

nale et les téguments, ainsi tendus au maximum, sont plus facilement traversés par l'instrument piquant. Il faut enfoncer celui-ci perpendiculairement, d'un coup sec. Les débutants font toujours souffrir le malade parce qu'ils ont peur. Une précaution à prendre : celle d'éviter les veines superficielles quelquefois dilatées qui sillonnent la surface du scrotum; leur blessure pourrait provoquer la formation d'un hématome des bourses.

Donc, on enfonce le trocart, car c'est un trocart qu'on emploie, de 3 à 4 millimètres, perpendiculairement au scrotum tendu de la main gauche, et d'un coup sec, jusqu'à une profondeur auparavant limitée avec l'index, laquelle est habituellement de 2 ou 3 centimètres. On se rend aisément compte que l'extrémité de l'instrument est libre dans la cavité liquide. Le mandrin est alors retiré et l'on continue d'enfoncer de quelques millimètres la canule mousse, non dangereuse, afin de bien plonger dans la poche. Cette dernière précaution prend une importance capitale lorsque l'on se propose, une fois le liquide évacué, de faire pénétrer, dans la vaginale, un liquide irritant qu'il ne faut, à aucun prix, injecter dans l'enveloppe celluleuse des bourses.

Il arrive souvent, à mesure que le liquide s'écoule, que l'extrémité de la canule vient buter le testicule; il suffit d'incliner légèrement le manche de l'instrument pour éviter le contact et rétablir l'écoulement.

L'opération terminée, la plaie est abandonnée à elle-même, ou bien mobilisée, massée entre deux doigts; on détruit ainsi le trajet régulier que le trocart a créé dans les bourses, de la peau à la vaginale. On peut encore obturer cette plaie avec un mince tampon d'ouate ou de gaze imprégnée de collodion iodoformé, d'adhésol ou bien de stérésol.

Le malade garde le repos au lit, pendant un jour ou deux, avec un suspensoir compressif ou un bandage immobilisant et relevant les bourses.

Neumann (de Mülheim-sur-la-Ruhr) (1) a eu l'idée bizarre, qu'il a érigée en pratique, de laisser, après ponction, la canule en place pendant deux jours, en la fixant au moyen d'un léger pansement compressif. Je pense qu'il suffit, pour en préserver les malades, de signaler cette dangereuse thérapeutique.

Je pense aussi qu'il est inutile de dire que peau du malade, mains de l'opérateur et instruments devront avoir reçu les soins les plus minutieux.

Je n'insiste pas davantage sur la pratique de cette opération de petite chirurgie élémentaire. Les livres s'étendent avec quelque complaisance sur la piqure du testicule et les moyens de la prévenir. C'est

(1) NEUMANN, Un traitement de l'hydrocèle (*Sem. méd.*, 26 juillet 1893, n° 45, p. 178).

un peu puéril. A moins d'une erreur de diagnostic, il est à peu près impossible de piquer le testicule en exécutant la ponction de l'hydrocèle, à moins qu'on ne se soit promis à soi-même de le piquer.

Je ne veux pas qu'il soit davantage question des ponctions blanches : je les laisse donc de côté, elles et leurs dérivés qui sont : 1° le procédé de l'*acupuncture* qui consiste à enfoncer sur plusieurs points dans l'intérieur de la poche une aiguille pleine, très fine, et à laisser la sérosité se résorber dans le tissu cellulaire au sein duquel elle pénètre; 2° la *discission sous-cutanée* de Jobert (1), qui repose sur la même conception, mais qui utilise un ténotome. Celui-ci est introduit dans la tumeur à sa partie supérieure, poussé de bas en haut et « manœuvré de façon à diviser la vaginale de dedans en dehors sans intéresser la peau ». Ces méthodes sont d'un autre âge.

C. Irritation artificielle de la vaginale. — Le procédé opératoire ne varie pas quand on fait suivre la ponction d'une injection modificatrice; on a seulement soin d'enfoncer la canule du trocart assez profondément et de maintenir, exactement appliquées sur elle, les enveloppes plissées entre le pouce et l'index, afin que l'orifice de la canule n'abandonne pas la cavité vaginale pendant tout le cours de l'opération.

a. Les différentes méthodes. — Les substances qu'on a introduites dans la vaginale sont des plus variées. On peut les classer en deux groupes, selon qu'elles sont utilisées à l'état liquide ou à l'état solide. Je vais passer très rapidement en revue les différents agents modificateurs que l'on a jusqu'à ce jour employés, réservant la description du manuel opératoire de l'injection, de ses suites et de ses dangers, vrais ou fictifs, au procédé dit « procédé de la teinture d'iode », qui a toujours été et reste encore le procédé le plus en vogue.

On trouvera dans l'excellent livre de Ch. Monod et Terrillon (2), avec documents bibliographiques à l'appui, l'histoire de toutes les cures médicamenteuses de la vaginalite séreuse. Je me contente d'énumérer les topiques utilisés : l'alcool, le vin (froid ou chaud), l'eau chaude, le sulfate de zinc, l'eau de chaux, les solutions d'alun, de chloral, le perchlorure de fer, l'acide chromique, l'ergotine, le chloroforme, les solutions de chlorure de zinc, l'iodoforme, le nitrate d'argent, le protoazotate de mercure. Est-ce bien tout? Et il n'est pas douteux que l'emploi de chacune de ces substances a donné d'heureux résultats. Je veux seulement signaler, parce que, ces années dernières, on a parlé d'eux : le sublimé, l'acide phénique, l'éther iodoformé et le nitrate d'argent.

(1) JOBERT (de Lamballe), Nouveau procédé pour la cure radicale de l'hydrocèle (*Gaz. des hôpitaux*, 1840, n° 88).

(2) CH. MONOD et O. TERRILLON, Traité des maladies du testicule et de ses annexes. Paris, 1889, p. 202.

Le sublimé avait été utilisé, déjà au xvii^e siècle, par Lambert, puis délaissé. Richet (1) le ressuscita en abandonnant une centaine de grammes de la solution de Van Swieten dans la vaginale. Depuis, Wheatcroft Holmes (2) s'est contenté d'injecter 45 grammes d'une solution de sublimé à 0^{sr},20 p. 1000, après évacuation. Étienne (de Toulouse) (3) a fait suivre l'injection de sublimé à 1 p. 1000 d'une injection boriquée, et Lawric (4) a préféré employer une solution saturée de sublimé dans la glycérine dont il faisait pénétrer environ 8 grammes dans la poche, après ponction et évacuation du liquide.

L'acide phénique a été mis en honneur par Levis (5) qui injectait dans la vaginale 2 grammes d'acide phénique pur liquéfié. Les résultats de cette pratique, très goûtée en Amérique, ont été désastreux dans les mains de quelques chirurgiens. P. Tikhoff (6) lui reprochait récemment de produire des phénomènes d'intoxication aiguë et des abcès du scrotum ainsi que de ne pas toujours mettre le patient à l'abri des récidives. Aussi, en vint-on à l'usage des solutions faibles. Schœtzke (7) abandonne dans la cavité vaginale 15 grammes d'une solution titrée à 3 ou 8 p. 100 suivant les cas (cette dernière proportion est déjà forte) et Pilate (8), dont la pratique est longuement décrite dans la thèse d'Audouin (9), fait une grande irrigation de la vaginale avec une solution à 3 p. 100 jusqu'à ce que le liquide ressorte parfaitement clair.

L'éther iodoformé. — Je n'ai pas vu qu'il fût, ailleurs que dans la thèse de Ponsard (10), fait mention du traitement de la vaginalite séreuse par l'injection d'éther iodoformé. C'est, paraît-il, le procédé employé par Dury (du Havre). On ponctionne la poche avec une aiguille de Pravaz; quand le liquide s'est écoulé, on injecte 3 à 8 grammes de solution d'éther iodoformé au 1/10^e. « L'éther se volatilise, bouillonne, projette l'iodoforme de tous côtés et la poche se tend. » Naturellement, le malade ne souffre pas, peut marcher de suite

(1) RICHET, Voy. Th. SARRAZIN, Paris, 1885, n° 190.

(2) WHEATCROFT HOLMES, Guérison de l'hydrocèle par une solution faible de sublimé abandonnée dans le sac après l'injection (*Sem. méd.*, 20 nov. 1895, n° 58, p. 230).

(3) ÉTIENNE, Traitement de l'hydrocèle simple (*Soc. de chirurgie*, séance du 29 décembre 1897).

(4) LAWRIC, *Sem. méd.*, 17 juin 1896, n° 31, annexes, p. 122.

(5) LEVIS, The treatment of hydrocele and serous cysts in general by the injection of carbolic acid (*Boston med. and surg. Journ.*, 8 déc. 1881, t. CV, p. 540).

(6) TIKHOFF, Traitement de l'hydrocèle (*Presse méd.*, 15 février 1896, n° 14, p. 83).

(7) SCHÖETZKE, Zur Heilung der Hydrocele (*Berlin. klin. Wochenschr.*, sept. 1879, n° 39, p. 588).

(8) PILATE, Traitement de l'hydrocèle par les grands lavages phéniqués (*Sem. méd.*, 28 juillet 1897, n° 35, p. 284).

(9) AUDOUIN, Du traitement de l'hydrocèle par les grands lavages phéniqués de la tunique vaginale, thèse de Paris, 1897, n° 523.

(10) LOUIS PONSARD, Traitement de l'hydrocèle par les injections d'éther iodoformé, thèse de Paris, 1895, n° 26; analyse in *Presse méd.*, 8 janv. 1896, n° 3, p. 16.

et guérit à tout coup; rien ne résisterait à l'efficacité de cette thérapeutique, pas même les hydrocèles ayant essuyé en vain tous les traitements. En cela, le procédé ressemble aux autres....

Le nitrate d'argent. — Un procédé excellent, trop négligé, je crois, est le procédé de Defer, que Desormeaux (1) a longtemps employé avec succès. Il consiste à vider la poche par ponction, à y introduire par la canule du trocart un stylet dont on charge la cannelure d'une petite quantité de nitrate d'argent et à toucher avec ce caustique, en tournant plusieurs fois l'instrument, différents points de la vaginale. J'ai modifié ce procédé, qui est très simple et qui donne d'excellents résultats, de la manière suivante. Je ponctionne et je laisse écouler une certaine quantité de sérosité. J'introduis alors dans la canule un porte-caustique nasal garni de nitrate d'argent fondu à la flamme d'une lampe à alcool. A ce stylet, j'adapte un petit bouchon placé à une longueur telle du bout libre de l'instrument que, quand ce bouchon vient fermer la canule, l'extrémité chargée du caustique en dépasse le bec. De la sorte, l'introduction du stylet produit un double résultat : 1^o elle forme barrage au liquide; 2^o elle porte à ce liquide un fragment de nitrate d'argent qui ne tarde pas à s'y dissoudre. Au bout de quinze minutes, je retire le stylet; la solution naturelle de nitrate d'argent s'écoule, après avoir produit son action sur l'endothélium. Je lave la poche par deux ou trois irrigations successives. Les jours suivants, il ne se produit qu'une réaction inflammatoire très atténuée; à peine le scrotum augmente-t-il un peu de volume. Rien n'est plus simple que cette petite opération à laquelle le procédé que je viens de décrire enlève le seul inconvénient qu'on ait mis à sa charge: la chute du caustique dans une vaginale vide et l'intensité du processus inflammatoire consécutif. On la considère généralement, et non sans raison, comme très efficace.

b. La méthode de l'injection iodée. — Mais, soit routine des chirurgiens, soit supériorité de l'agent chimique, rien n'a encore détrôné la teinture d'iode et ne paraît sur le point de le faire. Martin (de Calcutta) semble en avoir fait la première application systématique. Velpeau employa, fit connaître et vulgarisa en France la pratique de Martin. Je ne puis m'étendre sur les différentes manières d'employer la teinture d'iode; je vais dire comment j'opère.

Je considère qu'il y a deux choses très importantes à faire : 1^o injecter de la teinture d'iode pure, pour exercer sur l'endothélium une action certaine; 2^o après l'injection, pratiquer un grand lavage de la poche dans le double but — qu'on atteint toujours — d'éviter tout accident d'iodisme et de préserver la vaginale contre la réaction inflammatoire que provoque régulièrement la mise en œuvre des procédés ordinaires. Tous mes opérés se lèvent le lendemain ou le sur-

(1) DESORMEAUX, *Revue de théér. méd.-chir.*, 15 févr. 1875, n° 4, p. 88.

lendemain de l'opération et n'abandonnent leurs occupations que pour trois ou quatre jours. Les bourses ne gonflent ni ne rougissent, ou cela est à peine.

Voici donc la technique : 1° anesthésie de la vaginale ; 2° évacuation du liquide ; 3° irritation de la vaginale ; 4° lavage de la poche.

1° **Anesthésie de la vaginale.** — L'injection de teinture d'iode pure dans la vaginale est douloureuse : il faut donc anesthésier celle-ci.

Burdel (de Vierzon) (1), en 1884, utilisa le premier la cocaïne pour produire l'anesthésie de la séreuse péritesticulaire ; après lui Bazy et Thiéry (2) s'en servirent avec succès concurremment avec Périer. Puis le procédé se généralisa rapidement.

Burdel et Périer se servaient d'une solution à 1 p. 100 ou 2 p. 100 de chlorhydrate de cocaïne. Ils en injectaient 30 à 40 centimètres cubes, après évacuation du liquide, laissaient le médicament en contact pendant quatre à cinq minutes avec la vaginale et évacuaient l'agent anesthésique avant de procéder à l'injection iodée. Bazy et Thiéry commençaient par faire pénétrer dans la poche, avant toute ponction, 10 à 30 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne en solution concentrée au 1/5° ou au 1/10°. Cette instillation était faite avec une seringue de Pravaz dont l'aiguille restait en place. Une demi-heure plus tard, on pratiquait la ponction évacuative et l'injection de teinture d'iode.

Ces derniers auteurs, en faisant précéder la ponction par l'injection anesthésique, essayaient de prévenir les accidents que l'absorption de la cocaïne est capable de provoquer. Nicaise (3) prenait les mêmes précautions en vidant, au tiers seulement, la poche liquide et en injectant, par la lumière de la canule, 3 ou 4 centimètres cubes d'une solution de cocaïne à 1 p. 100 qu'il abandonnait avant d'achever l'évacuation et de faire l'injection iodée. Manget (4) a fait à ce sujet une remarque qui a quelque importance. En mélangeant une solution de cocaïne à 2 p. 100 à de la sérosité d'hydrocèle fraîchement recueillie, il détermina immédiatement la formation d'un précipité abondant de fibro-albuminate de cocaïne insoluble dans la solution iodo-iodurée. Ce même précipité se formant dans la vaginale, au contact de la sérosité, quand on y introduit la solution de cocaïne, diminue beaucoup l'action analgésiante du médicament. D'après Manget, il suffirait de faire précéder l'injection de cocaïne d'un lavage de la vaginale avec la solution stérilisée tiède de chlorure de sodium à 5 p. 100, pour éviter la formation du précipité ; on sait, du reste,

(1) BURDEL, *Union médicale*, 1886, 3^e série, t. XLII, p. 185.

(2) THIÉRY, De l'emploi de la cocaïne dans le traitement de l'hydrocèle par l'injection iodée (*Gaz. méd. de Paris*, 1887, 7^e série, t. IV, p. 208 et 217, nos 18 et 19).

(3) NICAISE, De l'anesthésie de la vaginale dans le traitement de l'hydrocèle par les injections irritantes (*Acad. de méd.*, séance du 4 juin 1895. *Voy. Sem. méd.*, 1895, n° 29, p. 246).

(4) MANGET, Moyen de remédier à l'insuffisance d'analgésie cocaïnique dans le traitement de l'hydrocèle par l'injection iodée (*Sem. méd.*, 2 oct. 1895, n° 49, p. 194).

qu'en mélangeant une solution de chlorure de sodium à une solution de chlorhydrate de cocaïne, on peut obtenir l'analgésie avec une dose bien moindre de ce dernier.

Pousson (1) a remplacé la cocaïne par l'antipyrine. Ayant d'abord anesthésié la peau par une pulvérisation de chloréthyle pratiquée à la faveur d'un trou creusé dans une plaquette de coton, il ponctionne, évacue le liquide et injecte dans la poche tout ce qu'elle peut contenir d'une solution d'antipyrine à 2 ou 3 p. 100.

Personnellement, je me sers de cocaïne : avec la seringue de Luer, j'injecte dans la cavité vaginale 15 ou 20 centimètres cubes de la solution suivante : eau stérilisée 10 c.c. ; chlorure de sodium, 0,10 cent. ; chlorhydrate de cocaïne 0,25 milligr. ; cela suffit ; je laisse l'action se prolonger pendant une dizaine de minutes.

2° **Évacuation du liquide.** — J'ai déjà dit comment il fallait pratiquer la ponction ; je n'y reviens pas. Le trocart de 3 millimètres de diamètre me paraît suffisant. Je préfère que la canule ait un robinet ; cela facilite les manœuvres ultérieures.

3° **Irritation de la vaginale.** — Je me sers de préférence d'un petit entonnoir, terminé par un tube de caoutchouc auquel s'adapte l'armature de la canule. Souventes fois j'ai utilisé la seringue ; c'est moins bon : il est si rare que le piston fonctionne bien et ne frotte ni trop ni trop peu, si rare que l'embout de l'instrument s'adapte exactement à la canule ! On souille ses doigts, le malade, les draps. L'injection de teinture d'iode mal faite est dégoûtante ; je comprends que les amateurs d'opérations sanglantes trouvent qu'elle manque d'élégance. C'est souvent vrai.

J'introduis dans la poche une petite quantité de liquide : 30, 40, 50 centimètres cubes suffisent, et au delà. Comme, dans la grande majorité des cas, cela ne distend pas la vaginale et comme, d'autre part, j'ai soin de toujours bien enfoncer le trocart, je ne prends pas l'inutile peine de plisser les enveloppes contre ce trocart pour éviter une « prétendue pénétration de la teinture dans le tissu cellulaire des bourses ». Le cas échéant, cela n'éviterait rien. Je malaxe doucement les bourses, tapotant le fond du sac ; au reste, il se produit toujours un tel rabougrissement du scrotum par contraction réflexe du dartos, que le liquide, même en petite quantité, se met sans peine en contact avec toute la surface de la poche. J'y laisse la teinture d'iode séjourner une dizaine de minutes ; puis, le robinet ayant été ouvert, tandis que l'entonnoir est abaissé grandement, ainsi qu'on fait pour le lavage de l'estomac, elle s'écoule dans ledit entonnoir qu'on vide ensuite par inclinaison. Il vaut mieux n'exercer aucune pression sur les bourses ; l'irrigation va tout enlever.

4° **Lavage de la vaginale.** — Je remplis l'entonnoir d'eau stérilisée

(1) POUSSON, Note sur la technique opératoire du traitement de l'hydrocèle par l'injection iodée (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, sept. 1895, n° 9, p. 798).

chaude et je transfuse celle-ci dans la poche vaginale que je vide ensuite par abaissement de l'entonnoir. De la même manière, je pratique l'irrigation répétée jusqu'à ce que le liquide sorte parfaitement clair.

D'un coup sec, je retire la canule; je froisse un peu les enveloppes à la place de la piqûre et j'applique ou n'applique pas un petit tampon d'ouate collodionnée. Wickham (1) fait un gros pansement ouaté compressif du scrotum; cela ne sert à rien, mais gêne beaucoup le malade.

D. Ouverture large de la vaginale. — Je n'aurais rien dit dans ce paragraphe — ni ailleurs — du traitement de l'hydrocèle par le drainage et le séton que je croyais définitivement tombés dans le bienfaisant oubli, si Helferich, professeur de chirurgie à la Faculté de Greifswald, son assistant A. Buschke et, après eux, Herbing (de Stettin) (2), n'avaient essayé de réhabiliter la méthode en imaginant le procédé suivant: on fait passer du pôle supérieur au pôle inférieur de la tumeur une grosse aiguille recourbée, munie d'un fort fil double stérilisé; on évacue par la ponction le contenu de l'hydrocèle et on noue ensuite solidement, sur le scrotum, les extrémités du fil émergeant des deux pôles de l'hydrocèle. Enfin, on obture au moyen de collodion les orifices des trois ponctions ou, mieux, on enduit d'une couche de cette substance toute la moitié correspondante du scrotum. Les fils sont enlevés au bout de six à huit jours. Il ne s'est produit, paraît-il, jusqu'à ce jour qu'une légère réaction inflammatoire. Ce n'est certes pas la faute de l'opération.

J'en reviens à l'ouverture large de la vaginale.

Cette ouverture large de la vaginale (suivie ou non d'excision) est de date très ancienne. Celse la pratiquait.

Cette « mauvaise opération » (Chassaignac), « à peine excusable chez les chirurgiens ignorants et barbares des temps passés » (Gerdy), fut, en effet, pratiquée par A. Paré, Monro, P. Pott, Douglas, et bien d'autres; Ph. Boyer l'utilisait vers le milieu du XVIII^e siècle; mais elle fut abandonnée en raison des accidents qu'elle provoquait et Malgaigne, Richerand, Jobert, Breschet, Lisfranc, Nélaton, ne la réservaient plus, au dire de Gouffier (3), qu'à quelques cas spéciaux. C'est la méthode antiseptique qui l'a ressuscitée.

Depuis que Volkmann, en 1876 (4), a donné à l'opération de Celse (incision de la vaginale) le regain d'actualité auquel elle avait droit et

(1) WICKHAM, Note sur le traitement de l'hydrocèle vaginale par l'injection iodée et la compression (*Gaz. hebdomadaire de Paris*, 7 mai 1886, n° 19, p. 306).

(2) HERBING, Un traitement de l'hydrocèle (*Sem. méd.*, 3 oct. 1894, n° 55, annexes, p. 218).

(3) GEORGES GOUFFIER, Contribution à l'étude des traitements de l'hydrocèle, thèse de Paris, 1898, n° 344.

(4) VOLKMANN, Der Hydrocelschnitt bei antiseptischer Nachbehandlung (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1876, n° 3).

la place qu'elle mérite dans le traitement de l'hydrocèle, la méthode a été modifiée maintes fois. On peut classer de la façon suivante les procédés dont l'incision constitue le temps fondamental:

- a. Incision simple;
- b. Incision avec résection partielle de la vaginale;
- c. Incision avec résection totale;
- d. Incision avec éversion de la vaginale, sans résection.

a. Incision simple. — La manière d'opérer de Volkmann était la suivante: sous chloroforme, incision, sur une égale longueur, de toutes les enveloppes du testicule, y compris la séreuse; lavage de la poche avec la solution phéniquée à 3 p. 100; examen et toilette de la séreuse; sutures au catgut comprenant la séreuse et la peau, et pansement ouaté compressif. Drainage à la mèche.

Les indigènes des îles Samoa opèrent comme Volkmann (à l'asepsie près): M. de Kermorgant (1) nous enseigne qu'ils sectionnent la poche des patients avec un éclat de verre et que, pour assurer le drainage, ils introduisent dans la cavité vaginale un petit os d'aile d'oiseau. Réunion par seconde intention. En cas de récurrence, castration. Nous sommes en retard.

La méthode de Volkmann a déjà vieilli; mais tandis que la plupart des chirurgiens se sont plu à la perfectionner en la remplaçant par des procédés activant la guérison ou mettant plus sûrement à l'abri de la récurrence (suppression du drain, résection, éversion), des praticiens la conservent encore après lui avoir fait subir quelques modifications qui ne me paraissent guère de nature à en augmenter beaucoup les avantages: ainsi Paul Clendenin (2); ainsi Roersch (de Liège) (3); ainsi le professeur O. Bloch (de Copenhague) (4). Voici comment opère le premier: sous l'anesthésie cocaïnique, il incise les bourses, y compris la vaginale; il cautérise la surface intérieure de celle-ci avec la solution phéniquée à 5 p. 100; puis, suturant les bords de l'incision vaginale aux bords correspondants de l'incision cutanée, il maintient l'incision béante, panse à plat, laisse s'établir la réunion par seconde intention, et trouve, après cela, que « le meilleur traitement de l'hydrocèle vaginale simple, récente, est l'incision de la séreuse non suivie de suture »! Voici comment procède le second: anesthésie à la cocaïne; incision large de la vaginale et des tuniques marsupiales; fixation de la vaginale à la peau; tamponnement de la cavité avec une lanière de gaze iodoformée pendant

(1) DE KERMORGANT, Le traitement de l'hydrocèle chez les indigènes des îles Samoa (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, 1898, n° 2, et *Presse méd.*, 26 nov. 1898, n° 97, p. 152).

(2) PAUL CLENDENIN, De l'incision maintenue béante dans le traitement de l'hydrocèle simple (*The Boston med. and surg. Journ.*, 3 mai 1894, p. 440).

(3) ROERSCH, Traitement de l'hydrocèle (*Ann. de la Soc. méd.-chir. de Liège*, mars 1896).

(4) O. BLOCH, Un traitement radical de l'hydrocèle (*Sem. méd.*, 16 févr. 1898, n° 9, p. 72).

dix jours. Voici comment opère le troisième : chloroformisation ; mise à nu du testicule ; renversement de la vaginale ; visite, toilette et cautérisation de celle-ci ; tamponnement de la poche avec une lanière de gaze iodoformée dont on fait sortir le bout par l'incision ; pansement antiseptique ; après trois ou quatre jours, suppression du tampon ; fermeture de la plaie à l'aide de trois à cinq points de suture au catgut ne comprenant que la peau. Récidive en quelque sorte impossible ! J'aime mieux ce dernier procédé, quoiqu'il retarde ; mais les uns et les autres sont mauvais en ce sens qu'ils laissent la porte ouverte à l'infection et à la suppuration du foyer.

b. Incision avec résection partielle de la vaginale. — Ce procédé est de Julliard (1). L'auteur décrit ainsi le trait caractéristique de son opération : « La toilette de la cavité étant faite, je résèque de la vaginale ce qui est nécessaire pour que ce qui en reste suffise à recouvrir le testicule et le cordon, et je suture la vaginale, en l'ajustant sur le testicule et le cordon. Cette suture est faite avec des catguts très fins, placés à 1 centimètre les uns des autres. J'obtiens ainsi un adossement complet et hermétique du feuillet pariétal avec le feuillet viscéral, sur lequel il est appliqué et tendu sans aucun repli. » A la fin, suture de la peau avec ou sans drainage sous-cutané.

Augagneur (2), Nicaise (3), Scarenzio (4), Gambardella (5) ont apporté quelques modifications à l'opération de Julliard : le premier — Augagneur — prend comme limites de la section vaginale les lèvres rétractées de la longue incision cutanée qu'il fait, draine la cavité vaginale et établit une sorte de capitonnage de la séreuse avec des fils métalliques maintenus par des plaques de plomb ; le second — Nicaise — sépare avec soin la fibreuse de la séreuse pour ne réséquer que cette dernière, ce qui, en permettant d'éviter la déchirure des vaisseaux qui rampent sur la face extérieure de la fibreuse, assure « une opération à blanc » (la manœuvre est-elle toujours possible ?) ; le troisième — Scarenzio — pratique une courte incision tégumentaire, ponctionne la vaginale et, au fur et à mesure que le liquide s'écoule, attire au dehors le feuillet pariétal de la vaginale, le décolle avec les doigts, le pédiculise, le prend entre deux pinces et le résèque sans avoir exploré la cavité ; le quatrième — Gambardella — pour éviter la tuméfaction des bourses qui survient après l'opération et qu'il attribue à la formation d'un épanchement séreux et à l'extravasation

(1) JULLIARD, De l'incision antiseptique de l'hydrocèle (*Revue de chir.*, t. IV, p. 81, 1884).

(2) AUGAGNEUR, Traité de l'hydrocèle par l'incision et la résection partielles de la tunique vaginale (*Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir.*, 1886, p. 222).

(3) NICAISE, Traitement de l'hydrocèle par le décollement et l'excision de la tunique vaginale (*Revue de chir.*, 1888, p. 89).

(4) SCARENZIO, Sul modo di rendere ancora piu semplice e innocente la cura dell'idrocele. Brochure in-8°, Milano, 1889.

(5) GAMBARDELLA, Moyen pour éviter la tuméfaction des bourses après l'incision de l'hydrocèle (*Sem. méd.*, 20 sept. 1899, n° 40, p. 320).

sanguine, soulève, de chaque côté de l'incision et à une distance de 3 centimètres de cette dernière, un bourrelet ou pli cutané qu'il maintient au moyen de quelques points de suture interrompue, une couche d'ouate hydrophile protégeant la peau contre la compression exercée par les fils. Est-ce bien avantageux ?

c. Incision avec résection totale. — C'est l'opération de von Bergmann. On ouvre la poche, puis, après avoir, à la manière de Nicaise, séparé de la tunique fibreuse le feuillet pariétal de la vaginale, on coupe celui-ci en arrière, au ras de l'épididyme, en ayant soin d'éviter le canal déférent. On supprime donc la cavité vaginale. Par-dessus le testicule, on suture la fibreuse, créant ainsi momentanément à la glande une cavité sans séreuse qui ne tarde pas à s'oblitérer par adhérences.

Bergmann draine cette cavité ; d'autres (Vogt, Jacobson) la ferment complètement, mais, par-dessus la suture profonde, établissent un drainage superficiel, ou bien laissent la plaie cutanée béante : variante de maigre importance. Baumgarten (de Budapest) (1) énuclée la poche sans l'ouvrir, en la séparant du tissu cellulaire. Il refoule la peau des bourses derrière l'hydrocèle, ce qui, d'après lui, favorise la contraction de la tunique musculaire du scrotum et diminue considérablement l'hémorragie, puis, ayant ouvert l'hydrocèle et ayant réséqué le feuillet pariétal tout entier, il remet le scrotum en place. D'une manière générale, d'ailleurs, il est bon, avant d'ouvrir la vaginale, de la séparer des couches sous-jacentes : cela simplifie l'opération. C'est ce que je fais, et ce que font aussi Reclus et Routier (2).

Cette résection est, au total, une opération assez facile et bénigne. Pendant quelques jours, la bourse reste grosse, dure, épaissie, ce qui est, sans doute, la conséquence du suintement sanguin qu'il est impossible d'éviter complètement. Le testicule paraît plus volumineux ; il est adhérent, mais peu à peu les tissus s'assouplissent, la glande récupère sa mobilité et aucune trace ne subsiste bientôt plus de l'opération.

d. Éversion de la vaginale. — Cette résection de la vaginale ne présente, en réalité, d'autre difficulté que de ménager l'épididyme et le canal déférent. Que de fois ceux-ci n'ont-ils pas été tranchés par les ciseaux ? C'est pour éviter cette blessure que Storp (3) a imaginé de remplacer l'exérèse de la séreuse par le procédé suivant, sans doute plus ingénieux que pratique, inapplicable, en tous cas, quand la vaginale est très épaissie. L'opérateur incise couche par couche jusqu'à la poche qui est vidée ; il passe alors des fils de soie sous la tunique vaginale, des deux côtés, depuis la lèvre de l'incision

(1) S. BAUMGARTEN, Un procédé modifié de cure radicale de l'hydrocèle (*Sem. méd.*, 11 déc. 1895, n° 11, p. 242).

(2) ROUTIER, thèse déjà citée de GOUFFIER. Paris, 1898, n° 344.

(3) STORP, *Sem. méd.*, 6 juin 1896, n° 29, p. 230.