

opérer chez la femme en leur absence. On fendrait la cloison recto-vaginale, y compris le périnée, de sorte qu'après avoir disséqué et isolé la partie inférieure du rectum, on aurait une large ouverture pour aller décoller avec le doigt le péritoine, et pousser l'excision beaucoup plus haut que par le procédé précédent.

M. Nélaton avait dessein de pratiquer cette opération sur une malade qui mourut auparavant; il la répéta avec un plein succès sur son cadavre. Je ne sais s'il faut regretter beaucoup que la femme ne l'ait pas subie vivante, tant le cancer m'a paru prompt à récidiver.

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.

Art. I^{er}. — Opérations qui se pratiquent sur le scrotum.

1^o De l'hydrocèle.

L'hydrocèle proprement dit est une accumulation de sérosité dans la tunique vaginale, sans que celle-ci ait perdu sa texture et sa souplesse. Mais quelquefois elle contient un liquide trouble, blanchâtre, brunâtre, sanguinolent, et elle-même peut être épaissie, doublée de caillots fibrineux, cartilagineux, et encore avec des plaques osseuses ou crétacées. Dans le premier cas, il suffit d'extraire le liquide et de s'opposer à sa reproduction; dans le second, il faut enlever la tunique elle-même.

On extrait le liquide par la ponction pratiquée avec le trocart, la lancette, l'aiguille à acupuncture, etc. Le trocart est généralement préféré.

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 supplicative. Cette dernière compte parmi ses procédés 1^o l'*incision*; 2^o la

cautérisation; 3^o le séjour dans la tunique de divers corps étrangers, *tente, séton, canule, bougies, sondes*, etc. Elle est généralement rejetée. Pour déterminer l'inflammation adhésive ou substitutive, Kinder Wood avait essayé une légère excision à travers une ponction des téguments pratiquée avec la lancette; M. Jobert, des incisions sous-cutanées; moi-même j'avais proposé de traverser la tunique vaginale avec des épingles; et M. 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; puis, pour les cas où elles ne sauraient être mises en usage, nous dirons comment se pratique l'*excision*.

1^o *Des injections*. — Les instruments nécessaires sont 1^o un trocart ordinaire, 2^o une seringue d'étain 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 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 il 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 et graduée, jusqu'à ce que la tumeur ait repris le 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 à 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. J'ai vu au contraire quelquefois le trocart pénétrer 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.

Mais, au moment de l'injection, l'opérateur ne saurait trop se mettre en garde contre la sensibilité excessive du malade, qui recule devant la première douleur produite par le contact du liquide, et fait quelquefois sortir la canule de la tunique vaginale, en la laissant dans le tissu cellulaire du scrotum. Si le chirurgien ne s'en aperçoit pas, on poursuit l'injection, qui distend le scrotum comme à l'ordinaire, et c'est seulement quand on veut la faire sortir qu'on n'y peut pas parvenir. C'est un accident très grave, qui entraîne la gangrène d'une grande partie du scrotum, de tout le scrotum même, si l'on ne s'attache à multiplier les ponctions et même les incisions pour exprimer le plus qu'on peut du liquide. Le fait m'est arrivé une fois; mais pas une seconde. Je prends soin d'abord d'appuyer sur le pubis le bord cubital de ma main gauche, bien moins pour empêcher le sujet de reculer que comme un avertissement; et à cet avertissement trop léger j'en joins un autre, savoir, que s'il bouge, il risque de se faire estropier. Jamais je n'ai trouvé de malade rebelle à cet avis.

Quelquefois le piston s'arrête avant que la cavité soit remplie; cela tient à ce que la canule trop enfoncée appuie contre la tunique vaginale; il suffit de la retirer un peu en dehors.

Il faut se garder de pousser l'injection au delà d'une distension très modérée de la tunique vaginale; en la distendant outre mesure, 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.

Une question assez sérieuse est de savoir si une seule injection suffit, ou s'il ne convient pas d'en pousser immédiatement une autre, et même davantage. La plupart des chirurgiens n'en font qu'une; je n'en fais généralement qu'une moi-même, mais dans les conditions que je vais dire. J'ai échoué quelquefois, dans mes débuts; et il m'a paru qu'alors l'injection n'avait pas déterminé assez d'irritation, en mesurant celle-ci par la douleur. Je laisse donc l'injection

séjourner jusqu'à ce que l'opéré éprouve un sentiment de pression sur le testicule, et une vive douleur dans le trajet du cordon spermatique, prolongée même quelquefois jusque dans la région lombaire. A ce signe, je juge que l'injection a produit une irritation suffisante, et je la retire; si l'effet manque, je reviens volontiers à une injection nouvelle; et depuis que je suis cette règle, je ne me rappelle pas avoir échoué. Il convient d'ajouter cependant que plusieurs chirurgiens regardent cette douleur comme inutile, et font même un mérite aux injections iodées de causer moins de douleur que les injections vineuses.

L'opération terminée, on tient généralement le malade au lit; et quelques-uns recouvrent le scrotum de compresses imbibées du liquide de l'injection, pour accroître encore l'irritation. Cela est parfaitement inutile. En ce qui me concerne, j'ai pour habitude de laisser le scrotum pendre librement le premier jour, jusqu'à ce qu'il paraisse tuméfié par la sécrétion d'une sérosité nouvelle, avec une teinte rosée de la peau et une légère douleur à la pression. Alors je le maintiens relevé, soit dans un suspensoir, soit de toute autre manière, pour empêcher l'irritation d'aller plus loin.

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 volumineux, que la résorption demande plus de temps, et qu'on peut même craindre qu'elle ne se fasse pas d'une manière complète; j'ai appliqué en pareille circonstance une compression sur le scrotum avec des bandes, et mieux encore avec des bandelettes de diachylon, et j'ai obtenu le résultat désiré. Si au contraire une inflammation trop intense faisait craindre la suppuration, on la combattrait avec vigueur, et surtout en tenant le scrotum fortement relevé.

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. M. 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 45 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 de gros vin rouge seul, ou bouilli avec des roses de Provins et chauffé à 36° ou 40° centigr. Des expériences comparatives ont été tentées sur des sujets porteurs de deux hydrocèles, avec cette injection et l'injection iodée; et quoiqu'on ne les ait pas faites dans des conditions bien égales, le vin semble avoir déterminé 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.

M. 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. M. Dupierris a repris le même liquide, mais en en injectant 8 grammes, qu'il abandonne même dans la tunique vaginale. J'ai expérimenté ce nouveau procédé, et non-seulement mon malade a été obligé de garder le lit, mais la résolution de l'épanchement a duré beaucoup plus longtemps qu'après l'injection iodée. J'estime que celle-ci permettrait bien mieux encore à certains sujets peu sensibles de se tenir levés; mais je n'en ai pas fait l'expérience.

2° *Excision.* — J'ai dit que lorsque la tunique vaginale est altérée et épaissie, l'excision est la seule ressource rationnelle. Douglas commençait par enlever un lambeau de 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 l'excisait avec des ciseaux jusque près du testicule.

Ce procédé est assurément le meilleur quand l'énucléation est

possible; mais il s'en faut qu'il en soit toujours ainsi: quand la tunique vaginale épaissie réclame l'excision, elle est généralement adhérente aux parois du scrotum. Alors la dissection par le procédé de Douglas et Boyer est pénible, délicate, et donne souvent lieu à une hémorrhagie fort embarrassante. J'ai paré à ces inconvénients par le procédé suivant.

Procédé de l'auteur. — Le scrotum et la tunique vaginale incisés dans une étendue moyenne, je décolle la tunique avec le bout émoussé d'une spatule ordinaire. Dès que le décollement a atteint un ou deux centimètres, je le poursuis avec le doigt; je détache ainsi en un clin d'œil la tunique vaginale dans toute son étendue, sans aucun écoulement de sang; et l'excision s'opère à l'aide des ciseaux avec la plus grande facilité.

2° De l'hydrocèle congénital.

L'hydrocèle est dit *congénital* quand il 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'obturait et qui empêchait le liquide de descendre de nouveau.

Le procédé de Bonnet, pour la cure radicale des hernies, trouverait également ici une parfaite application.

3° De l'hydrocèle enkysté.

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. M. Ri-

cord a réussi en appliquant un point unique de suture enchevillée. J'ai 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.

4° *Oschéochalasia.*

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 tous ces organes.

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 rétracter de manière à reprendre leur longueur à peu près naturelle.

5° *De l'oschéoplastie.*

J'ai 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.

J'ai appliqué la même opération pour faire rentrer dans le scrotum le *fongus 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 cette fois j'ai su que M. Syme avait eu avant moi la même idée et le même succès.

6° *Des fongus tuberculeux du testicule.*

Tantôt ces fongus 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 fongus peut provenir de l'épididyme ou du testicule lui-même.

On ne connaissait pas ces sortes de fongus avant que j'eusse 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.

J'ai fait voir que l'ablation du fongus peut seule amener la guérison; mais que, moyennant cette ablation, la castration peut et doit être évitée.

Procédé opératoire. — Si le fongus 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. J'ai obtenu une fois, en trois jours, une cicatrisation complète.

Si l'on n'y a qu'une fistule, on la divise sur la sonde cannelée jus-

qu'à ce que le fongus soit complètement à nu, et l'on excise celui-ci à l'ordinaire. 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.

7° 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'accrole 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 crémasterique, 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 (et 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 ; il est plus que douteux alors qu'on puisse en obtenir l'atrophie ; et l'ablation est véritablement la seule opération rationnelle. Elle se pratique généralement avec le bistouri. M. Chassaignac y a appliqué l'écrasement linéaire.

4° 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 Rina, 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° Le malade couché sur le dos, le chirurgien pratique une incision longitudinale qui descend depuis le niveau de l'anneau inguinal 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° 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, mais avec l'attention de n'intéresser ni la peau, ni l'urètre, ni le corps caverneux, avec lesquels la tumeur est plus ou moins étroite-

ment unie lorsqu'elle est très volumineuse, et d'éviter également le testicule sain. On isole complètement la tumeur ainsi que le cordon spermatique.

3° 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 pincé, soit avec des ciseaux, soit avec un bistouri qu'on dirige à volonté d'avant en arrière ou d'arrière en avant. On lie aussitôt toutes les artérioles qu'il contient, en relâchant la pression des doigts pour les reconnaître au jet du sang ; puis on rassemble les ligatures dans un linge, et on les place dans l'angle supérieur de la plaie ; enfin on réunit celle-ci par première ou par seconde intention, selon qu'il y a lieu ou non de craindre le développement de foyers purulents au fond de la plaie.

Revenons maintenant sur ces divers temps de l'opération.

D'abord, il est bien entendu que si les téguments étaient trop flasques, on pourrait en retrancher un lambeau à l'aide d'une incision elliptique. Cependant 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.

La dissection est ainsi presque aux trois quarts faite ; Dupuytren l'achevait par quelques coups de bistouri. Mais je ferai observer que ces coups de bistouri se donnent précisément du côté de la cloison, dont ils risquent de blesser l'artère. Pour moi, après l'énucléation faite à la manière de Dupuytren, je dégage d'abord en tous sens, avec le doigt indicateur droit, la partie inférieure du cordon ; après quoi, descendant avec ce doigt en arrière et au-dessous du testicule, je romps le tissu cellulaire qui le retient encore et je l'isole complètement du scrotum. Le bistouri ne me sert donc que pour l'incision de la peau et la section du cordon.

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 et même périlleuse à cause de l'hémorrhagie. Avec l'ongle ou le bout

d'une spatule, je commence par séparer le testicule de l'un des bords de l'incision des téguments ; et avec le doigt j'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. Lorsqu'on le saisit, en effet, comme je viens de le dire, en relâchant les doigts pour que le jet de sang révèle la position des artères, on risque de voir le cordon s'échapper et se rétracter jusque dans le canal inguinal. Lisfranc avait imaginé de le prendre entre le pouce d'une part et l'index et le médius de l'autre, ce qui n'atténue en rien le danger. D'autres, mieux avisés, coupent le cordon par degrés, liant les vaisseaux à mesure qu'ils donnent du sang ; mais j'ai vu encore, avec cette précaution, échapper une artériole qui se trouvait dans les dernières fibres à diviser, et de là une hémorrhagie aussi embarrassante que si l'on n'avait lié aucune artère. D'autres enfin préférèrent la ligature du cordon en masse, comme plus sûre et plus facile à la fois. On l'a rejetée en lui attribuant des accidents graves, qui toutefois ne sont pas suffisamment constatés ; seulement la ligature est fort longue à tomber, et retarde d'autant l'entière cicatrisation de la plaie.

Un procédé bien meilleur, à mon sens, consiste à diviser progressivement le cordon jusqu'aux trois quarts, liant les vaisseaux à mesure qu'ils se présentent, puis à le retenir avec un ténaculum au moment d'achever la section, de peur de laisser échapper quelques artères.

Je ne veux pas omettre de dire que M. Valette (de Lyon) a eu l'idée d'étreindre le cordon avec une pince chargée de pâte de zinc qu'il laisse en place trente-six heures, temps suffisant pour que toute l'épaisseur du cordon soit réduite en une eschare solide.

Lorsque, par mégarde, le cordon s'est rétracté avant qu'on se soit rendu maître du sang, les chirurgiens ne savaient d'autre ressource que d'aller à la recherche des artères béantes, en fendait la paroi antérieure du canal inguinal. Pour moi, l'expérience m'a appris qu'en pareil cas il suffit d'une légère compression pour arrêter l'hémorrhagie, et procurer l'oblitération des vaisseaux ; je me contente donc d'appliquer sur le canal un tampon de charpie ou de linge, maintenu par une bandelette de diachylon qui fait tout le tour du bassin. Bien plus, dans les cas où je suis libre d'agir, je coupe hardiment le cordon sans m'inquiéter de ses vaisseaux, ce qui rend l'opération à la fois plus rapide et plus simple ; et j'applique sur le trajet du canal inguinal, dans lequel le cordon s'est rétracté,