

plication ; en somme, les succès obtenus par ce procédé sont très inconstants.

Les **méthodes opératoires** en usage de nos jours consistent dans la simple évacuation du liquide par la **ponction** (traitement palliatif), ou ont pour but une guérison radicale, soit par la **ponction suivie de l'injection de liquide irritant**, soit à l'aide de l'**incision ou du passage d'un séton**, etc. Dans ces derniers procédés, on cherche à obtenir l'adhérence des surfaces séreuses, et, par conséquent, l'oblitération de la cavité vaginale ; les deux surfaces séreuses ainsi adhérentes peuvent se séparer dans la suite sans qu'il en résulte nécessairement une récidive.

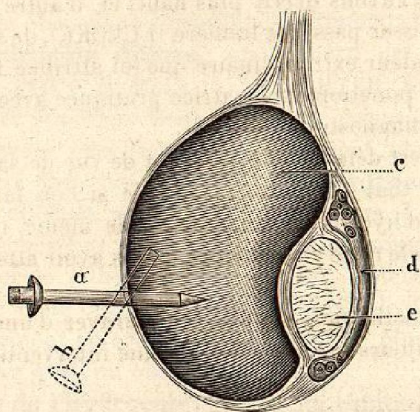


Fig. 126. — Coupe antéro-postérieure d'une hydrocèle ordinaire (d'après KOCHER), et procédé de ponction. — *a*) Direction de la canule du trocart lors de l'introduction de l'instrument. — *b*) Direction de la canule pendant l'évacuation du liquide. — *c*) Hydrocèle. — *d*) Épididyme. — *e*) Testicule.

La **ponction**, surtout chez les enfants, peut être, à l'exemple de PITHA, pratiquée à l'aide d'une simple aiguille ; nous avons déjà décrit ce procédé, à propos de l'hydrocèle congénitale (§ 266). Mais, habituellement, on se sert d'un trocart qui ne soit pas d'un trop fort calibre, car l'écoulement trop rapide d'une très grande quantité de liquide peut avoir pour conséquence des ruptures vasculaires au niveau de la paroi interne de l'hydrocèle. Pour pratiquer la ponction, on fixe le scrotum de la main gauche, qui reçoit dans sa concavité la partie postérieure de l'hydrocèle, ainsi que le testicule ; puis on plonge le trocart perpendiculairement à l'axe longitudinal du scrotum (si l'on plongeait le trocart dans toute autre direction, la pointe de l'instrument pourrait facilement pénétrer entre les différentes enveloppes du scrotum) ; puis, on retire l'aiguille du trocart, et l'on abaisse l'extrémité externe de la canule (fig. 126), que l'on peut con-

verlir en siphon, en y adaptant un tube de caoutchouc, ce qui permet de vider complètement la cavité vaginale ; ou bien on se sert dans le même but d'un trocart à tube d'écoulement coudé. Lorsque le liquide se reproduit, la ponction simple peut être répétée sans aucun inconvénient aussi longtemps qu'on le juge nécessaire. Chez les enfants elle suffit souvent à obtenir une guérison radicale ; chez les adultes, elle doit être employée dans les cas où un état de faiblesse ou de maladie inspire quelques craintes au sujet des conséquences que pourrait avoir l'inflammation nécessaire à la guérison radicale. Si, dans la ponction, on a produit une lésion du testicule se révélant par l'hémorragie et la douleur, lésion qu'il est facile d'éviter avec un peu de soin, on applique ensuite sur le scrotum un pansement compressif.

Pour l'**injection** on se sert de liquides irritants que l'on ne fait agir que peu de temps sur la paroi interne de la tunique vaginale, et que l'on évacue ensuite de nouveau. Depuis HUNTER on s'est servi dans ce but des solutions les plus diverses, chaudes ou froides. Sur le conseil de VELPEAU on se sert actuellement, le plus souvent, de l'iode, sous forme de solution de Lugol (iode 1, 5, iodure de potassium 3, 0, eau distillée 30, 0.)¹. A l'exemple de MIDDELDORPF, nous nous servons quelquefois du chloroforme, qui a été proposé par LANGENBECK, mais, le plus souvent, de la teinture d'iode pure (voir la remarque) à la dose de 3 à 40 grammes, dont nous laissons la plus grande partie dans la cavité vaginale. Le liquide est injecté à l'aide d'une seringue, ou introduit au moyen d'un petit entonnoir de Hégar. La douleur, au moment de l'injection, est d'abord très vive, mais elle disparaît complètement au bout d'un certain temps. Le liquide injecté provoque une périorchite aiguë à exsudat surtout fibrineux, lequel est résorbé, du reste, au bout de quelques jours. Rarement l'opéré est obligé de garder la chambre plus de huit à dix jours.

C. HUETER se sert avec succès de l'injection d'une solution phéniquée à 2 0/0, suivie de l'enveloppement du scrotum. Nous n'avons pas obtenu un bon résultat de ce procédé dans le seul cas où nous l'avons employé.

A la suite de l'évacuation du liquide, il se produit une augmentation de volume et une induration du testicule et de l'épididyme, ainsi qu'on peut habituellement le constater par la palpation. Ces signes d'épididymite chronique disparaissent à mesure que s'opère la guérison de l'hydrocèle. PITHA est tenté d'attribuer à l'iode une efficacité particulière sous ce rapport ; mais nous avons obtenu le même résultat, soit avec l'injection de chloroforme, soit avec les autres procédés d'opération radicale.

1. Je me sers avec plein succès de la teinture d'iode officinale, autant que possible fraîchement préparée. Mais, après l'injection, il faut l'abandonner dans la cavité vaginale et ne pas lui donner issue à l'extérieur. KOENIG.