

sions semi-lunaires et la dissection de la partie inférieure du rectum dans toute sa circonférence, il faut, sur le doigt indicateur introduit dans l'intestin, diriger de forts ciseaux droits avec lesquels on le divise parallèlement à son axe, dans toute son épaisseur, et jusqu'au-dessus des limites du mal. Cette incision doit porter sur la paroi postérieure, afin d'être plus éloigné des vaisseaux et du péritoine. Elle permet de dérouler l'intestin et de montrer la maladie dans toute son étendue. Si trop de sang la masque, on met dans la plaie pendant deux ou trois minutes une éponge imbibée d'eau froide, qui arrête aussitôt l'écoulement; en tenant d'ailleurs la partie inférieure du rectum abaissée à l'aide de plusieurs érignes.

Quand on opère chez la femme, les doigts d'un aide placés dans le vagin sont très-utiles; comme chez l'homme, on peut avoir dans la vessie une sonde que l'on confie également à un aide intelligent. On procède ensuite à la dissection du cancer, dissection difficile, longue et laborieuse, surtout au voisinage du vagin et de l'urètre; en liant autant que possible les vaisseaux à mesure qu'on les ouvre, et ne s'arrêtant que quand on a atteint les limites du mal. Lisfranc a ainsi enlevé 3, 6 jusqu'à 8 centimètres de l'intestin; à la vérité en le mesurant allongé à la fois par les tractions et la dissection.

L'ablation terminée, on procède à la ligature des vaisseaux, et si cette ligature n'a pu se faire pour tous, on emploie d'abord l'éponge imbibée d'eau froide. Lisfranc ne se hâtait jamais de tamponner la plaie de peur d'exciter des inflammations; et quand il avait recours au tamponnement, il l'enlevait après quelques heures pour qu'il irritât moins.

On panse à plat les trois premiers jours; puis, quand toute crainte d'inflammation est passée, on introduit une très grosse mèche de charpie, que les malades devront porter longtemps encore après leur guérison. Celle-ci se fait attendre deux ou trois mois. Le rectum conserve ses fonctions; un canal muqueux nouveau remplace la portion enlevée; au-dessus il se forme un bourrelet en forme de sphincter, qui retient les matières fécales, pourvu qu'elles ne soient pas liquides.

J'ai dit quelles étaient les deux conditions exigées par Lisfranc et elles sont sages. Cependant je crois que dans un cas de nécessité, si le cancer dépassait les limites du cul-de-sac péritonéal, on pourrait ouvrir la cavité péritonéale, détacher le rectum et l'amener à l'extérieur où il serait fixé aux bords de la plaie par quelques points de suture. Cette opération ne pourrait être acceptée

que dans des cas où la nature du cancer épithélial, sa marche lente laisserait espérer la possibilité d'une guérison.

Quoi qu'il en soit, la fréquence et la rapidité des récidives font de l'ablation du rectum une opération qu'il ne faut faire qu'avec la plus grande réserve. On retarde la marche du mal en pratiquant de bonne heure un anus artificiel qui diminue les causes d'irritative locale sur le rectum. En cas de rétrécissement on peut tenter à titre de palliatif la rectotomie linéaire par un des procédés que j'ai indiqués plus haut.

CHAPITRE IX

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LES ORGANES GÉNITO-URINAIRES DE L'HOMME

Les organes génitaux de l'homme se trouvant tout à fait extérieurs à l'égard des organes urinaires, c'est par eux que nous commencerons l'exposé de ces opérations. Nous traiterons donc successivement de celles qui se pratiquent sur le scrotum, sur la verge, sur l'urètre et la vessie, en réservant pour deux articles spéciaux l'étude de la taille et de la lithotritie.

ARTICLE PREMIER

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LE SCROTUM

I. — De l'hydrocèle.

L'hydrocèle proprement dite est une accumulation de sérosité dans la tunique vaginale, sans que celle-ci ait perdu sa texture et sa souplesse. Quelquefois elle contient un liquide blanchâtre, qui est dû à la présence de spermatozoïdes. Ce n'est plus alors l'hydrocèle simple, mais un kyste spermatique, qui du reste se traite comme l'hydrocèle vaginale. Pour empêcher ensuite sa reproduction, deux méthodes se présentent. Dans l'une, on suscite dans la tunique vaginale une irritation adhésive ou substitutive; dans l'autre, une inflammation suppurative. Cette dernière compte parmi ses procédés : 1° l'incision; 2° la cautérisation; 3° le séjour dans la tunique de divers corps étrangers, *tente, seton, bougies, sondes*, etc. Pour déterminer l'in-

inflammation adhésive ou substitutive, Kinder Wood avait essayé une légère excision à travers une ponction des téguments pratiquée avec la lancette; Jobert, des incisions sous-cutanées; Malgaigne avait proposé de traverser la tunique vaginale avec des épingles; et Ricord, suivant la même idée, l'a traversée avec des fils doubles serrés à l'extérieur sur deux petits cylindres, comme dans la suture enchevillée. Mais aucun de ces procédés n'a pu prévaloir contre les *injections*. Nous allons donc décrire celles-ci d'abord avec tous les détails nécessaires.

1° *Des injections*. — Les instruments nécessaires sont : 1° un trocart ordinaire, 2° une seringue capable de contenir 300 à 400 grammes de liquide, et dont la canule s'ajuste avec précision dans celle du trocart. On emploie plus généralement la teinture d'iode iodurée, additionnée de deux ou trois fois autant d'eau ou même mélangée à parties égales. La seringue doit être préalablement chargée, et l'on s'assure qu'elle ne contient pas d'air en tournant la canule en haut et faisant jaillir d'un coup de piston quelques gouttes de liquide.

Tout étant ainsi disposé, et le malade couché, on saisit la tumeur à pleine main, laissant saillir entre le pouce et l'indicateur sa partie antérieure et inférieure, et tenant cachée dans la paume de la main la partie supérieure et postérieure où se trouvent le cordon et le testicule. On plonge le trocart à la partie antéro-inférieure et de bas en haut, en prenant soin de ne pas pénétrer trop profondément d'abord, de peur d'atteindre le testicule; quand le trocart est entré, le chirurgien, en même temps qu'il retire le poinçon, enfonce plus profondément la canule, et favorise par des pressions méthodiques l'écoulement de la sérosité. Celle-ci complètement évacuée, il prend la seringue chargée, l'adapte à la canule du trocart, et maintient lui-même celle-ci entre le pouce et le doigt du milieu, sans l'enfoncer ni la retirer, évitant surtout d'en appliquer le bout contre la tunique vaginale, ce qui empêcherait l'injection d'y pénétrer facilement. Un aide reprend la seringue de la main gauche, et pousse le piston avec la droite d'une manière continue, mais lente, jusqu'à ce que la tumeur ait repris une partie du volume qu'elle avait avant la ponction. Il retire alors la seringue, et le chirurgien applique le bout du doigt sur l'orifice de la canule pour la boucher. On laisse séjourner l'injection trois ou quatre minutes, puis on l'évacue en comprimant légèrement la tumeur, sans qu'il soit besoin de s'attacher à en expulser jusqu'aux dernières gouttes.

Revenons maintenant sur les divers temps de l'opération.

Deux accidents peuvent se présenter dans la ponction. Quelquefois le poinçon blesse quelque artériole du scrotum; mais ces vaisseaux sont si petits, que leur lésion est à peu près indifférente; d'ailleurs elle est bien rare, car je ne l'ai jamais vue. Quelquefois le trocart pénètre dans le testicule, quand on n'a pas pris les précautions indiquées; on en est averti par la douleur et la sortie de quelques gouttelettes de sang, sans autre liquide; rarement d'ailleurs y a-t-il de plus graves conséquences.

Il faut se garder de pousser l'injection au delà d'une distension très-moderée de la tunique vaginale; en la distendant outre me-

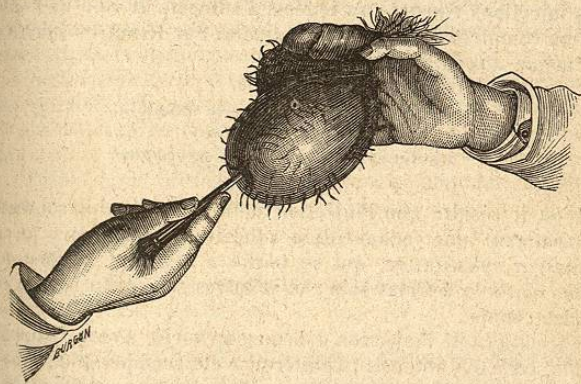


FIG. 619.

Ponction de l'hydrocèle.

sure, on risquerait de la rompre, ou tout au moins de faire refluer le liquide par les côtés de la canule dans le tissu cellulaire du scrotum, ce qui amènerait sa mortification.

L'opération terminée, on tient généralement le malade au lit, en soulevant le scrotum avec quelques compresses, ou mieux avec l'appareil que j'ai imaginé en 1853 et que j'ai appelé le suspensoir horizontal. C'est une plaque qui peut être de carton, de gutta-percha, de métal, échancrée comme l'ancien plat à barbe pour recevoir la racine du scrotum et qui repose sur les cuisses.

L'inflammation légère déterminée par l'injection amène la sécrétion d'une quantité plus ou moins considérable de lymphé plastique, qui s'absorbe d'elle-même peu à peu.

En général, après une injection iodée, la résorption du liquide

nouvellement exhalé est achevée au bout de quinze jours, et la guérison accomplie. Quelquefois la sécrétion est si abondante, surtout dans les hydrocèles volumineuses, que la résorption demande plus de temps, et qu'on peut même craindre qu'elle ne se fasse pas d'une manière complète.

Quel est maintenant le mécanisme de la guérison? On pensait d'abord qu'il y avait adhésion des parois opposées de la tunique vaginale au moyen de la lymphe plastique, et par suite oblitération de la cavité. Hutin a fait à cet égard des recherches fort curieuses. Sur 28 sujets opérés avant lui, aux Invalides, la plupart par la méthode suppurative, quelques-uns cependant par des injections vineuses ou iodées, l'autopsie fit voir une oblitération complète de la tunique vaginale. Sur 15 autres soumis par lui-même aux injections iodées,

- 7 offraient une oblitération complète,
- 4 des adhérences partielles,
- 4 la tunique libre de toute adhérence,

D'où il résulte que l'injection iodée agit le plus souvent en déterminant une inflammation adhésive; quelquefois par une irritation substitutive, qui se borne à ramener la séreuse de l'état morbide à l'état sain; et d'autres fois enfin par les deux modes réunis.

La matière de l'injection a beaucoup varié. Avant l'emploi de l'iode, celle qui obtenait la préférence était composée du gros vin rouge seul, on bouilli avec des roses de Provins et chauffé à 36° ou 40° centigr. Le vin semble déterminer généralement des douleurs plus vives, mais surtout une inflammation plus intense, une exhalation plus abondante et beaucoup plus longue à résorber. L'iode mérite donc la préférence,

On a cependant essayé l'alcool pur, avec lequel on croyait pouvoir dispenser les opérés du séjour au lit.

Ellis d'abord, après avoir vidé la tunique vaginale, y portait à travers la canule une sonde cannelée trempée auparavant dans de l'alcool à 36°, et répétait cette introduction deux ou trois fois de suite, de manière à laisser à l'intérieur 8 à 10 gouttes d'alcool. Mais le procédé était fort incertain, l'auteur n'ayant eu que huit guérisons sur douze opérations. Dupierris a repris le même liquide, mais en en injectant 8 grammes, qu'il abandonne même dans la tunique vaginale. Monod a imaginé à peu de frais un procédé nouveau en injectant les quelques gouttes d'alcool avant l'évacuation du liquide. Auger a employé l'injection de quelques

gouttes d'une solution de chlorure de zinc. J'ai employé assez souvent le procédé de Dupierris dans les cas où le malade se refusait à garder le lit et à interrompre ses occupations. On réussit quelquefois, mais assez souvent il y a récédive.

2° *Incision et excision.* — En dehors des cas dont je vais parler et qui sont exceptionnels, on a proposé l'incision de la tunique vaginale, les uns faisant la suture et cherchant à éviter la suppuration; d'autres au contraire recherchant la suppuration qui amène l'accolement des parois, la disparition de la cavité vaginale et par conséquent la cure radicale.

Curling et Gosselin ont montré que la disparition de la cavité vaginale dans ces circonstances était suivie d'anémie testiculaire et souvent de la disparition des spermatozoïdes, ce serait déjà une objection contre le retour actuel à des pratiques anciennes. Pour ma part, si je ne connaissais la manie de vouloir faire du nouveau en faisant non pas mieux, mais autrement que les autres, j'aurais peine à comprendre qu'on cherche et qu'on applique un certain nombre de procédés dits nouveaux, alors que l'injection iodée est une méthode innocente et efficace.

II. — De l'hydrocèle congénitale.

L'hydrocèle est dite *congénitale* quand elle se fait dans une tunique vaginale communiquant encore avec le péritoine. Desault n'en pratiquait pas moins les injections, en prenant soin toutefois de faire exercer sur l'anneau inguinal une compression assez forte pour que le liquide ne pût passer dans le ventre. C'est un procédé fort peu raisonné, la cavité vaginale n'exhalant point elle-même l'excès de sérosité qui lui descend de la cavité péritonéale; et l'indication réelle est d'empêcher la communication de l'une à l'autre.

En conséquence, Viguerie faisait coucher le malade, refoulait tout le liquide de l'hydrocèle dans l'abdomen par une espèce de taxis, et appliquait sur l'anneau un bandage herniaire qui l'obturerait et qui empêchait le liquide de descendre de nouveau. S'il y avait, ce qui est fréquent, coïncidence de hernie, on appliquerait d'abord les bandages et en cas d'insuccès on pourrait songer à l'opération de la cure radicale.

III. — De l'hydro-hématocèle.

Quelquefois la tunique vaginale, même ne renfermant que du liquide séreux, est fortement épaissie; quelquefois, le plus souvent même, elle contient un liquide brun, noirâtre, qui n'est que du sang altéré, et ses parois épaissies sont recouvertes de caillots fibrineux, organisés en une néo-membrane d'une résistance parfois comme cartilagineuse.

On ne saurait dans ces cas songer à la ponction et à l'injection; il faut exciser la tunique vaginale altérée ou faire une opération encore plus radicale.

Douglas commençait par enlever un lambeau dans la peau du scrotum; puis il ouvrait la poche et disséquait la tunique pour l'exciser. Boyer se bornait à inciser la peau, imitant Douglas pour le reste. Dupuytren, pratiquant l'incision ou l'excision de la peau, suivant le besoin, en ramenait les bords en arrière en pressant dessus avec le pouce et l'indicateur gauches, de manière à faire saillir en dehors le testicule et l'hydrocèle par énucléation; après quoi, ouvrant le sac, il excisait avec des ciseaux jusque près du testicule.

Gosselin a vanté et pratiqué la décortication du testicule et son exemple a été fort suivi en France; mais il faut bien le dire, les accidents n'ont pas été rares. Or, toutes les fois qu'on a affaire à ces vieux hématocèles avec épaississement de la vaginale, le testicule est déjà compromis et il l'est bien plus encore quand la décortication a été faite et que l'inflammation s'est emparée de toutes ces parties. Quant à moi, je repousse cette opération; je fais, de crainte d'erreur de diagnostic, une ponction exploratrice et si le diagnostic est exact, je fais une incision sur le scrotum, j'isole par quelques coups de bistouri la vaginale que je n'ouvre pas, je fais la ligature en masse du cordon et j'enlève à la fois la testicule et la vaginale intacte.

IV. — De l'hydrocèle enkystée du cordon.

On appelle ainsi les kystes séreux simples ou multiples placés sur le trajet du cordon. Quand ils sont très volumineux, ils se traitent par l'injection comme l'hydrocèle ordinaire, et si leurs parois sont épaissies et dures, par l'excision ou même l'extirpation complète, qui n'a pas besoin ici de règles spéciales. La seule

précaution à prendre est de ménager le canal déférent, l'artère spermatique, et le plus qu'on peut, les veines du cordon.

Quand les kystes sont trop petits pour admettre la ponction au trocart, A. Cooper préfère un petit séton avec un fil de soie. Ricord a réussi en appliquant un point unique de suture enchevillée. Malgaigne a essayé aussi de les traverser avec des épingles. Pott recommande l'incision par le bistouri et la lancette, en pansant à fond pour obtenir la suppuration.

Si tous ces moyens échouaient, on aurait recours à l'excision.

V. — Oschéochalasic.

Larrey a donné ce nom à un développement graisseux et lardacé du scrotum, qui fait parvenir cet organe à un poids de 15, 30 et jusqu'à 50 kilogrammes. La castration se présente tout d'abord pour y remédier; mais comme le testicule est souvent sain au milieu de cette masse adipeuse, on a songé à le conserver.

Procédé de Delpech. — Il avait affaire à une tumeur de ce genre, du poids de 30 kilogrammes, il conserva autant de téguments qu'il en put prendre sur la racine de la tumeur; en forma divers lambeaux auxquels il s'efforça de donner une figure qui lui permit plus tard d'en envelopper la verge et les testicules; disséqua ces lambeaux et les renversa, l'un sur l'hypogastre, les autres sur la face interne des cuisses; dépouilla sur-le-champ par la dissection la verge, les testicules et leurs cordons, en ne leur laissant que leur tunique immédiate; rabattit le lambeau supérieur autour de la verge, les lambeaux latéraux sur les testicules; et par des points de suture multipliés parvint à fabriquer ainsi une enveloppe cutanée à cet organe.

Ce procédé ne peut être appliqué que quand on trouve les testicules sains. Mais une altération fréquente dans ces cas est l'allongement extrême des cordons spermatiques. Peut-on alors les conserver? Delpech assure qu'on le doit, et qu'ils ne tardent pas à se retracter de manière à reprendre leur longueur à peu près naturelle.

VI. — De l'oschéoplastie.

Malgaigne a pratiqué le premier cette opération, qui a pour objet de replacer sous les téguments le testicule sorti à travers

une plaie du scrotum, et retenu au dehors par des adhérences.

Le procédé opératoire consiste à rafraîchir les bords de la solution de continuité des téguments, à disséquer ceux-ci de tous côtés, assez loin pour arriver à un tissu cellulaire non induré, et à obtenir ainsi une large place où l'on puisse refouler le testicule. On ramène ensuite les téguments au-devant de l'organe, et on les réunit par suture.

La suture est ici fort sujette à échouer, attendu qu'on applique les surfaces saignantes des téguments sur la surface suppurante du testicule. Un point très-important est donc de disséquer les téguments assez loin pour les ramener sans tiraillement au-devant du testicule; en sorte que, si la suture échoue, on la remplace par des bandelettes de diachylon ou mieux de collodion, sans avoir à craindre que la rétraction des lèvres de la plaie ne laisse derechef le testicule saillir au dehors.

Malgaigne applique la même opération pour faire rentrer dans le scrotum le *fungus bénin du testicule*, qui n'est autre chose qu'une hernie du tissu testiculaire à travers une ouverture de la tunique albuginée, et en même temps à travers les téguments. Mais Syme avait eu avant lui la même idée et le même succès.

VII. — Des *fungus tuberculeux du testicule*.

Tantôt ces *fungus* se montrent à l'extérieur comme une sorte de champignon à bourgeons pâles, troué de fistules pénétrant à un ou plusieurs centimètres de profondeur; tantôt, et le plus souvent, il y a une ou plusieurs fistules à la peau, laissant pénétrer le stylet quelquefois très-loin, et aboutissant à une tumeur profonde accolée au testicule. Enfin le *fungus* peut provenir de l'épididyme ou du testicule lui-même.

On ne connaissait pas ces sortes de *fungus* avant que Malgaigne eût appelé l'attention sur ce point; et la thérapeutique, fort obscure, tantôt se bornait aux injections irritantes ou même caustiques, tantôt allait jusqu'à la castration.

L'ablation du *fungus* peut seule amener la guérison; et par cette ablation, la castration peut être évitée.

Procédé opératoire. — Si le *fungus* se montre au dehors, on le cerne par deux incisions, et en l'enlevant successivement par tranches horizontales, en s'aidant aussi du stylet porté dans les

fistules pour en connaître la profondeur, on arrive à la coque fibreuse qui le sépare du tissu du testicule. On peut arrêter l'excision à cette coque même; ou bien on peut l'enlever de manière à s'assurer de l'état sain du tissu testiculaire, qui sera alors complètement à nu. La plaie sera ensuite réunie par première intention.

S'il n'y a qu'une fistule, on la divise sur la sonde cannelée jusqu'à ce que le *fungus* soit complètement à nu, et l'on excise celui-ci à l'ordinaire, ou on l'enlève par le grattage avec la cuillère tranchante. Si la peau offrait plusieurs ouvertures fistuleuses, on les comprendrait entre deux incisions semi-elliptiques. On peut encore ici tenter la réunion par première intention; mais elle devra rarement réussir, à raison de la profondeur de l'excision. Telles sont les opérations qu'on peut pratiquer; mais, pour ma part, je n'en trouve qu'une seule applicable à ces cas, c'est la castration.

VIII. — De l'ablation du testicule.

Anatomie chirurgicale. — Le testicule, outre sa tunique vaginale qui l'enveloppe presque en entier, est recouvert par la peau, le fascia superficialis et le dartos. Les deux premières couches sont communes à tout le scrotum; mais chaque testicule a son dartos spécial, qui s'accôle sur la ligne médiane avec celui de l'autre côté pour former la cloison. Les artères du scrotum proviennent d'abord des *honteuses externes*, branches de la fémorale; puis de l'*artère de la cloison*, branche inférieure de la honteuse interne. Il n'est pas indifférent d'ajouter que les veines correspondantes suivent le même trajet que leurs artères.

Les vaisseaux du cordon et du testicule proviennent d'autres sources. Il y a d'abord l'*artère spermatique*, née de l'aorte ou de la rénale, spécialement destinée au testicule; puis l'*artère déférente*, provenant de l'une des artères vésicales nées de l'hypogastrique; et enfin l'*artère crémastérique*, branche de l'épigastrique. Celle-ci, située en dehors du cordon proprement dit, descend le long du crémaster, et finit en s'anastomosant d'une part avec l'artère spermatique, de l'autre avec les dernières ramifications de l'artère de la cloison et des honteuses externes. L'artère déférente descend en serpentant sur le canal déférent, dans toute la longueur du cordon; et vers la queue de l'épididyme se divise en deux branches, dont l'une s'anastomose avec l'artère

spermatique, et l'autre se répand sur la tunique vaginale et le crémaster. Enfin l'artère spermatique, la plus volumineuse des trois, située au centre du cordon, à une certaine distance de l'épididyme qui varie de 3 à 8 centimètres, se divise en deux branches, l'une qui se rend au testicule, l'autre qui se distribue à la fois au testicule et à l'épididyme, c'est celle-ci qui communique avec l'artère déférente.

Ainsi, à la partie supérieure du cordon, on ne trouve guère que les trois artères indiquées, savoir la crémasterique en avant, la spermatique au centre, la déférente en arrière et accolée au canal déférent. Plus bas, outre les deux branches de l'artère spermatique (A. Cooper a donné une planche où il y en a trois), il faut compter encore les ramuscules fournis par toutes les autres, et qui, lorsque le testicule est malade depuis longtemps, peuvent acquérir un volume à réclamer la ligature.

Les veines correspondantes remontent dans le canal inguinal, comme leurs artères en descendent.

Les nerfs viennent de trois sources : du nerf crémasterique, des branches musculo-cutanées du plexus lombaire, et enfin du nerf honteux, branche du plexus sciatique.

Quelques chirurgiens, au lieu d'enlever le testicule, ont cherché à l'atrophier : les uns, comme Harvey et Maunoir, en liant l'artère spermatique; d'autres comme Morgan, en excisant une assez longue portion du canal déférent; d'autres en coupant les nerfs, et finalement le cordon tout entier. Outre la difficulté de ces opérations et l'incertitude du résultat, même sur le testicule non dégénéré, il faut observer que l'ablation de cet organe n'est justifiée que quand son tissu primitif a disparu par l'effet d'une dégénérescence, et le plus ordinairement d'une dégénérescence cancéreuse; l'ablation est véritablement la seule opération rationnelle. Elle se pratique généralement avec le bistouri. Chassignac y a appliqué l'écrasement linéaire.

Ablation par le bistouri. — Je ne ferai que mentionner quelques procédés excentriques, tels que celui d'Aumont, qui pratique l'incision des téguments en arrière du scrotum, et celui de Rima, qui enlève en deux coups de couteau le testicule et les téguments. L'opération vaut la peine que le chirurgien y regarde de près, et qu'enlevant tout ce qui doit être enlevé, il n'en emporte pas davantage.

Procédé ordinaire. — Il se compose de trois temps : l'incision de la peau, la dissection de la tumeur et la section du cordon.

1^o Le malade couché sur le dos, le chirurgien pratique une incision longitudinale qui descend depuis la racine du scrotum jusqu'à la partie la plus déclive de la tumeur, en suivant sa face antérieure et sa partie moyenne; on peut à volonté ou tendre la peau, ou lui faire former un pli qu'on divise jusqu'à sa base; mais la première manière de faire est généralement préférée.

2^o Cette incision terminée, et les vaisseaux liés à mesure, on procède à la dissection du testicule, en tirant soi-même ou faisant tirer par un aide, tantôt la peau, et tantôt la tumeur, selon le côté sur lequel on agit. On fait aller le bistouri à grands coups et on isole complètement la tumeur ainsi que le cordon spermatique dont on fait la ligature avant de séparer le testicule.

3^o Le chirurgien charge alors un aide de soutenir la tumeur pour que le cordon ne soit point tendu; et saisissant lui-même ce cordon entre le pouce et l'indicateur gauches, il le coupe au-dessous de l'endroit lié, puis on rassemble les ligatures et on les place dans l'angle supérieur de la plaie; enfin on réunit celle-ci par première intention, en plaçant un gros drain dans la plaie.

Revenons maintenant sur ces divers temps de l'opération.

Il ne faut pas oublier que le scrotum revient tellement sur lui-même après l'ablation du testicule, que l'excision de la peau est à peine nécessaire, sauf le cas de tumeurs d'un volume tout à fait exceptionnel.

Dupuytren avait une manière de diviser la peau qui mettait du même coup le testicule à nu dans une grande partie de son étendue. Il embrassait la tumeur en arrière et sur les côtés avec les doigts de la main gauche, en la repoussant en avant comme pour la faire sortir à travers la peau. A peine l'incision a-t-elle une dimension suffisante, qu'on voit le testicule s'en échapper comme un noyau qu'on chasse avec le doigt, c'est une conduite à imiter. La dissection est presque aux trois quarts faite; on l'achève par quelques coups de bistouri.

Lors toutefois que la peau du scrotum a perdu sa mobilité et que le testicule paraît adhérent de toutes parts, l'énucléation à la manière de Dupuytren est impossible, et la dissection est laborieuse. Avec l'ongle ou le bout d'une spatule, on commence par séparer le testicule de l'un des bords de l'incision des téguments; et avec le doigt on achève de le séparer, ce qui se fait avec une rapidité admirable, sans léser ni vaisseaux ni aucun des organes voisins.

Mais c'est surtout la ligature des artères du cordon qui a excité la sollicitude des chirurgiens.

On a beaucoup discuté la question de la ligature en masse du

cordons et la plupart des chirurgiens la repoussent. Pour moi je l'ai toujours pratiquée dans toutes mes opérations et je n'ai jamais eu le moindre accident. Si des accidents ont été quelquefois observés, par d'autres, c'est parce que cette ligature est en général mal faite, c'est-à-dire insuffisamment serrée. Pour la pratiquer je prends une ficelle que je fais séance tenante en tordant ensemble cinq à six fils à ligature, et pour avoir plus de force en serrant le nœud, j'enroule les deux extrémités des fils autour d'une pince

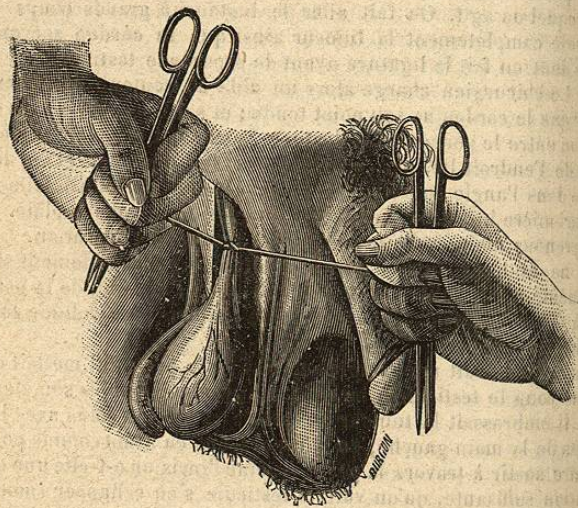


FIG. 620.

Ligature en masse du cordon.

ou d'une paire de ciseaux. Si on a eu des hémorrhagies ou des accidents d'étranglement, c'est, je le répète, parce qu'on n'avait pas serré le fil assez fortement. Dans des cas rares, lorsque le cordon induré et augmenté de volume est assez gros pour qu'on puisse craindre une striction insuffisante, je le sépare en deux moitiés en le divisant avec un corps moussé comme une pince à disséquer tenue fermée et je lie séparément les deux moitiés.

Reste le cas où le cordon serait altéré, et où l'altération forcerait de le poursuivre beaucoup plus haut. Ledran a été le premier jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'anneau, au niveau

de la crête iliaque. Seulement alors il est à craindre que la récurrence survienne même avant la cicatrisation de la plaie; aussi la plupart des chirurgiens préfèrent-ils en pareil cas renoncer à toute opération.

IX. — Du varicocèle.

Le varicocèle consiste dans la dilatation variqueuse des veines du cordon. Beaucoup de sujets le portent quasi sans s'en apercevoir, ou tout au plus ont-ils besoin de le soutenir avec un suspensoir; quelquefois cependant il détermine des douleurs telles que le malade réclame une opération.

Le but de cette opération est d'interrompre la continuité des veines variqueuses. Les anciens les coupaient entre deux ligatures ou les cautérisaient avec le fer rouge; au moyen âge, le fer rouge fut remplacé par les caustiques. De nos jours, Breschet a cherché à sphaceler le paquet variqueux sous la pression de pinces spéciales; Vidal (de Cassis) a imaginé de le serrer entre deux fils métalliques enroulés l'un sur l'autre, procédé bizarre, qui n'agit pas autrement qu'une ligature simple; et enfin on est revenu à la ligature et aux caustiques par des procédés perfectionnés.

1^o Compression par les pinces. Procédé de Breschet. — Il se servait de petites pinces de fer, à branches écartées en arcs de cercle, dont les mors, garnis de linge ou d'un coussinet, peuvent être rapprochés graduellement et à volonté par une vis de pression agissant sur les branches.

On commence par faire marcher le malade, ou par lui faire prendre un bain chaud pour faire saillir les veines variqueuses; puis on le fait coucher. On saisit entre les doigts le paquet des veines, en prenant soin de laisser en dehors le conduit déférent, assez facile à reconnaître à sa dureté.

Les veines bien isolées, on les étroit entre les mors des pinces, en même temps qu'un repli de la peau. Il faut placer une première pince en haut vers la racine du scrotum; une deuxième en bas, à 2 ou 3 centimètres au-dessous de la première, et ne laisser aucune anastomose en dehors des deux points comprimés. On les maintient en place quarante-huit heures au moins; cela suffit pour transformer les parties en une eschare sèche, mince, solide, transparente comme du parchemin, dont la chute est suivie d'une ulcération qui ne tarde pas à se cicatriser. Il n'y a pas d'écoulement