, 15 août, B..., que je revois souvent, ne se ressent en aucune façon de cette maladie et s'applaudit chaque jour de l'opération à laquelle il a été soumis. L'ulcère du thorax n'est pas encore cictré ; je l'ai attaqué par les cautérisations au fer rouge et l'usage de l'iode de potassium à doses un peu élevées. J'espère obtenir prochainement une entière guérison.

Castration. — Si l'on jette un coup d'œil sur les résultats que donnent les différentes opérations pratiquées pour guérir l'hématocèle avec épaissement de la tunique vaginale, on ne sera pas étonné que la plupart des chirurgiens aient donné la préférence à la castration ; les avantages de cette opération sont incontestables : exécution rapide, guérison prompte généralement exempte d'accidents. Aussi, dans les six cas dont nous possédons les observations détaillées, et dans quelques autres dont nous avons seulement l'indication de la méthode opératoire et le résultat, a-t-on constaté la guérison. Mais à côté de ces avantages réels il se présente un inconvénient, c'est la perte du testicule ; les notions d'anatomie pathologique que nous possédons nous ont appris que cet organe était presque toujours sain,

on comprend donc aisément que certains praticiens aient cherché à conserver cet organe; mais si on examine comparativement les avantages et les inconvénients de ce procédé opératoire, on ne peut s'empêcher de conclure que la castration est la méthode qu'il faut choisir dans bien des cas.

Boyer la conseille dans le cas où, après avoir incisé la tunique vaginale, il trouve le feuillet viscéral épaisse.

A. Bérard, M. Denonvilliers d'après M. Gosselin, lui donnent la préférence; nous devons dire que nous partageons en tout point leur manière de voir. Cependant le procédé de M. Gosselin, la *décortication*, nous semble devoir dans certaines circonstances obtenir la préférence. Ainsi donc, rejetant complètement l'incision, l'excision, réservant le séton pour les cas dans lesquels la tunique vaginale ne présente pas une épaisseur considérable, il nous reste à comparer la décortication et la castration.

Dans la première on se propose de décoller la pseudo-membrane jusqu'au voisinage de l'organe sécréteur du sperme; l'opération se pratique en dedans de la tunique vaginale, par conséquent l'épididyme, le canal déférent, ne sauraient être touchés si l'opération est faite avec tout le soin qu'elle exige. Si l'on se rappelle ce que nous avons dit de l'adhérence de la pseudo-membrane au feuillet viscéral de la séreuse, on verra que le décollement n'est généralement plus possible sur le testicule, ainsi donc la pseudo-membrane ne peut être détachée qu'en partie; à la vérité, le feuillet viscéral de la tunique vaginale présente assez rarement une épaisseur notable, mais enfin ces cas se présentent dans la pratique. Nous avons cité une observation dans laquelle M. Manec crut convenable de faire des scarifications sur la fausse membrane qui recouvrail le testicule. Si donc cet état pathologique se rencontrait, la décortication serait-elle contre-indiquée, ou bien faudrait-il, après avoir fait la décortication, pratiquer des scarifications à l'exemple du chirurgien que nous venons de citer?

Les faits nous manquent pour trancher cette question, nous ne pourrions donc que nous lancer dans des hypothèses dont l'expérience viendrait peut-être bientôt démontrer la fausseté. Laissons donc de côté cette question que les faits seuls pourront éclaircir.

Mais il est une autre contre-indication au décollement des fausses membranes; c'est le cas où celles-ci présentent une grande adhérence à la tunique vaginale. M. Gosselin, ainsi que nous l'avons dit, a prévu cette objection; il laisse au temps et à l'expérience le soin de juger cette seconde question.

Dans l'état actuel de la science, voici le conseil que nous croyons devoir donner et le procédé opératoire qui nous semble devoir mériter la préférence, tant pour garantir la vie du malade que pour lui conserver le testicule.

Le sujet est-il jeune, comme dans le cas de M. Malgaigne, la décorticitation devra être préférée; en effet, l'hématocèle ne saurait être très ancienne, par conséquent il y a tout lieu de supposer que la fausse membrane n'est pas très adhérente à la tunique vaginale, et que la séreuse viscérale ne présente pas un trop grand épaississement. Le malade est-il avancé en âge, l'affection est-elle ancienne, il y a lieu de craindre que la décorticitation ne soit pas possible, tant à cause de l'adhérence de la fausse membrane qu'à cause de l'épaississement considérable; il y a lieu de croire que l'on sera obligé d'en venir à la castration.

Quoi qu'il en soit, l'opération sera exécutée d'après le procédé suivant :

Une ponction exploratrice indiquera la nature du liquide et l'épaisseur probable des fausses membranes, une incision ouvrira la poche. Si le décollement est possible, il sera prolongé aussi loin qu'on pourra le faire; mais si l'opérateur ne peut arriver jusqu'au testicule, ou plutôt ne peut faire qu'un décollement partiel, et se trouve dans l'obligation d'abandonner une portion de la fausse membrane, présentant une épaisseur notable, il continuera l'opération avec le bistouri, et l'on pratiquera la castration: c'est ce qui arrivera nécessairement quand, par suite de l'ancienneté de la maladie, le testicule aura été aminci, allongé, que ses annexes auront été profondément altérées.

Si nous conseillons la castration dans ces circonstances, à plus forte raison la regardons-nous comme indispensable dans les cas où la fausse membrane ne saurait être séparée de la tunique vaginale sans l'instrument tranchant: à chaque coup de bistouri, on se trouverait

exposé à couper la séreuse et à blesser les annexes du testicule; et, d'ailleurs, en faisant une opération sanglante on perdrait tous les bénéfices de la décortication, et l'on n'obtiendrait que ceux de l'excision, car on aurait à exécuter une opération fort longue, fort douloureuse, et dont les résultats ne différeraient point de ceux qu'on obtient par une dernière opération.

La conduite que nous venons de conseiller est défectueuse en ce sens que l'opération sera beaucoup plus longue que celle qui consisterait à disséquer les téguments sur le kyste encore intact; mais nous croyons qu'elle devra être néanmoins préférée, car elle fera connaître exactement l'état pathologique de la séreuse, et elle permettra de faire la décortication quand cette opération sera possible.

Lorsque la tumeur présente un certain volume, il faut souvent réséquer une portion du tégument, on en réséquera une partie elliptique de la peau et des tissus sous-jacents. On comprend l'utilité de ce temps de l'opération. Il vaut beaucoup mieux ne pas conserver plus de téguments qu'il n'est nécessaire, pour obtenir une cicatrisation facile; de cette manière, on diminue l'étendue de la plaie tout en se mettant dans les meilleures conditions possibles pour obtenir la cicatrisation, sans qu'il en résulte de difformité.

Aussitôt que le testicule aura été enlevé, on procédera à la ligature des vaisseaux du cordon, ou bien on pratiquera la ligature en masse; nous ne croyons pas devoir nous arrêter sur ces divers procédés.

Le pansement sera fait comme nous l'avons indiqué plus haut, dans l'opération de la décortication.

La guérison ne se fait généralement pas attendre; de trois semaines à un mois, la cicatrisation est complète.

L'observation suivante, empruntée à la thèse de M. Ernest Cloquet, nous fait assister à toutes les phases de la maladie, on y trouve encore une description exacte de l'état pathologique de la tumeur qui a été extirpée.

Au n° 19 de la salle Saint-Gabriel, est couché le nommé Javelle, âgé de dix-huit ans, cordonnier.

Ce malade porte dans le scrotum, à droite, une tumeur piriforme à base inférieure régulière, ne présentant pas d'inégalités à sa surface;

elle a, dans le sens vertical, 0°,21, dans le sens horizontal, 0°,13.

La coloration de la peau n'est pas changée ; la pesanteur est assez considérable. Elle est libre, et dans aucun point n'adhère aux téguments.

Sa consistance est sensiblement la même dans tous les points de son étendue ; elle est dure, et ne présente dans aucun point de fluctuation, même douteuse. Elle n'est pas douloureuse ; la pression n'y détermine que des douleurs fort obscures, et seulement lorsqu'elle porte sur la partie supérieure de la tumeur. La tumeur est, du reste, parfaitement opaque.

Le malade rapporte l'origine de sa maladie à la date d'une année environ. Il s'aperçut que son testicule augmentait peu à peu de volume sans qu'il éprouvât de douleur ou de gêne ; cet accroissement fut plus rapide dans les quatre derniers mois qui précédèrent son entrée à l'hôpital. Interrogé avec le plus grand soin, il ne se rappelle pas avoir reçu de coups sur les bourses ; il n'a jamais eu d'infiltration sanguine du scrotum ; les parties n'ont pas été davantage soumises à des froissements habituels. La constitution générale du malade est bonne ; les organes paraissent dans l'état sain ; il n'a pas de traces ou de symptômes d'affection scrofuleuse, pas de ganglions engorgés ; il n'a jamais eu de blennorrhagie ni de symptômes primitifs d'affection syphilitique ; il n'a eu d'autre affection qu'une variole intense à l'âge de huit ans.

En présence de cette maladie à marche anormale, et en procédant par voie d'exclusion, M. A. Bérard conclut à la probabilité d'une encéphaloïde du testicule. Toutefois, avant de porter un diagnostic définitif, il se décide à tenter l'emploi d'applications résolutives dont l'action devait être aidée par un traitement interne.

En conséquence, des frottements furent faits matin et soir sur le scrotum avec l'onguent napolitain, puis avec la pommade d'iodure ioduré de potassium. L'iodure de potassium fut administré à l'intérieur, d'abord à la dose de 0,50, et plus tard à la dose d'un gramme et de 1,50.

Aubout d'un mois de traitement, la tumeur n'ayant pas diminué de volume, une ponction exploratrice fut pratiquée le 25 mars avec la lancette. Il n'y eut pas issue de liquide ; les faits démontrent plus

tard quelles circonstances exceptionnelles rendirent inutile cette sage précaution, et comment elle eût échoué entre les mains de tout chirurgien qui n'aurait pas été prévenu. Il y avait donc toute raison de croire que l'on avait affaire à une tumeur solide : toutes les personnes qui suivaient la clinique de M. A. Bérard partagèrent cette manière de voir.

Or, cette tumeur ne diminuait pas sous l'influence d'un traitement rationnel ; son accroissement avait été rapide dans les derniers temps ; les exemples nombreux que l'on rencontre de tumeurs encéphaloïdes affectant cette marche et présentant cet aspect, c'étaient là autant de raisons puissantes qui devaient conduire à pratiquer la castration : c'est à quoi se décida le chirurgien.

L'opération fut faite le 7 avril d'après le procédé ordinairement suivi pour l'extirpation du testicule, le cordon fut lié en masse. Le 22 avril, la cicatrisation était complète, le malade n'avait pas éprouvé d'accident, soit pendant, soit après l'opération.

Il sortit de l'hôpital le 28 avril, parfaitement rétabli.

Autopsie de la tumeur. — Une incision ayant été pratiquée à la partie antérieure de la tumeur, donna lieu à l'écoulement d'un tiers de verre environ d'un liquide épais, bleuâtre et sans odeur. Il était contenu dans une cavité à parois épaisses par une couche de grumeaux rougeâtres ou brunâtres, et adhérents. En arrière de cette cavité était le testicule sain et non atrophié. Le canal déférent était perméable, les veines du cordon étaient disséminées sur les parties de la tumeur.

Cette affection n'était donc autre qu'une hématocèle. Avait-elle son siège dans la tunique vaginale ? Pour m'en assurer je me suis livré à un examen minutieux de la cavité qui contenait le liquide, et je me suis convaincu que ce liquide était bien renfermé dans la cavité séreuse. Les deux feuillets de la membrane étaient légèrement opaques, ils étaient tous les deux recouverts de couches fibrineuses, organisées, de consistance cartilagineuse. L'épaisseur et la consistance de ce feuillet expliquaient parfaitement l'insuccès de la ponction exploratrice, la pointe de la lancette ayant dû être nécessairement arrêtée par la résistance des couches de nouvelle formation.

En résumé : dans l'hématocèle traumatique, on essaiera d'abord

d'obtenir la résolution par la position, les émollients, et le traitement antiphlogistique.

Si la résolution ne peut être obtenue, et si l'hématocèle ne présentait aucun symptôme d'inflammation, si par la palpation on ne trouve pas de caillots sanguins dans la tumeur, on ferait la ponction, puis une injection iodée.

Si l'on soupçonnait des caillots dans la poche hématique, ou si des symptômes généraux font craindre le développement d'accidents inflammatoires, on fera une incision proportionnée à l'étendue du foyer sanguin.

Dans l'hématocèle spontanée, au contraire, c'est-à-dire dans celle qui se trouve compliquée de développement de pseudo-membranes, on agira de la manière suivante : si la poche n'est point dure, élastique, si l'on suppose enfin qu'il n'y a qu'un épaississement au premier degré, on pourra tenter la ponction et l'injection iodée.

La fausse membrane est-elle plus épaisse, on pourra tenter l'opération par le séton. Cependant nous ferons remarquer que l'on peut, dans cette circonstance, faire la décortication.

Enfin, les fausses membranes sont-elles très épaissies, on tentera d'abord la décortication ; si elle n'est point praticable, on fera la castration.

CHAPITRE III.

DE L'HÉMATOCÈLE FUNICULAIRE.

Nous avons dit, au commencement de ce travail, lorsque nous avons traité la question historique, que J.-L. Petit avait connu presque toutes les formes de l'hématocèle. L'hématocèle funiculaire a été, en effet, observée par ce célèbre chirurgien. Dans un chapitre où il traite de l'amputation du testicule, il dit que dans un cas une tumeur sanguine s'était formée au-dessus de la ligature du cordon, « laquelle à la vérité était trop serrée et avait coupé les vaisseaux ; mais l'hémorragie, pour laquelle on m'appelait, n'était pas causée par cette coupure, c'était une artère du dartos qui fournissait le sang. Si la séparation du scrotum dans la

tumeur avait été faite avec le doigt, cette artère eût été déchirée et n'eût point fourni de sang, mais on s'était servi du bistouri. Je fis la ligature de cette artère, et le sang ne sortit plus, mais il y avait une tumeur grosse comme une noix, placée au-dessus de la ligature, logée en partie sous l'anneau. Cette tumeur était brune. Je l'ouvris en long, il en sortit un peu de sang caillé; le surplus était infiltré et coagulé dans les cellules du tissu membraneux. Je ne tirai de caillots que ce qui put sortir facilement: il ne sortit point de sang fluide, parce que, comme je le pense, l'artère était bouchée par le caillot qui s'était formé dans sa cavité, ou par ceux qui étaient dans ses environs. Par la suite, il n'y eut plus d'hémorragie, et la ligature tomba le huitième jour. »

Nous ferons remarquer que ce chirurgien ne prononce pas le mot *hématocèle*; bien plus, qu'il ne regarde pas l'accident qui est arrivé à son malade comme une affection distincte, mais bien comme une conséquence de l'opération.

Pott décrit parfaitement l'hématocèle funiculaire: « Cette affection, dit-il, vient de la rupture d'une branche de la *veine spermatique* entre l'aine et le scrotum, dans la partie que l'on connaît généralement sous le nom de cordon spermatique. Cette espèce, qui est ordinairement produite par des efforts subits, etc., peut attaquer des personnes qui sont dans la meilleure santé, et dont les parties génitales sont exemptes de toutes maladies. L'épanchement ou l'extravasation se fait dans la membrane cellulaire qui revêt et enveloppe les vaisseaux spermatiques, et il a un peu l'apparence d'une hernie. »

Scarpa (1) décrit et donne la figure d'une pièce d'anatomie pathologique d'une hématocèle enkystée du cordon spermatique, qu'il décrit sous le nom d'*hydrocèle enkystée du cordon*.

Curling (2) consacre quelques pages à la description de l'hématocèle du cordon spermatique, il ajoute peu de chose aux idées de Pott; cependant il signale l'hématocèle enkystée du cordon, et donne la description de deux pièces anatomiques, l'une appartenant au musée de l'hôpital Saint-Barthélémy, l'autre au musée de Hunter.

(1) Scarpa, *Memoria sull' idrocele del cordone spermatico*. Pavie, 1823, p. 28.

(2) E.-B. Curling, *On the diseases of the testis*. London, 1843.

M. Malgaigne, dans sa thèse de concours (1), consacre un chapitre fort important à l'hématocèle funiculaire, distingue parfaitement l'hématocèle par infiltration de l'hématocèle par épanchement, discute avec soin le diagnostic de cette affection.

Enfin, M. Béraud (2) expose un tableau exact de l'hématocèle du cordon spermatique et du testicule.

Tels sont, avec quelques observations que nous avons trouvées dans les recueils périodiques, les seuls travaux que nous connaissons publiés sur ce sujet.

Etiologie.—Les causes de l'hématocèle du cordon spermatique sont les contusions à la région des bourses. Chez un malade observé ces jours derniers à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Jobert, la tuméfaction sanguine avait été produite par le choc d'un lourd marteau de forgeron. L'instrument vulnérant était dirigé de bas en haut, avait frappé la partie supérieure du périnée, de sorte que le cordon spermatique avait été comprimé entre le marteau et le corps du pubis. Dans un autre cas (3), la maladie fut causée par un coup porté sur le pubis dans une chute de cheval. Une contusion à la région inguinale fut également cause d'une hématocèle du cordon dans un cas observé par Bowman (4).

On a vu survenir l'hématocèle du cordon spermatique à la suite d'efforts subits soit pour soulever un fardeau, soit, comme le rapporte Pott, dans un effort violent pour rendre des excréments.

D'après M. Béraud, M. Velpeau donne l'explication suivante de l'hématocèle suite d'effort : « Les fibres du muscle grand oblique de l'abdomen forment une espèce d'anse sous le canal déférent et les vaisseaux qui l'accompagnent; lorsque le muscle se contracte, le cordon se trouve pincé et pris comme dans une espèce de boutonnière. La compression que le cordon supporte amène de la gêne de la

(1) Malgaigne, *Des tumeurs du cordon spermatique*, 1848, p. 24.

(2) Béraud, *Considérations sur l'hématocèle ou épanchement sanguin du scrotum*. (*Archives générales de médecine*, 1851, t. XXV.)

(3) *Memoir of the medic. of London*, t. V, p. 37.

(4) Bowmann, *Medico-chirurgical transactions*, 1850, t. XXXIII, p. 233.

circulation; d'où la possibilité d'un épanchement de sang dans les éléments du cordon. »

Si, comme le fait remarquer Pott, cette maladie peut survenir chez les sujets les plus sains, il est des cas où quelque affection en favorise le développement. M. Malgaigne possède l'observation d'un soldat âgé de vingt-cinq ans, porteur, comme l'autopsie le montra, de masses encéphaloïdes ramollies dans le ventre, et qui, en portant un fardeau, ressentit une vive douleur dans le flanc droit; dix jours après le cordon et le testicule se tuméfièrent, et la tuméfaction du cordon provenait du sang épanché. Enfin, l'hématocèle du cordon survient quelquefois à la suite de la castration. J.-L. Petit nous a déjà montré un fait de ce genre. Nous en trouvons un autre dans le mémoire de M. Béraud, et qui a été observé par M. Giraldès: dans ce cas l'infiltration sanguine du cordon se manifesta à la suite de la castration opérée par une main coupable.

Anatomie pathologique. — La tumeur sanguine du cordon spermatique peut se présenter à deux états. Le sang peut être infiltré; il peut être réuni au foyer. Dans ce dernier cas, si l'épanchement est ancien, il se forme un kyste autour de la masse hématique. On trouve donc deux formes d'hématocèle funiculaire: l'une, hématocèle par infiltration; l'autre, hématocèle par épanchement. Dans ce dernier cas, lorsque la maladie est ancienne, on observe une hématocèle enkystée.

Hématocèle par infiltration. — Nous n'avons pas trouvé de cas d'autopsie à la suite de l'hématocèle par infiltration. Nous ne pouvons donc affirmer d'une manière exacte quelle est la position relative des différents éléments qui constituent le cordon spermatique. Mais nous pouvons supposer *a priori* que tous les éléments du cordon réunis par un tissu cellulaire lâche seront dissociés et plus ou moins éloignés les uns des autres. Quant au sang, il doit subir toutes les transformations que nous avons indiquées dans l'hématocèle par épanchement extra-vaginale. Dans un cas observé par M. Harris (1), il sortit par la ponction faite par un trocart environ plein une cuillier à café de sérum sanguinolent, des grumeaux et un coagulum fétide.

(1) *Memoirs of the medical Society of London*, 1799, t. V, p. 37.

Hématocèle par épanchement. — Nous ne nous arrêterons pas à décrire les parois du foyer sanguin, ni le liquide contenu dans leur cavité. Nous ne pourrions, comme dans le cas précédent, que nous livrer à des hypothèses. Mais nous possédons quelques observations de kystes hématiques du cordon spermatique.

Dans un cas décrit et figuré par Scarpa, le kyste, recouvert par la gaine musculo-aponévrotique du crémaster, et la celluleuse du cordon spermatique (tunique fibreuse), devenue avec le temps dure et compacte, étaient gros et durs ; il en sortit une humeur de couleur de rouille de fer et de la consistance du miel, circonstance qui a étonné beaucoup Scarpa ; car il dit, quelques lignes plus loin, que l'humeur contenue dans l'hydrocèle enkystée du cordon spermatique est sèreuse et limpide ou albumineuse.

On conserve au Muséum pathologique de l'hôpital Saint-Barthélemy une préparation d'hématocèle enkystée du cordon. Le kyste est vide ; mais on le décrit comme ayant contenu du sang ; sa paroi est profondément imprégnée d'une couleur de sang en partie décomposé. Sa membrane interne est ridée et couverte de volumineuses granulations. Les tissus environnants sont épais, coriaces et adhérents les uns aux autres. Une préparation de la collection de Hunter offre un kyste bien formé, doublé par une membrane polie un peu ridée. Ce kyste est rempli d'une matière molle, de couleur de tan, d'apparence granuleuse, ressemblant au coagulum sanguin altéré que l'on observe dans l'hématocèle vaginale après une longue macération dans l'alcool. Les tissus qui entourent le kyste sont épais et indurés, tout à fait comme ceux qui avoisinent une ancienne hématocèle. Un sac herniaire est placé immédiatement au-dessus de ce kyste ; au-dessous il y a une hydrocèle. Le sac est ouvert un peu au-dessus du cordon jusqu'au kyste de l'hématocèle, qui ne communique ni avec la tunique vaginale ni avec le sac herniaire.

L'hématocèle du cordon spermatique peut se rencontrer encore avec une hématocèle de la tunique vaginale. Nous avons rencontré deux cas extrêmement curieux, observés l'un par M. Velpeau, l'autre par M. Malgaigne ; nous croyons devoir les rapporter.

Un homme de quarante ans, bien constitué, s'est présenté dans le service de M. Velpeau, à la Charité, portant au scrotum gauche une

tumeur piriforme volumineuse, et dont le sommet se perdait vers le canal inguinal. Cette tumeur était indolente, sans changement de couleur à la peau; elle était beaucoup plus lourde que n'est ordinairement une hydrocèle du même volume; sa surface était assez égale; la fluctuation n'y était pas évidente, elle n'était pas du moins franche; on éprouvait plutôt la sensation d'un corps mou que celle d'un liquide. Cet homme avait depuis longtemps, au-dessus du testicule, un petit noyau du volume d'une noisette et tout à fait indolent. Ce petit noyau a pris de l'accroissement depuis un an. M. Velpeau, sans se prononcer formellement sur la nature de cette tumeur, penchait plutôt cependant pour une hématocèle que pour une hydrocèle, ou une tumeur encéphaloïde; une ponction exploratrice confirma ce diagnostic. Il sortit par la canule une petite quantité de sang, et des caillots fibrineux. Il fallut faire une incision, afin de pouvoir détacher avec le doigt des morceaux de fibrine, qui adhéraient fortement aux parois du sac. A l'aide de ces manœuvres, le scrotum fut presque entièrement vidé, à l'exception toutefois du sommet de la tumeur, séparé de la partie inférieure par une sorte de collet ou d'étranglement. Cette portion supérieure était molle, fluctuante; une ponction en fit sortir d'abord une sérosité rougeâtre, puis du véritable sang un peu sérieux; la tumeur se trouva ainsi complètement vidée. Il y avait donc, dans ce cas, tout à la fois une hématocèle de la tunique vaginale, et une hématocèle du cordon du même côté, entièrement distincte et séparée de la précédente, fait très rare, et dont il est assez difficile de s'expliquer l'existence coïncidente.

Le malade de M. Malgaigne, au moment de son entrée à l'hôpital, présentait dans le scrotum une tumeur grosse au moins comme les deux poings, molle, bleuâtre, surtout en dessous, sillonnée de veines fortement dilatées, indolente à la pression, si ce n'est en bas et un peu en arrière, et en dedans où la pression déterminait une douleur semblable à celle qu'occasionne la pression du testicule sain.

Le malade fut tenu au lit, les bourses soutenues convenablement et sans cesse recouvertes de cataplasmes émollients. Les douleurs s'apaisèrent rapidement, la tumeur diminua aussi en prenant plus de consistance. Le 16, elle n'avait plus que le volume du poing. Manifestement il y avait un liquide renfermé dans la tunique vaginale;

M. Malgaigne donna un coup de trocart et fit sortir un liquide noirâtre, sanguinolent. La tunique vaginale ainsi vidée, on put s'apercevoir qu'il existait au-dessus une autre tumeur qui gardait toute sa tension; le malade fut maintenu au lit, les cataplasmes continués, et au bout de deux jours, la tumeur inférieure s'était reproduite.

Qu'était-ce cependant que la tumeur supérieure? Existait-elle d'ancienne date, ou était-ce un kyste du cordon, par exemple, ou bien était-ce une accumulation de sang récente et produite par la rupture des vaisseaux?

Symptomatologie. — Quelle que soit la cause qui ait déterminé l'hématocèle, le malade éprouve dans la région inguinale une douleur vive, une sensation de déchirement, et immédiatement apparaît une tumeur. Celle-ci est quelquefois d'un faible volume et augmente graduellement; c'est ce qu'a observé M. Cabaret, de Saint-Malo; d'autres fois la tumeur acquiert d'emblée le développement qu'elle doit conserver, c'est ce qui résulte des observations de Pott, d'Harris, etc.

La tumeur est allongée, de volume variable, le cordon tout entier est tuméfié, M. Malgaigne compare son aspect à celui d'un gros boudin, comparaison fort juste, et que avons parfaitement vérifiée.

Les limites de la tumeur sont tranchées en bas; elle descend jusqu'à l'épididyme; en haut, elle remonte plus ou moins jusqu'à l'anneau abdominal, et peut être sentie quelquefois jusque dans la fosse iliaque correspondante. Cette tumeur est dure; elle est recouverte par les téguments qui parfois ont conservé leur coloration normale; d'autres fois ceux-ci sont ecchymosés, et l'infiltration sanguine peut se propager à la verge, à tout le scrotum, à la peau des cuisses, ainsi qu'on le constate dans l'observation suivante, recueillie dans le service de M. Jobert, et que nous devons à l'obligeance de M. Gallard, interne du service.

Vernet (Joseph) entre le 15 avril 1853, âgé de soixante et onze ans, imprimeur, n'exerçant plus sa profession depuis sept ans à cause de son âge et de la faiblesse de sa vue.

Cinq jours avant son entrée à l'hôpital, étant dans l'atelier d'un forgeron, il fut atteint, dans la région du périnée, par un de ces lourds marteaux dont on se sert pour frapper sur l'enclume. Le coup lui fut

porté de bas en haut pendant que l'ouvrier élevait son outil. Au même moment il ressentit une douleur très vive, et une demi-heure après, la tumeur dont nous allons parler existait ainsi que l'ecchymose. Pendant les cinq jours qui se sont écoulés entre l'accident et l'entrée à l'hôpital, cet homme n'a fait aucune espèce de traitement. Il éprouvait une grande gêne avec pesanteur douloureuse dans toute la région périnéale, ainsi que vers la partie inférieure de l'abdomen ; il ne pouvait marcher sans éprouver de douleurs. En même temps, le ventre continuait à être souple et non douloureux vers ses parties moyenne et supérieure, ainsi que dans la région iliaque droite. — Il n'y a donc que peu ou point de réaction fébrile, — pas de vomissements, — les garderoberes étaient naturelles, — l'émission des urines se faisait facilement.

Au moment de l'entrée du malade, nous avons constaté d'abord qu'il porte aux deux membres inférieurs quelques varices datant de longues années, et qu'à la région inguinale droite (vers laquelle il ne s'est produit aucun phénomène depuis l'accident), il existe un affaiblissement notable de la paroi abdominale. — L'orifice extérieur du canal inguinal est très large, et admet facilement l'extrémité du doigt. — Dans toute l'étendue occupée par ce canal, il existe non pas une tumeur, mais une saillie plus prononcée quand le malade fait un effort ; et le doigt, introduit dans l'ouverture, sent très manifestement le choc des intestins quand le sujet tousse. — Pourtant il n'y a pas hernie complète, il n'y en a jamais eu, au dire du malade, qui n'a jamais porté de bandages, et qui affirme n'avoir vu, dans aucun temps, une tumeur réductible se former en ce point. — Il y a tout simplement soit amincissement de la paroi abdominale, et tendance de l'intestin à sortir par un point, soit même un premier degré de hernie, par suite de la pénétration, dans la partie supérieure du canal inguinal, de ce même intestin qui n'a pas encore dépassé l'orifice extérieur. — La même disposition que nous venons de noter à droite existait à gauche. — Aujourd'hui, et depuis le moment de l'accident, il existe une tumeur cylindrique dans toute la longueur du canal inguinal, dure, volumineuse, s'étendant et se répondant dans le scrotum, d'une part, — s'étendant également dans la fosse iliaque, jusque vers le milieu de laquelle elle peut être suivie ; elle y conserve sa du-

reté, et il est facile d'atteindre jusqu'à sa limite, parce que la paroi abdominale est souple et facilement dépressible sans douleur. — Toute cette tumeur, depuis le fond du scrotum jusque dans la fosse iliaque est dure, et peu douloureuse à la palpation, excepté dans un point situé presque immédiatement au-dessous de l'anneau inguinal ; là, on sent un peu de chaleur sans rougeur manifeste de la peau ; la pression est douloureuse, et il y a de la fluctuation, non pas très tranchée, mais incontestable, dans l'étendue d'environ 4 centimètres. — Le testicule se retrouve parfaitement intact au fond du scrotum, de ce côté, mais il est impossible de retrouver le canal déférent tellement la tumeur est dure et tendue dans toute la longueur du cordon. — En même temps tout le scrotum offre une coloration noirâtre foncée, et également répandue jusqu'au périnée. Une large ecchymose s'étend jusqu'au tiers inférieur de la cuisse gauche, et une plus limitée occupe la partie supérieure du côté interne de la cuisse droite, vers le pli génito-crural.

Le traitement, des plus simples, consiste en cataplasmes émollients les premiers jours.

Application de compresses d'eau et d'eau-de-vie camphrée ensuite.

La fluctuation a disparu ; — aujourd'hui, 7 mai, la tumeur a diminué d'étendue inférieurement.

Si l'on palpe la tumeur, on sent au début une fluctuation obscure mais qui ne tarde pas à disparaître à cause de l'absorption des parties les plus fluides du sang ; la pression détermine peu ou point de douleur, elle n'augmente pas quand le malade fait un effort ou quand il tousse ; elle donne un son mat à la percussion ; enfin, elle est complètement irréductible.

Si le sang s'amasse dans une poche qu'il se creuse au milieu des éléments du cordon, la tumeur est plus circonscrite, elle remonte beaucoup moins haut ; la fluctuation est moins obscure.

Si l'on cherche à déterminer la position du testicule et de ses annexes, on trouve le testicule et l'épididyme parfaitement libre ; quant au canal déférent, il est impossible de le trouver au milieu de la masse sanguine.

La marche et la terminaison de cette maladie doivent être celles de

tous les épanchements sanguins en général, et en particulier de ceux que nous avons indiqués dans les feuillets extérieurs à la tunique vaginale, savoir : 1^o absorption complète de tout le sang épanché ; 2^o résorption graduelle des parties les plus fluides du sang ; formation des caillots plus ou moins consistants, plus ou moins durs ; 3^o formation d'un kyste ; nous en avons cité trois exemples dans l'*Anatomie pathologique* ; 4^o inflammation de la tumeur ; formation d'abcès.

Ces terminaisons ne sont pas toutes également fréquentes : ainsi parmi les faits que nous avons recueillis, nous n'avons pas rencontré un seul cas de terminaison par suppuration ; nous devons dire toutefois que la violence de la contusion, la quantité de sang épanché, l'état général du malade sont autant de considérations dont il faudra tenir compte.

La tumeur peut quelquefois prendre des dimensions extrêmement considérables ; les parois du foyer sanguin deviennent épaisses, et si l'on pratique la ponction, ceux-ci ne revenant plus sur eux-mêmes, l'air s'introduit dans la poche sanguine, on observe une suppuration fétide et le malade succombe à tous les symptômes de l'infection putride. Boymann (1) rapporte un cas de ce genre extrêmement curieux. La longueur de cette observation ne nous permet pas d'en rapporter tous les détails ; nous allons seulement en extraire les points les plus saillants.

Un homme de soixante ans vit survenir tout à coup une tumeur volumineuse à la région inguinale. Il avait reçu *probablement*, dit Bowmann, un coup dans l'aine. Au début, cette tumeur ressemblait à une hernie ; les téguments étaient ecchymosés. Après un traitement simple, l'ecchymose disparut, et il resta à la région inguinale une tumeur ferme, solide, élastique au toucher et du volume d'un œuf de poule. Trois ans après, sans cause déterminée, la tumeur devint plus volumineuse, plus fatigante par son poids. On reconnut que cet accroissement de volume était dû à un vaste épanchement sanguin. Il ne fut plus possible de sentir le testicule et de constater l'état de la tunique vaginale, qui auparavant était saine. L'ecchymose finit par disparaître ; mais la tumeur au lieu de diminuer continua à faire du

(1) Loc. cit. *Journal für praktische Medizin*, 1852, tome 1, page 117.

progrès ; le scrotum se couvrit de veines flexueuses ; il y avait de la fluctuation. Le 3 décembre, on fit la ponction avec un trocart, et il sortit un mélange de sang artériel et veineux ; la plaie se cicatrisa sans aucun accident. Deux ans après, la tumeur avait atteint un volume énorme : elle était aussi large que l'abdomen, fluctuante. On pratiqua une seconde ponction ; celle-ci donna encore du sang ; mais l'air s'introduisit dans le foyer, ce que l'on constata par la percussion, la partie supérieure de la tumeur donnant un son très clair ; de plus, quand on l'agitait, on entendait parfaitement le bruit que produit un liquide agité dans un vase contenant de l'air, phénomène qui n'avait pas encore été observé.

Le 7 décembre, Bowmann vit le malade ; il était couché dans son lit, ne pouvant supporter le poids de cette énorme tumeur : la tumeur reposait sur sa cuisse droite, atrophiée par son contact ; la tumeur était appendue à la région inguinale et descendait jusqu'au niveau de la rotule, et la peau qui la recouvrait était sillonnée de veines volumineuses. Dure, solide dans certains points, dans d'autres elle présentait une fluctuation douteuse. Le testicule droit et l'épididyme étaient situés à la partie la plus enfoncée de la tumeur, très distants de l'anneau abdominal et reposant sur le genou ; il était parfaitement mobile. Une ponction pratiquée donna issue à beaucoup de gaz fétide et à du sang brun sombre ayant la consistance de la thériaque. L'ouverture fut élargie avec un bistouri dans une étendue de 3 pouces, et il en sortit une masse telle de sang mêlé à des caillots, que l'on put en remplir deux grandes cuvettes. On put alors parfaitement constater que cette tumeur immense était située sur le trajet du cordon spermatique. Il n'y avait pas à songer à l'extirpation de la tumeur à cause de l'état général du malade ; on fit une contre-ouverture à la partie la plus déclive de la poche. Le testicule fut laissé à la partie inférieure de la tumeur, couché dans ses enveloppes non altérées. Le malade succomba peu de temps après cette incision.

Diagnostic. — L'hématocèle du cordon spermatique pourrait être confondue avec une hernie. L'apparition subite de la tumeur avec une sensation de déchirement, et surtout après un effort, fait parfaitement comprendre que ce genre d'erreur puisse être commis. Ainsi,

dans un cas rapporté par Pott, un chirurgien voulut, malgré l'avis contraire, faire pour une hématocèle une opération de hernie étranglée qui n'existant réellement pas. Dans une autre, un médicastre fit des tentatives naturellement infructueuses de réduction et appliqua un bandage herniaire (1).

Un jeune garçon, faisant des efforts pour rendre des excréments durs, sentit une douleur subite dans l'aine gauche; et, en examinant cette partie il y découvrit une enflure qui s'étendait de là dans le scrotum. Il la prit pour une hernie et s'adressa à un de ces hommes qui répandent des avis dans le public, et qui, après plusieurs tentatives vaines pour réduire la prétendue hernie, lui appliqua un bandage, en lui promettant que sa tumeur se réduirait par degrés à rien. Le jeune homme porta ce bandage pendant quelques jours; mais, s'apercevant que sa tumeur et sa douleur augmentaient, il consulta un chirurgien de son voisinage, avec lequel je le vis.

La tumeur était considérable, et, au toucher, elle ressemblait un peu à une hernie d'épiploon : l'ouverture tendineuse du muscle oblique externe paraissait un peu dilatée par cette tumeur; le testicule était passablement distinct au-dessous. Le malade étant debout, sa douleur était considérable ; mais, couché sur le dos, il n'en éprouvait qu'une fort légère. Il n'avait ni chaleur, ni vitesse de pouls, ni hoquet, ni vomissement; enfin il avait été trois fois à la selle dans le jour même.

Comme il n'y avait pas de raison pour supposer aucun degré d'étranglement sur le canal intestinal, je conseillai de le tenir au lit, de le saigner largement, et d'essayer ce que pourrait faire un cataplasme convenable.

Cette méthode fut suivie pendant plusieurs jours mais sans aucun succès : au contraire, la douleur augmenta, aussi bien que la tumeur, et une fluctuation y devint sensible.

Je jugeai qu'il était possible que ce fluide fût amassé dans le sac d'une hernie d'épiploon ; ce que j'ai vu plus d'une fois : et, comme il était évidemment en assez grande quantité pour rendre la ponction parfaitement sûre, nous en fimes une avec une lancette, et il sortit quelques onces d'un sang clair.

(1) Pott, *loc. cit.*, p. 133.

Lorsque l'enflure fut par là diminuée, nous sentimes les vaisseaux spermatiques, mais fort indistinctement : et le cordon parut être très empâté et très enflé.

Le lendemain, le malade se portait parfaitement bien, mais le scrotum paraissait enflé et noir, comme s'il eût été très contus : il avait aussi rendu du sang par la piqûre de la lancette, qui n'était pas refermée ; et cette humeur en sortait en grande quantité, lorsqu'on exerçait quelques pressions au-dessus.

Quoique nous fussions un peu dans l'incertitude touchant la véritable nature du cas, il était néanmoins très clair que, si l'hémorragie continuait, il faudrait ouvrir la partie.

Elle continua en effet pendant trois à quatre jours, malgré tous nos efforts ; et enfin, elle fut si considérable, qu'elle indiqua la nécessité immédiate de l'opération.

Un bistouri fut introduit dans l'ouverture faite par la lancette, et l'on fit une incision de quelque longueur, mais on ne trouva ni sac, ni cavité particulière, ni aucun corps qui ressemblât à un sac herniaire, ou à la tunique vaginale du testicule : en un mot, on ne trouva que la membrane cellulaire qui nous convainquit que le sang devait venir du cordon spermatique.

Comme l'hémorragie continuait encore, et venait d'une partie plus élevée que celle où nous avions fait notre incision, nous la prolongâmes en haut jusqu'à l'aine : alors nous trouvâmes que toute la membrane cellulaire du cordon spermatique était chargée d'un sang extravasé, et nous aperçûmes une rupture considérable d'où il venait. Nous pansâmes avec un linge légèrement imbibé d'une liqueur stypique, et nous avions l'intention de laisser ce pansement en place pendant un jour ou deux ; mais un retour alarmant de l'hémorragie nous fit bientôt rappeler : en effet, elle avait été considérable, au point de faire perdre connaissance au malade.

La castration nous parut être l'unique remède, et elle fut aussitôt exécutée.

L'espèce de hernie qui pouvait être confondue avec l'hématocèle du cordon est l'épiplocèle; car l'absence de sonorité à la percussion ferait toujours distinguer cette affection de l'entérocèle.

M. Malgaigne croit possible de distinguer avec assez de certitude l'hématocèle de la hernie épiploïque : « L'hématocèle survient subitement et occupe le cordon du haut en bas, jamais l'épiplocèle ne se présente dans de telles circonstances. La seule hernie qui du premier coup arrive au testicule ou même plus bas, serait une hernie vaginale, mais outre que la hernie vaginale est bien rarement formée par l'épiploon seul, l'épiplocèle récente n'a pas le volume et la densité de l'hématocèle. »

L'hématocèle pourrait être confondu avec l'hydrocèle diffuse du cordon ; mais les signes anamnestiques suffiront pour que le chirurgien puisse se tenir sur ses gardes.

Nous ne parlons que pour mémoire de l'hydrocèle enkystée du cordon, qui sera facilement reconnue par la transparence.

On ne confondra pas l'hématocèle du cordon avec celle de la tunique vaginale ; dans celle-ci le testicule ne peut être senti qu'avec la plus grande difficulté, au milieu de l'épanchement sanguin ou des caillots qui l'environnent de toute part ; dans le premier, au contraire, le testicule est toujours libre et placé à la partie inférieure de la tumeur.

Dans ce cas de doute, une ponction exploratrice pourra être faite, et indiquera nettement la nature du liquide.

Le pronostic de cette affection est assez grave, plus grave toutefois dans l'hématocèle par épanchement que dans l'hématocèle par infiltration. Nous devons dire néanmoins que, dans les douze cas que nous avons rassemblés, la terminaison a été le plus souvent heureuse. Cependant nous ajouterons que l'hémorragie peut être très rebelle, au point de nécessiter la ligature d'un vaisseau, et si ce vaisseau ne pouvait être trouvé, on serait obligé d'en venir à la castration ; toutefois cette grave détermination ne devra être prise que lorsque l'on aura essayé tous les moyens connus d'arrêter l'hémorragie, ou quand la vie du malade sera compromise par la perte du sang. C'est cette dernière raison qui a déterminé Pott à exécuter cette opération dans l'observation que nous avons citée plus haut.

*Traitemen*t. — Dans le cas d'hématocèle diffuse du cordon, une opération est rarement nécessaire ; la maladie est-elle abandonnée à elle-même, le sang sera repris par l'absorption ; on se bornera donc à

donner au malade les soins destinés à prévenir l'inflammation. Le repos, la position, les émollients suffiront dans un grand nombre de cas ; quelquefois on sera obligé d'y joindre les antiphlogistiques et de légers purgatifs ; mais si l'inflammation s'emparait des parties malades, il faudrait recourir à l'incision et se comporter, comme nous l'avons dit, dans l'infiltration sanguine des bourses. Si le sang s'est réuni en foyer, on devra encore tenter la résolution par les moyens que nous venons d'indiquer, et on ne recourra à la ponction que dans les cas d'absolue nécessité.

Il y a lieu d'espérer, en effet, que l'accumulation d'une certaine quantité de sang exercera sur les vaisseaux une compression suffisante pour suspendre l'hémorragie, et si quelques jours après l'accident ces symptômes obligent à pratiquer la ponction, on pourra espérer que l'écoulement sanguin ne se reproduira pas. Dans ce cas, la temporisation peut prévenir au moins les accidents primitifs que l'on observe à la suite de la lésion des vaisseaux sanguins.

L'incision ne sera point pratiquée comme moyen primitif, elle ne sera faite que quand les résolutifs et les moyens dont nous avons déjà conseillé l'emploi auront échoué ; s'il faut débarrasser le foyer sanguin des caillots qu'il renferme, alors l'incision n'exposera pas aux mêmes dangers que si elle était pratiquée immédiatement.

Dans tous les cas, s'il survénait une hémorragie, faudrait-il aller à la recherche des vaisseaux blessés et les lier ? M. Malgaigne professe qu'on se rendrait facilement maître de l'hémorragie sans ligature, par une simple compression exercée sur le canal inguinal par un bandage herniaire, ou tout autre moyen équivalent, et ce serait, ajoute-t-il, un cas de haute responsabilité chirurgicale que de recourir à la castration.

Nous croyons devoir placer ici l'observation suivante, que nous empruntons à Astley Cooper.

M. V... fut conduit chez moi par M. Harris, chirurgien. Il avait au scrotum une tumeur piriforme ayant deux fois le volume du poing, et qui existait depuis dix-sept années : cette tumeur n'avait jamais occasionné de douleurs et gênait seulement par

son volume et son poids. Le malade l'attribuait à un coup qu'il avait reçu à la chasse contre le pommeau de sa selle, et qui lui avait causé une douleur vive, mais de très peu de durée. On pouvait sentir le testicule et l'épididyme à la partie inférieure de la tumeur. Plus haut on constatait la présence d'une substance solide, mélangée avec un liquide. La tumeur n'avait aucune transparence; jamais le malade n'y avait éprouvé de douleur.

J'ouvris la tumeur en septembre 1822, et j'en fis sortir un sang liquide, couleur café, et une substance solide, jaune-brunâtre. La tunique vaginale était épaisse et semblable au parchemin le plus dense. Je plaçai dans la plaie une mèche de coton, et le malade retourna en voiture à sa demeure, qui était distante d'environ trois milles. Le même jour, pendant qu'il était assis à son comptoir, il fut pris d'une hémorragie abondante de la tunique vaginale, hémorragie qui produisit la syncope : on le plaça dans son lit. Le lendemain il y eut une violente réaction générale avec suppuration de la tunique vaginale. Le traitement consista dans l'application de cataplasmes chauds et l'usage d'une potion composée avec le sulfate de magnésie et la solution d'acétate d'ammoniaque, trois fois par jour. Vers le troisième ou le quatrième jour, de gros caillots sanguins sortirent de la plaie et furent suivis d'une abondante suppuration. Les symptômes fébriles se dissipèrent.

La suppuration continua avec la même abondance et sans hémorragie pendant une quinzaine de jours, après lesquels elle commença à diminuer. Pendant ce temps, il prit trois fois par jour la décoction de quinquina, à la dose de deux onces, avec dix gouttes d'une solution d'acide sulfurique. Les cataplasmes furent continués pendant trois semaines ; la partie fut maintenue élevée par le rapprochement des genoux qu'on attacha ensemble, ce qui favorisa l'écoulement du pus. Ensuite, on appliqua des bandelettes d'emplâtre agglutinatif et de savon.

Six semaines environ après l'opération, le malade était parfaitement bien.

Cette observation a été de la part de Bowmann le sujet d'une interprétation sur laquelle nous croyons devoir attirer l'attention des

tives il n'y qu'au au a laendre de l'an et abro nos le amelot nos
chirurgiens. Nous reproduisons textuellement l'appréciation de
Bowmann.

Appréciation de Bowmann sur l'observation d'A. Cooper. — « On peut peut-être conclure, avec sûreté, que ce cas n'était pas une hématocèle de la tunique vaginale, parce que le testicule et l'épididyme purent être sentis à la partie la plus inférieure de l'enflure, et la tumeur était placée au-dessus de ces parties, entre elles et l'anneau. Dans l'hématocèle de la tunique vaginale, le sang enveloppe le testicule, comme fait le fluide de l'hydrocèle, et lorsque le sac devient dense et épaisse, la glande est, pour ainsi dire, comme enfoncee et ensevelie dans la tumeur, et dans cet état elle a certainement été souvent excisée sous l'impression trompeuse que la maladie affectait la glande elle-même.

« La collection de sang dans ce cas paraît avoir été formée dans la région la plus inférieure du cordon ou dans la partie la plus supérieure de l'épididyme. Il n'entrait pas dans le canal inguinal. De là il est plus raisonnable d'admettre que l'hémorragie avait pris place dans le sac d'une hydrocèle enkystée du cordon, située inférieurement, ou dans *un de ces kystes que Curling a montré se rencontrer concurremment sous la tunique vaginale qui recouvre la tête de l'épididyme*, et qui, lorsqu'ils sont distendus par un liquide aqueux ou sereux, forment l'hydrocèle enkystée de l'épididyme. »

Nous nous sommes demandé si dans le cas rapporté par Cooper, il ne serait pas survenu une hémorragie dans l'un de ces kystes; on aurait alors affaire à une affection non encore décrite, et qui pourrait porter le nom d'*hématocèle enkystée de l'épididyme*. Nous ferons remarquer, toutefois, que c'est sous toute réserve que nous livrons cette supposition aux praticiens. Quoi qu'il en soit, cette indication conduira peut-être les anatomo-pathologistes à examiner ce point curieux des affections du testicule.

M. L. J. condamne plus que M. Herbe, chirurgien. Il avait fait une hématocele d'origine dans le scrotum à deux ans de l'âge. Il n'a jamais eu de douleur ni de gonflement. Il n'a jamais eu de symptômes de douleur ou de gonflement par.

CHAPITRE IV.

DE L'HÉMATOCÈLE TESTICULAIRE.

Les épanchements sanguins, dans le testicule, ont attiré l'attention des chirurgiens à peu près à la même époque que les épanchements dans le cordon spermatique. Ainsi, nous trouvons dans J.-L. Petit une observation fort remarquable de cette affection : Pott l'a décrite avec exactitude ; il en expose nettement les symptômes, la marche ; il détermine la source de l'épanchement du sang. L'hémorragie, dit-il, vient de la substance du testicule et des circonvolutions de l'artère spermatique dans la tunique albuginée.

Richter (1) dit que l'hématocèle du testicule se rencontre d'ordinaire quand le système vasculaire du testicule est relâché contre nature, rempli de sang, dilaté, variqueux. Cela arrive quelquefois par suite du sang épanché dans le testicule ; ordinairement la maladie dépend d'une contusion du testicule.

Enfin, dans un mémoire de M. Béraud (2), on trouve une description complète, et faite avec beaucoup de soin, de l'hématocèle du testicule.

Tels sont, à peu près, les seuls documents que nous ayons rencontrés.

Les observations d'hématocèle du testicule ne sont pas nombreuses ; nous en avons, toutefois, trouvé un nombre suffisant pour tracer un tableau à peu près complet de cette affection.

Etiologie. — L'hématocèle testiculaire paraît se développer surtout à la suite de violences extérieures. Voici comment M. Béraud explique le mécanisme de cette espèce d'affection.

« Au premier abord, le testicule semble à l'abri de toute cause vulnérante ; en effet, aucune glande n'est plus enveloppée de membranes diverses ; outre les parois scrotales, il existe autour des filaments spermatiques une membrane dure, épaisse, résistante, de nature fibreuse, qu'on appelle albuginée. Mais voyez d'un côté la

(1) A.-G. Richter, *Elementi di chirurgia*. Pavie, 1806, t. VI, p. 146.

(2) *Loc. cit.*, p. 284.

souplesse, la délicatesse des couches les plus superficielles. La moindre violence exercée sur cette région ne doit-elle pas retentir d'une manière fâcheuse sur le testicule lui-même? et si le foie et le poumon n'échappent pas aux contusions, bien que protégés par des os, pourquoi le testicule en serait-il exempt? Si l'on admet cette contusion comme possible, il faut bien admettre aussi qu'il peut en résulter un épanchement sanguin. Il excite de plus, dans l'organe que nous étudions, une disposition anatomique très favorable à la production de ces tumeurs sanguines. Coupez en travers la tunique albuginée; vous verrez à sa face profonde une couche vasculaire, formée par des veines et des artères en très grand nombre. Ces artères, ces veines sont comme sculptées sur cette face profonde de l'albuginée, et offrent une disposition qui rappelle celle des sinus de la dure-mère. Qu'y a-t-il d'étonnant, après cela, qu'une forte contusion de la glande ne déchire les vaisseaux, qui vont se répandre dans le parenchyme glandulaire, et ne produise ainsi une collection sanguine plus ou moins abondante? »

Nous ferons remarquer toutefois que dans les coups portés sur les bourses, le testicule, libre dans la tunique vaginale, fuit au-devant de l'agent vulnérant et échappe dans un très grand nombre de cas à la contusion. Pour que cet accident se produise, il nous paraît nécessaire que le corps contondant offre une large surface. Le malade de J.-L. Petit avait reçu un coup de pied de cheval. Celui de M. Giraldès avait fait une chute de 12 à 15 pieds sur un tas de pierres.

Anatomie pathologique. Nous ne pourrons donner que peu de détails sur l'anatomie pathologique. Dans les cas que nous connaissons et où le testicule a été convenablement examiné, on a trouvé cet organe plus volumineux, gorgé de sang d'une couleur noire plus ou moins intense. Les filaments spermatiques tantôt conservent leurs rapports normaux entre eux, d'autres fois font hernie à travers l'ouverture de la tunique albuginée, et se présentent sous l'aspect de fils noirs pour la plupart et longs de 6 à 7 centimètres. L'observation suivante recueillie par M. Béraud dans le service de M. Giraldès, nous montre d'une manière très évidente cette dernière disposition.

Au numéro 3 de la salle des hommes, à l'hôpital des Cliniques

(service de M. Giraldès), est couché le nommé Charles Pierre, âgé de trente-deux ans, journalier.

Occupé le 14 septembre à des travaux de construction qui se font actuellement au quai Saint-Michel, il a fait une chute de 12 à 15 pieds et il est tombé sur des pierres. Il a perdu aussitôt ses sens, de sorte qu'il ne peut pas dire dans quelle position il se trouvait en tombant. Les personnes qui l'ont recueilli lui ont dit qu'il était resté à peu près vingt minutes pour reprendre connaissance. En revenant à lui, cet ouvrier a ressenti une douleur excessivement vive dans les bourses, dont la tuméfaction était déjà très considérable. Il n'a pas eu de vomissements ni de douleurs dans d'autres régions du corps. Il a pu après quelques instants se rendre chez lui à pied, mais il a fallu qu'il soutint ses bourses avec les deux mains, et qu'il écartât les cuisses pour prévenir le frottement même le plus léger. Il s'est mis au lit, mais sans repos ni sommeil; la tuméfaction des bourses a encore fait des progrès durant la nuit.

Le lendemain 15 septembre, il est entré à l'hôpital. Nous le trouvons dans l'état suivant :

Les bourses sont très tuméfiées, très douloureuses à la pression. Il existe des deux côtés une infiltration qui donne au scrotum le volume d'une tête de fœtus; cependant le côté gauche est plus lourd, plus consistant et plus douloureux que le côté droit. La douleur et le gonflement général de tout le scrotum nous empêchent de nous livrer à un examen plus approfondi. Du reste, il n'y a pas d'accidents généraux. (Compresses d'eau blanche, eau de Sedlitz.)

Le 16, l'infiltration séreuse, sans teinte ecchymotique, a envahi toute la verge. Du côté gauche, dans le trajet du cordon, on sent une tumeur d'une forme cylindrique, douloureuse à la pression, se prolongeant dans le canal inguinal. Du reste, la tuméfaction des bourses a encore augmenté et l'on ne peut pas sentir de fluctuation ni à droite ni à gauche à cause de la distension.

M. Giraldès se décide alors à pratiquer une ponction avec la lancette ordinaire; il sort par l'ouverture environ quatre cuillerées d'un liquide séro-sanguinolent. Cette ponction permettait donc de diagnostiquer une hématocèle de la tunique vaginale; mais nous allons voir que tout n'était pas connu encore.

Il n'y a, d'ailleurs, pas d'accidents généraux, pas de fièvre ni d'anorexie.

Le 17 l'infiltration a diminué sur la verge et sur les bourses ; aussi l'on peut constater aujourd'hui l'état du cordon du côté gauche et de la tunique vaginale correspondante. En effet ce cordon est dur, très douloureux à la pression, rénifent, ne donnant pas la sensation de crépitation sanguine. On constate aussi que la tunique vaginale renferme encore du sang. Ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'on ne voit pas la teinte ecchymotique dans les parois des bourses. (Compresses d'eau blanche, eau de Sedlitz une portion).

Le 18. L'infiltration a disparu du côté droit à peu près complètement, ce qui nous permet de constater que la tunique vaginale et le cordon du côté correspondant sont parfaitement sains; le côté gauche est toujours dans le même état, dur, gonflé, douloureux. On sent très bien la crépitation sanguine.

M. Giraldès fait une incision à la partie antérieure, une autre à la partie latérale ; il s'écoule une assez grande quantité de sang, on trouve dans la tunique vaginale des caillots mêlés à du pus. Une incision pratiquée sur le trajet du cordon donne issue à du pus mélangé avec des caillots sanguins.

Le 25. Le cordon est presque à son état normal, les plaies du scrotum sont un peu tuméfiées, la suppuration est bonne.

Le 30. On constate sur la plaie des bourses des filaments noirs que l'on retire avec les pinces. On s'aperçoit facilement que ce sont des conduits séminifères, on en retire de tout à fait noirs, ayant 1 à 2 pouces de longueur. (Mèche dans la plaie.)

Le 1^{er} octobre. Le testicule vient se présenter à l'ouverture de la plaie des bourses, il est de couleur noirâtre, la tunique albuginée offre cet aspect dans tous les points accessibles à l'œil; lorsqu'on presse sur elle avec un stylet, elle s'affaisse aisément, et n'offre plus sa résistance normale. En examinant avec soin, on voit à l'angle supérieur de la plaie des bourses, une ouverture de la tunique albuginée, ouverture qui a probablement donné issue aux vaisseaux séminifères. M. Giraldès pratique une incision à la tunique albuginée dans un point qui correspond à la plaie des bourses, et qui permet de voir à nu la substance propre du testicule : celle-ci est de couleur chocolat

imprégnée de sang, et l'on voit même quelques petits caillots entre les filaments qui font hernie à travers l'ouverture que l'on vient de pratiquer, ouverture qui a environ 1 centimètre et demi. La pression sur ce testicule n'est pas douloureuse, pas de fièvre, bon appétit.

Le 2. La substance testiculaire, mélangée de petits grumeaux de sang, fait davantage hernie à travers la plaie des bourses, qui sont aujourd'hui le siège d'une tuméfaction, avec douleur très considérable sur ce même côté. En refoulant le testicule qui obstrue la plaie, et en pressant les bourses à la partie inférieure, on fait sortir de la tunique vaginale une assez grande quantité de pus qui produisait ce gonflement douloureux. On passe une mèche en séton. Testicule indolent.

Le 4. La substance testiculaire qui se présente à la plaie ne se détache pas, elle est noire, molle; la tuméfaction et la rougeur des bourses ont fait des progrès. On vide avec soin la tunique vaginale du pus qu'elle contient.

Le 5. La tuméfaction a envahi le cordon, qui est devenu rouge et douloureux. M. Giraldès fait une incision sur son trajet : cette incision donne issue à une assez grande quantité de pus ayant une odeur urinaire, et mélangé avec du sang sous forme de petits caillots. La substance du testicule qui se présente à l'orifice de la plaie, comme un champignon, n'est pas encore éliminée, il s'en détache chaque jour quelques débris. On met une mèche dans l'incision faite aujourd'hui sur le trajet du cordon.

Le 7, amélioration considérable dans l'état local. L'élimination de la substance du testicule commence à se faire par petits fragments, on dirait des fils noirs. La plaie des bourses commence à se rétrécir, comme celle du cordon.

Le 12, la substance testiculaire est éliminée, et la plaie du scrotum se cicatrice.

Le 29, le malade sort de l'hôpital, ayant encore une petite plaie qui ne tardera pas à se cicatriser. On sent dans le scrotum, du côté gauche, une petite tumeur du volume d'une noix moyenne, tumeur qui n'est autre chose que l'épididyme avec la tunique albuginée, et le reste de la substance propre du testicule qui n'a pas été éliminée.

Symptômes. — Les symptômes propres à l'épanchement de sang dans le testicule sont obscurs. Au début, les signes anamnestiques sont d'une faible ressource ; le malade ne peut distinguer la part qu'il faut faire à la contusion de l'organe de celle qui appartient à la contusion des bourses ; ainsi, dans la douleur vive ressentie au moment de l'accident ou immédiatement après, on pourra à peine établir quelques présomptions ; il n'est pas facile non plus de trouver le testicule au milieu de la tumeur sanguine constituée par l'infiltration ou l'épanchement de sang dans les bourses et dans la tunique vaginale. Si cependant on pouvait saisir le testicule, soit parce que l'épanchement dans la tunique vaginale ne serait pas considérable, soit parce qu'un travail d'absorption se serait déjà fait, on trouverait cet organe plus volumineux, plus dur, plus rénitent que celui du côté opposé ; dans l'observation de M. Béraud, il ne paraît pas que la pression sur le testicule ait déterminé un accroissement de la douleur ; enfin, on trouve à la surface du testicule des bosselures plus ou moins considérables. Comparant les épanchements de la tunique vaginale avec ceux de la boîte crânienne, M. Béraud expose de la manière suivante le mécanisme de la formation de ces bosselures :

« Que le sang vienne à s'épancher entre la substance testiculaire et la tunique albuginée, la coque qui donne sa forme au testicule résistera, ce sang comprimera les filaments spermatiques ; mais si l'on a égard à l'inégalité d'épaisseur de la tunique albuginée, si l'on se rappelle qu'il y a des points très minces qui résistent faiblement, on ne sera pas étonné de voir survenir ces bosselures, qui peuvent être un bon caractère pour reconnaître la maladie, quand il y a possibilité d'explorer convenablement le testicule. »

L'épanchement du sang dans le testicule peut-il se terminer par résolution ? Il est vraisemblable que des cas se sont rencontrés dans lesquels une contusion aura déterminé un épanchement dans la tunique albuginée ; ce sont probablement ceux qui se rencontrent quelquefois dans la pratique, et qui sont décrits sous le nom d'*orchite traumatique*. Dans ces circonstances, il y a peut-être un épanchement léger qui ne peut être diagnostiqué et qui se termine par résolution. Mais si la contusion est violente, si l'épanchement est considérable, le chirurgien devrait-il compter sur la résolution ? Dans

deux des cas que nous rapportons, la dissection de la tunique albuginée fut faite. Nous ne pourrions dire ce qui serait survenu si la maladie avait été abandonnée à elle-même.

Dans un troisième cas observé par Pott, et dans lequel le malade succomba, il constata la disposition suivante :

« Je trouvai, dit-il, que le trocart avait, à chaque opération, percé la tunique albuginée ; que l'extravasation sanguine était dans cette tunique ; que la tunique vaginale était universellement, quoique légèrement, adhérente à la surface de la tunique albuginée ; que le tissu vasculaire de toute la substance du testicule était très tuméfié, et en même temps si relâché, qu'une partie semblait avoir été dissoute dans le fluide qui produisait la fluctuation, et qui paraissait être un sang pur ; enfin, que l'épididyme était durci et enflé considérablement.

Diagnostic. — Il est fort difficile de reconnaître la maladie au début. La douleur, les accidents généraux ne peuvent point être utiles : à la vérité, le testicule est gonflé, bosselé ; mais cet état de l'organe ne pourra être constaté que lorsqu'on aura obtenu la résolution de l'épanchement qu'on observe dans la couche extérieure du testicule ou quand on aura ouvert la tunique vaginale.

On ne confondra pas la maladie avec une orchite aiguë ou chronique ; les commémoratifs suffiront dans la plupart des cas ; d'ailleurs il est possible que l'orchite traumatique soit accompagnée d'un épanchement sanguin dont on ne peut constater l'existence.

*Traitemen*t. — Le traitement antiphlogistique ; la position comme nous l'avons déjà conseillée, les émollients, les résolutifs seront conseillés au début : mais si la tunique vaginale était déchirée, et si le testicule apparaissait dans la plaie, tuméfié, distendu par la collection sanguine ; si l'on ne pouvait en espérer la résolution, on débriderait la tunique albuginée, et, à l'exemple de J.-L. Petit, on se garderait bien de toucher aux canaux séminaux.

Si quelques uns de ceux-ci faisaient hernie à travers la plaie, on ne favoriserait leur sortie par aucune traction. C'est ainsi que, dans le dernier cas, M. Giraldès a pu conserver une portion du testicule malade, et que dans le suivant que nous rapportons entièrement, J.-L. Petit conserva l'organe intact (1).

(1) J.-L. Petit, p. 738.

« Un cavalier du régiment des cuirassiers reçut un coup de pied de cheval sur le scrotum ; en six heures de temps la partie devint noire et grosse comme la tête. On le pansa avec des compresses trempées dans l'eau-de-vie camphrée ; on le saigna copieusement, mais, malgré cette pratique, on fut obligé d'ouvrir le scrotum des deux côtés. Il sortit quantité de sang coagulé, et il en resta beaucoup qui était infiltré dans les cellules des membranes ; les testicules ne paraissaient point gonflés ; mais à la levée du premier appareil, ils parurent l'être considérablement ; les ayant examinés, j'aperçus une fluctuation que je jugeai être causée par un fluide épanché dans le *peritestes*, et comme cette membrane était brune, je ne doutai pas qu'il n'y eût du sang, et parce que je sentais au toucher de la fluidité, je conclus que le sang qui y était contenu n'était pas entièrement coagulé, parce qu'il s'était mêlé avec l'humeur qui est naturellement dans cette partie, mais s'y était déposé en plus grande quantité ; en conséquence du coup, j'ouvris des deux côtés dans toute l'étendue du *peritestes* : il en sortit beaucoup de sanie et quelques caillots de sang. Les testicules n'étaient pas considérablement gonflés ni douloureux ; ce ne fut qu'à la levée de ce second appareil qu'ils parurent un peu plus gros, durs, très sensibles et d'une couleur brune, ce qui me fit craindre d'abord la mortification ; mais ayant fait réflexion que cette douleur accompagnait toujours les contusions, je regardai le tout comme une ecchymose. En conséquence, je fis une incision de 8 à 10 lignes le long de chaque testicule, coupant la membrane albuginée jusqu'à la substance du testicule : il sortit beaucoup de sanie ; la couleur fut sur le champ moins noire, et encore moins le lendemain, si bien qu'elle se dissipa hors deux points grands comme l'ongle qui tombèrent en pourriture. Apparemment que ces deux endroits avaient été plus vivement pressés contre les os pubis par la pince du fer du cheval. Cette pourriture n'eut point de suite, parce que, profitant des fautes passées, je ne tirai point les filets spermatiques, et, ce qui est un point essentiel, c'est que les saignées et les opérations préliminaires avaient été diligemment faites. »

FIN.