

La tente de G. de Salicet, la *canule* de Monro, le bout de sonde de gomme élastique laissé pendant quelques jours à demeure dans le sac par Larrey, un simple fil de chanvre, de soie, de métal, sont rarement appliqués.

Les inconvénients du séton, que nous avons plusieurs fois expérimenté, nous paraissent nombreux. Ce procédé est moins sûr que l'injection, et il expose à des inflammations parfois fort dangereuses, à des ulcérations érysipélateuses, à des adhérences partielles dans le trajet de la mèche, avec permanence de l'épanchement, et à tous les périls des suppurations prolongées.

*Incision.* Le malade couché sur le dos, et le chirurgien placé à sa droite, la peau, tendue entre les doigts de la main gauche, est fendue de haut en bas sur la face antérieure de la tumeur. On achève la section de toute la hauteur de la vaginale avec des ciseaux, le bistouri boutonné ou le bistouri simple, conduit sur une sonde cannelée.

Un linge fenêtré est placé dans fond de la plaie, que l'on panse à plat.

*Excision.* Douglas a fixé l'attention sur cette importante méthode.

Le chirurgien anglais enlevait, à l'aide de deux incisions, un lambeau elliptique de la peau en avant de la tumeur, qui était largement ouverte, et il excisait la plus grande partie de la vaginale. On couvrait la plaie de charpie.

Boyer faisait une simple incision dans toute la hauteur de la tumeur, disséquait la peau des deux côtés jusque près des adhérences de la séreuse avec le testicule, n'ouvrait le sac qu'après complète dissection, et l'excisait après l'avoir fendu.

L'excision ne nous paraît applicable qu'aux épaissemments de la tunique vaginale, et préférable à l'énucléation de la couche néoplastique, proposée par M. Gosselin.

Les *scarifications sous-cutanées* constituent une méthode nouvelle. On fend le sac à l'aide d'un ténotome très-fin, introduit obliquement. Le liquide s'infiltré hors de la poche dans le tissu cellulaire, où il est résorbé. Ce procédé est déjà oublié.

*Injection.* Cette méthode, universellement adoptée, comprend : la *ponction* et l'*injection*.

Le chirurgien, placé à droite du malade, embrasse les bourses de la main gauche *a* (fig. 551); de la droite *c* il donne un coup de trocart *b* à la partie antérieure et inférieure de la tumeur, à moins que l'exploration à l'aide d'une lumière ou du toucher ne lui ait appris que le testicule se trouve accidentellement en ce point. L'index, tenu allongé sur la canule, limite la profondeur à laquelle le

trocart doit être enfoncé. Un sentiment de résistance vaincue, la facilité de porter en tout sens l'extrémité de l'instrument annoncent qu'on a pénétré dans le sac. La main gauche maintient alors la canule, tandis que la droite retire le poinçon. Le liquide s'écoule, et l'on a soin de soutenir la canule, afin qu'elle ne s'échappe pas de l'intérieur de la vaginale pendant le mouvement de retrait de cette dernière.

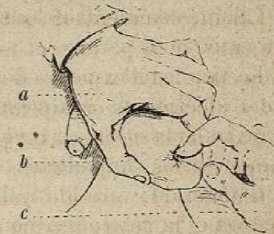


Fig. 551.

Une seringue, dite à *hydrocèle*, est chargée de vin rouge chauffé à 40 degrés centigrades. On en adapte la canule à celle du trocart, et on pousse doucement l'injection jusqu'à ce que le volume primitif de la tumeur soit à peu près reproduit. Le liquide, laissé dans le sac pendant deux ou trois minutes, est retiré; puis une nouvelle injection est faite comme la précédente; on enlève la canule, après avoir vidé la tumeur par de douces pressions exercées en tous sens, et l'on fait couvrir pendant quelques jours les bourses du malade de compresses trempées dans du vin tiède.

C'est ainsi qu'on pratique généralement l'opération, quel que soit le liquide employé. M. Sédillot a eu l'occasion d'étudier directement la formation des adhérences curatives chez un malade atteint d'une légère mortification de la plaie tégumentaire. Il excisa vers le quinzième jour la portion correspondante de la tunique vaginale, et aperçut une organisation aréolaire dans l'intérieur de cette membrane : c'étaient une foule de cellules à lames très-minces, renfermant un liquide verdâtre, d'une consistance de gelée. Il a pu vérifier depuis la même observation. Ainsi : dépôt plastique, organisation aréolaire, résorption du liquide, rapprochement de plus en plus intime de la trame celluleuse, et adhésion terminale, telles seraient les phases successives de la guérison. Les injections d'eau froide, de la sérosité même de l'hydrocèle, de vin ordinaire ou dans lequel ont bouilli des roses de Provins; les solutions de sel marin, d'alun, d'alcool simple ou composé etc, tous les liquides irritants peuvent amener la guérison.

Velpeau a particulièrement recommandé les injections de teinture d'iode. On mélange un tiers de teinture alcoolique d'iode, additionnée d'un douzième d'iodure potassique, à deux tiers d'eau; ce liquide injecté froid ne doit pas remplir la cavité vaginale. On malaxe pendant quelques instants les bourses pour bien mettre en contact chaque point de la tunique avec la liqueur; puis on évacue cette dernière, sans s'astreindre à la faire sortir en totalité. Velpeau