

par une opération; CHELIUS et ROSENMECKEL avaient déjà antérieurement tenté une semblable opération, mais sans aucun résultat, tandis que SCHULLER aurait opéré ainsi avec plein succès un cas difficile. Après avoir divisé la peau et l'aponévrose, on va à la recherche du testicule dans le tissu sous-péritonéal, et l'on attire à travers l'anneau inguinal externe, soit le testicule lui-même, soit le cordon facile à reconnaître; on divise ensuite les enveloppes musculaire et fibreuse, ainsi que la tunique vaginale, dans une direction longitudinale, après avoir passé par la partie la plus inférieure de cette tunique, une anse de fil servant à la fixer. Enfin, par une incision transversale pratiquée avec de grandes précautions pour ne pas blesser les vaisseaux et les nerfs, on isole et mobilise le cordon, on attire en bas le testicule dans le scrotum ouvert pour le recevoir, et on l'y fixe par plusieurs sutures au catgut intéressant la partie postéro-inférieure de l'organe. On termine l'opération par la suture du prolongement vaginal du péritoine qui, le plus souvent, est resté ouvert, et l'on réunit également en partie l'anneau inguinal externe qui a dû être agrandi. Ce dernier temps de l'opération est le même que dans la cure radicale des hernies (§ 96).

Les affections dont peut être le siège le testicule inguinal, seront, en général, traitées selon les règles que nous aurons à établir plus tard.

Rappelons ici seulement que, par sa position, il est exposé aux causes d'inflammation, qu'il est fréquemment le siège d'altérations morbides diverses, et que, surtout, il perd alors très souvent ses fonctions. Aussi les indications de la castration sont-elles beaucoup plus étendues que lorsque le testicule est normalement situé.

Une autre affection assez fréquente due à un arrêt de développement, c'est l'**hydrocèle congénitale**. A l'état normal, la portion vaginale du péritoine qui accompagne le testicule dans sa descente, s'oblitére dans toute la partie comprise entre cette glande et l'anneau inguinal interne; dans l'hydrocèle congénitale, la soudure ne s'est pas produite, la cavité vaginale reste ouverte complètement ou en partie, et conserve sa communication primitive avec la cavité péritonéale. Le liquide séreux qui est sécrété dans cette dernière, peut ainsi arriver dans la cavité vaginale du testicule, et vice-versa, le liquide de l'hydrocèle peut pénétrer dans la cavité péritonéale, fait qui doit être pris en considération dans le diagnostic et le traitement. Le *canal de communication est de calibre très variable*; parfois il ne laisse passer qu'un cheveu. Vu la réductibilité de la tumeur, celle-ci pourrait être prise pour une hernie; mais elle peut être reconnue grâce à sa transparence et à sa motilité à la percussion; en outre, la réduction de l'hydrocèle, qui s'opère très lentement, se distingue facilement de la rentrée brusque de la hernie, laquelle s'accompagne, en outre, d'un bruit de gargouillement. Lorsque le canal de communication est très large, l'hydrocèle congénitale se complique souvent

de hernie; habituellement, l'intestin occupe alors la partie supérieure, et le liquide la partie inférieure de la tumeur.

L'**hydrocèle congénitale disparaît souvent d'elle-même**. Dans d'autres cas, la soudure des parois n'étant que partielle, il reste de petites cavités séreuses qui sont le point de départ des hydrocèles du cordon que nous décrirons plus tard. Si la tumeur est très volumineuse et gênante, on peut, après avoir refoulé le liquide dans la cavité abdominale, essayer de comprimer le canal inguinal à l'aide d'un bandage herniaire, ou de bandelettes de sparadrap appliquées de façon à exercer une action analogue. Il est préférable d'évacuer le liquide à l'aide d'un trocart désinfecté avec soin; l'irritation produite par une seule ponction, ou, au besoin, par des ponctions répétées, est habituellement suffisante pour provoquer une inflammation adhésive des parois de l'hydrocèle. PITHA fait la ponction à l'aide d'une aiguille; celle-ci étant retirée, le liquide pénètre dans le tissu conjonctif du scrotum. L'œdème ainsi produit, exerce sur le prolongement vaginal du péritoine une compression passagère, il est vrai, mais suffisante pour déterminer l'adhérence des surfaces séreuses. Il faut absolument rejeter les injections de liquides irritants, lesquels peuvent très facilement pénétrer dans la cavité péritonéale et provoquer une péritonite mortelle.

2. Maladies acquises du scrotum.

§ 267. — 1. Les **lésions traumatiques du scrotum**, sous forme de contusions et de plaies, sont fréquentes. — Les **contusions** sont souvent suivies d'une extravasation sanguine très considérable, au point que l'**hématome** du scrotum peut atteindre le volume d'une tête d'enfant. C'est qu'en effet, le dartos est séparé de la tunique vaginale par un tissu conjonctif très lâche, riche en vaisseaux, tandis que, d'autre part, le scrotum est très extensible. Le sang peut se répandre jusque sous la peau du pénis et de la paroi abdominale; parfois l'épanchement est unilatéral et ne dépasse pas les limites du raphé scrotal. Une tuméfaction régulière des bourses et l'état normal du testicule resté accessible à la palpation, tels sont les signes qui permettent d'assurer le diagnostic. La résorption de l'épanchement s'opère d'habitude spontanément. CURLING conseille de provoquer par le froid la contraction de la tunique dartos, dans le but de favoriser la résorption. Les pansements compressifs, vu la minceur de la peau et sa tendance à la gangrène, ne doivent être employés qu'avec de grandes précautions.

Les **plaies du scrotum** sont souvent contuses et déchirées; plus rarement, elles sont produites par des instruments piquants ou tranchants. Les plaies du scrotum par armes à feu, sans blessure concomitante des testicules, sont assez fréquentes. La peau, douée d'une