

douleurs, on l'évacuera à l'aide d'une ponction avec la lancette. J'ajouterai que l'inflammation dépasse quelquefois les limites de la séreuse, se propage aux autres enveloppes et produit une variété d'*orchite phlegmoneuse* : c'est alors que les mouchetures sont indiquées et déterminent un dégorgeement et un soulagement rapides. A la suite d'une vaginalite, qu'elle soit spontanée ou provoquée par une injection irritante, on observe parfois l'adhérence permanente et définitive des deux feuillets de la tunique vaginale. Gosselin a fait observer que cet état s'accompagne d'anémie testiculaire et de la disparition des spermatozoïdes.

La tunique vaginale est, de toutes les cavités séreuses, la plus fréquemment atteinte d'hydropisie ou d'épanchement chronique de sérosité, appelé *hydrocèle*. Au début, souvent pendant de longues années, parfois même toujours, la membrane conserve son épaisseur normale et la tumeur est *transparente*, ce qui en constitue le caractère pathognomonique. Mais, sous des influences mal connues, sans doute à la suite de froissements répétés, elle finit par s'épaissir, par se vasculariser, à ce point que l'hydrocèle peut cesser d'être transparente alors que le liquide n'a pas changé de caractère. Le plus souvent, cependant, la disparition de la transparence tient aux modifications du contenu, qui est devenu sanguinolent : l'hydrocèle s'est alors transformée en hématoçèle ou hydro-hématoçèle.

Nous touchons ici au point le plus important de l'histoire clinique de la tunique vaginale. L'hydrocèle n'est donc que la première étape de l'hématoçèle spontanée, et c'est de là qu'elle tire sa principale, sinon son unique gravité. En effet, l'hydrocèle est, en général, absolument indolente ; elle ne gêne que par son volume et son poids : aussi, les malades ne se décident-ils à subir l'opération que lorsque la tumeur est considérable. C'est, à mon sens, une erreur. Dès qu'un malade est atteint d'hydrocèle, on doit lui conseiller l'opération, et l'opération curative, non pas, je le répète, tant pour cette affection elle-même que pour en éviter la transformation en hématoçèle, car le pronostic se trouve alors modifié : autant la première est légère, autant la deuxième est sérieuse. Lorsque l'hématoçèle de la tunique vaginale suit ce mode de développement, c'est-à-dire succède à une hydrocèle, on l'appelle *hématoçèle spontanée*, par opposition à l'hématoçèle *traumatique* qui succède à un coup, à un froissement violent. Dans ce dernier cas, le sang s'épanche ordinairement en dehors de la tunique vaginale. Il est le plus souvent infiltré ; quelquefois, cependant, il s'enkyste et forme une tumeur *pariétale*, mais cet accident est fort rare. L'hématoçèle traumatique se comporte, d'ailleurs, comme les épanchements sanguins ordinaires, exige le même traitement et n'offre, en général, que peu de gravité.

Il n'en est pas de même de l'hématoçèle spontanée. Ce qui caractérise cette dernière affection, c'est l'existence d'une fausse membrane d'épaisseur variable, pouvant acquérir jusqu'à 1 centimètre et plus, tapissant toute la surface interne de la tunique vaginale. Cette fausse membrane est-elle cause ou effet de la maladie ? Résulte-t-elle de la condensation des caillots fibrineux consécutivement à un épanchement sanguin dans la tunique vaginale, ainsi qu'on l'observe, par exemple, dans les poches anévrysmales, ou bien se développe-t-elle primitivement, de telle sorte que ses propres vaisseaux fournissent le sang ?