

La première manière de voir était défendue par Velpeau, et la deuxième par Gosselin. Il est possible que la maladie procède de l'une et de l'autre manières, mais une vaginalite chronique est ordinairement le point de départ de l'hématocèle spontanée, et je pense, avec Gosselin, que c'est le cas de beaucoup le plus fréquent : mais l'hématocèle peut aussi être consécutive à un épanchement de sang, ainsi qu'on l'observe à la suite de certaines ponctions d'hydrocèle où le testicule a été blessé.

Quel que soit, d'ailleurs, le mode de production de la fausse membrane, que celle-ci soit primitive ou consécutive, elle constitue le principal obstacle à la guérison : tant qu'elle n'est pas détruite, le sang s'épanche de nouveau au moindre frottement. Les injections irritantes ne produisent aucun résultat, elles ne la modifient pas. Si elle est très épaisse, les procédés de l'incision, du drainage, du séton, etc., ne réussissent pas davantage et déterminent même assez souvent des accidents graves : aussi, faut-il en venir à la castration. C'est pour éviter cette opération que Gosselin proposa son très ingénieux procédé de la *décortication*. On décolle la fausse membrane avec des pinces, mais elle est si adhérente à la surface du testicule qu'on ne peut la détacher en ce point : il faut alors la réséquer tout autour de la glande et gratter la surface de ce qui reste avec une cuiller tranchante. Si la fausse membrane était trop adhérente pour pouvoir être enlevée après ouverture de la poche, le mieux serait de recourir d'emblée à la castration.

Il ne faut donc pas négliger de traiter une hydrocèle, même de petit volume, afin d'en éviter la transformation en hématocèle. L'opération ne présente, d'ailleurs, aucune gravité. La plus grande précaution consiste à éviter l'introduction de la teinture d'iode au sein de la couche celluleuse, car il en résulterait une gangrène du scrotum. Si la tumeur n'était pas transparente, je pense qu'il serait préférable, mais dans ce cas seulement, de substituer à la ponction suivie d'injection iodée l'ouverture de la poche et l'excision de la vaginale.

J'ai dit que G. Monod avait essayé de rendre l'opération plus simple en mélangeant une petite quantité d'alcool au liquide de l'hydrocèle, dans l'intention de le rendre absorbable. On obtient ainsi des résultats parfois étonnants, dus peut-être à l'infiltration de la sérosité entre les couches du scrotum ; mais quelquefois aussi aucune modification ne se produit, et, en tout cas, ce n'est pas une cure radicale : j'ai toujours vu l'hydrocèle se reproduire, au moins chez l'adulte.

Béraud a signalé à la face externe de la tunique vaginale la présence de fibres musculaires, dont un faisceau, en particulier, empêcherait la poche de se distendre uniformément et donnerait à l'hydrocèle la forme en bissac que l'on observe quelquefois.

La forme de cette tumeur est, du reste, extrêmement variable, ce qui tient, en grande partie, à l'oblitération plus ou moins complète du canal vagino-péritonéal après la naissance.

Au lieu de sérosité, la tunique vaginale peut contenir un liquide graisseux, lymphoïde ou laiteux, analogue à celui qu'a signalé M. Debove dans son travail sur les *épanchements chyliformes des cavités séreuses*. Ces cas se rattachent à la filarose génitale.

Si des doutes ont pu s'élever sur le mode de continuité du crémaster, il n'en est pas de même de celui de la tunique vaginale ; cette membrane est bien ma-