perdue, si possible, des deux artères caverneuses sectionnées avant leur entrée dans les corps caverneux sous l'arcade pubienne ; même conduite pour la veine dorsale profonde de la verge, qui donne un gros jet médian noir ; au besoin, ligature analogue d'une ou de deux artères dorsales.

Si cela est nécessaire par le néoplasme, séparer maintenant le bulbe d'avec l'urètre et le retrancher. En tout cas, resciser la partie saillante de l'urètre, et suturer immédiatement la muqueuse de la nouvelle coupe à la peau du périnée dans l'angle postérieur de l'incision raphéale par un cercle de crins de Florence : quatre de chaque côté, un en arrière ; cette manœuvre est aisée et permet d'arrêter à l'instant l'hémorragie des corps spongieux.

4e temps : *Évidement ganglionnaire des deux aines et suture de toute la plaie sans drainage.* — Les membres inférieurs étant maintenus en extension par un aide, prolonger un peu en dehors les incisions qui avaient servi à découvrir les cordons spermatiques, disséquer les téguments de haut en bas vers la base du triangle de Scarpa, et, pendant qu'on fait bâiller largement avec des écarteurs la plaie inguino-crurale, énucléer par diérèse mousse ou vive à la manière ordinaire tous les ganglions suspects ou manifestement affectés. L'hémostase achevée partout et la plaie bien essorée, réunir en T les lèvres de l'incision générale ; aucun drainage. La branche verticale du T doit être fermée jusqu'au-dessus du nouveau méat périnéal ; la commissure supérieure de ce dernier doit être, en outre, exactement cousue à l'angle des lèvres cutanées par deux autres crins de Florence, qui complètent la couronne des points muco-cutanés (fig. 1044). On évite ainsi l'infiltration de l'urine au-dessous de la ligne générale de réunion, et l'on diminue dans une certaine mesure le rétrécissement plus ou moins grand qui survient plus tard fatalement dans le méat. Ce dernier mesure 2 centimètres de hauteur environ après l'opération. Sonde de Nélaton, ou mieux de Pezzer à demeure ; pansement iodoformé, bandage en T, etc.

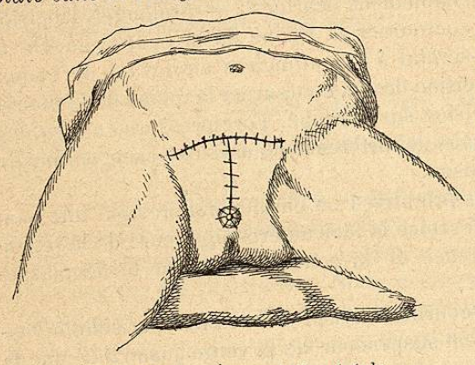

Fig. 1044. — Émasculation totale.
Suture finale d'après l'un de nos opérés.

Il est clair que le manuel opératoire que nous venons de tracer ne peut être toujours suivi rigoureusement dans tous ces détails ; ainsi, l'on est quelquefois forcé d'intervertir la succession des temps, d'enlever une plus grande zone de parties molles sur telle ou telle région ambiante ou même d'entamer le squelette, de laisser des pinces à demeure au lieu de poser des ligatures, de reporter la ligne verticale de réunion sur un côté plus que sur l'autre, etc. ;

mais ces modifications ne changent rien au plan général, aux temps fondamentaux et au caractère de l'opération.

Le procédé de D. Morisani [1] comprend quatre temps : 1° l'établissement d'une boutonnière périnéale sur la partie postérieure de l'urètre caverneux, et l'introduction d'une sonde molle dans la vessie par cette boutonnière ; 2° la ligature massive des deux cordons spermatiques, et le tracé de deux incisions qui cernent la racine de la verge et vont se joindre à l'angle inférieur de la boutonnière urétrale ; 3° l'énucléation de la verge et des racines caverneuses, puis la dissection de l'urètre jusqu'à l'angle inférieur de la boutonnière, le tout au bistouri ; 4° enfin, après l'hémostase définitive, la réunion de la plaie générale et la suture de l'ouverture urétrale à la partie inférieure de la plaie. Le premier temps nous semble inutile, parce qu'il est *toujours facile* de reconnaître et de disséquer l'urètre après la section de la verge ; il est parfois même nuisible, puisqu'il limite d'emblée l'étendue de l'exérèse le long de la partie profonde de l'urètre ; enfin il est quelquefois inapplicable, comme chez mes deux malades dont l'urètre ne pouvait être franchi par aucune sonde ni aucun conducteur. A part ce petit point de technique, le procédé de Morisani nous paraît parfaitement recommandable.

L'émasculation totale n'est pas une opération aussi grave qu'on eût pu le penser de prime abord : tous les opérés ont guéri. Quant aux résultats thérapeutiques, la récidive est probablement ici la règle comme dans tous les cancers : mais, pour notre compte, nous avons la satisfaction de noter : que notre premier opéré n'avait pas de récidive lorsqu'il est mort de pneumonie à la fin de 1895, c'est-à-dire près de *trois ans et demi* après l'émasculation ; et que notre second opéré se trouvait tout à fait bien la dernière fois que nous l'avons examiné, *quatre ans dix mois* depuis que nous l'avons débarrassé de son horrible carcinome.

CASTRATION

La castration est l'ablation du testicule, ainsi que d'une partie plus ou moins longue du cordon spermatique, avec ou sans la tunique fibro-séreuse et le scrotum.

Elle est indiquée : 1° dans toutes les tumeurs solides du testicule, et le plus souvent dans les néoplasmes cancéreux (sarcome, carcinome, etc.), bien qu'il n'existe peut-être pas encore un seul fait de guérison radicale ; 2° dans la tuberculose, quand la méthode sclérogène a échoué, quand l'ignipuncture, les incisions d'abcès et le curage n'ont donné ou paraissent ne pouvoir donner aucun résultat ; 3° dans les fongus dits bénins, autrement incurables ; 4° dans la maladie kystique ; 5° dans certaines ectopies (douleurs vives, orchite à répétition, pseudo-étranglement herniaire) ; 6° dans certaines

[1] Morisani (*Riv. inter. di med. e chir.*, p. 2, 1884, con tavola ; *Giorn. int. d. sc. med.*, XIV, 1892).

hématocèles vaginales à paroi très épaisse (Chalot) ; 7° dans la cure radicale de l'hypertrophie de la prostate (Ramm, W. White[1]).

Appareil instrumental :

Un bistouri droit ;
Une sonde cannelée ;
Des ciseaux droits ou courbes mousses ;
Une pince anatomique ;
Quelques pinces hémostatiques ;
Des aiguilles à suture ;
Plusieurs fils (soie, catgut) ;
Un long drain en caoutchouc rouge si l'on est partisan du drainage ; nous ne l'employons plus depuis longtemps, sauf dans des cas particuliers.

Procédé. 1er temps : *Section de la peau.* — Le bassin étant attiré à une extrémité de la table, dans la position de la taille, et le scrotum rasé, — après s'être assis ou placé debout entre les jambes, — faire un pli cutané transversal à la partie antérieure et moyenne de la bourse ; diviser ce pli par transfixion avec le bistouri, puis agrandir cette incision avec les ciseaux : en haut, jusqu'à l'orifice inguinal externe ; en bas, jusqu'au point le plus déclive de la bourse (fig. 1045).

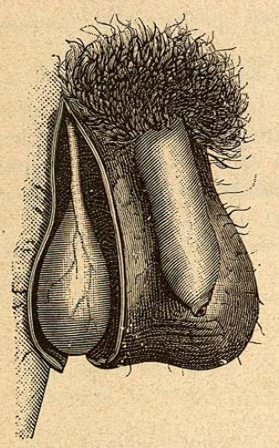

Fig. 1045. — Castration.

Testicule et cordon mis à nu après lincision et la dissection du scrotum.

Hémostase : les artères honteuses externes.

Lorsque les téguments ont une tension suffisante ou qu'on peut la leur donner, il est préférable de faire l'incision tout entière avec le bistouri.

2e temps : *Énucléation du testicule et du cordon, sans ouverture de la cavité vaginale.* — Comprimer la bourse en arrière avec la main gauche, de manière à luxer le testicule vers la plaie.

Déchirer avec l'index droit, autour du testicule, la tunique cellulo-vasculaire si lâche qui existe entre le dartos et la tunique fibro-crémastérine.

Le testicule une fois énucléé, isoler le cordon encore avec le doigt, jusqu'à l'anneau inguinal externe.

Avant de passer à l'énucléation, il faut ouvrir la cavité vaginale toutes les fois qu'il y a doute sur la nature de la tumeur. On pourra ainsi quelquefois éviter de castrer pour une hématocèle, pour une vieille hydrocèle, etc.

3e temps : *Section du cordon et ligature isolée de ses vaisseaux.* — Pour empêcher le cordon de se rétracter dans le trajet inguinal, passer une

[1] Voy. sur ce sujet les travaux récents : Rouillon, Flœrsheim, Dassonville (Th. Paris, 1896) ; Helferich (*Congrès de chir. allem.*, 1897) ; Hazarabédian (Th. Paris, 1897).

anse de fort fil de soie à travers son épaisseur, après avoir fait la voie avec le bec d'une sonde cannelée, et confier les chefs de l'anse à un aide, ou bien saisir le cordon entre les mors d'une pince à forcipressure convenable.

Diviser peu à peu le cordon en travers, à un doigt au-dessous de l'anse ou de la pince, et lier au catgut tout vaisseau qui donne ou qui se voit. Les artères du cordon sont au nombre de trois : la *déférentielle,* toute petite, contre le canal déférent ; la *funiculaire* ou *crémastérine*, un peu plus grande, sans position fixe ; et la *spermatique*, la plus importante (1 millimètre et demi à 2 millimètres), située à côté et en dedans du canal déférent. A l'état pathologique, notamment dans le cas de cancer encéphaloïde, le calibre de ces vaisseaux peut être double et même davantage.

Ne jamais faire de ligature en masse, bien que, à vrai dire, on en ait beaucoup exagéré les dangers (hémorragie secondaire, irradiations douloureuses, tétanos).

Nous avons remarqué plusieurs fois que la ligature massive (surtout à la soie perdue) s'accompagne de fistules qui persistent jusqu'à élimination du fil, même quand ce dernier était tout à fait aseptique.

Le procédé en coquille de Jobert et celui à deux lambeaux de Rima sont séduisants au premier abord ; mais ils méritent d'être complètement abandonnés, parce qu'ils sont une pure complication opératoire sans avantage et qu'ils ne permettent pas de suivre le cordon assez haut et de juger son état.

L'hémorragie post-opératoire ne vient pas toujours du cordon ; nous l'avons vue venir une fois, et très abondante, de l'artère de la cloison.

Pour éviter, autant que possible, la récidive de la tuberculose ou du cancer par le canal déférent, on pourrait, comme v. Büngner[1], arracher le bout central de ce canal.

La section du cordon et l'hémostase une fois terminées, fermer complètement la plaie *sans drainage* (*pansement aseptique*).

EXCISION DE LA VÉSICULE SÉMINALE

DANS LES CAS DE CASTRATION POUR TUBERCULOSE PRIMITIVE

Roux (de Lausanne) a communiqué, en 1891, au Congrès français de chirurgie, deux observations de castration avec extirpation du canal déférent et de la vésicule correspondante. Son opération nous a paru aussi utile que rationnelle, et c'est pour cette raison que nous en reproduisons le manuel.

Procédé. — Après avoir énucléé le testicule, disséquer le cordon spermatique jusqu'à l'entrée du canal inguinal ; en séparer à ce niveau le canal déférent ; lier et sectionner le cordon, puis opérer sur le *vas deferens* de douces tractions, en refoulant l'atmosphère conjonctive et vasculaire avec une fine éponge, comme dans le raccourcissement des ligaments ronds de la femme. Après avoir libéré ainsi le canal déférent sur une longueur de 6 à 7 centimètres, le sectionner en biais. Suture de la plaie inguino-scrotale.

[1] V. Büngner (*Berl. kl. Woch.*, n° 42, 1893).

Mettre le sujet en position de la taille. Faire une incision d'environ 10 centimètres, à 2 ou 3 centimètres de la ligne médiane, parallèle à la section pararectale de Wölfler, mais atteignant tout juste en arrière le niveau du coccyx, et sectionner les fibres antérieures du releveur de l'anus ; on arrive ainsi sur la prostate et la face antéro-latérale du rectum.

Avec l'index gauche introduit dans le rectum, accrocher la vésicule séminale, l'amener dans le fond de la plaie et la saisir dans une anse de fil. Refouler avec le doigt, au fond de la plaie, tous les tractus conjonctifs qui la fixent en haut, soit du côté de la vessie, soit en arrière et de côté, et attirer, ce qui est très facile, le reste du canal déférent, lequel présente la tranche oblique faite dans le canal inguinal.

Pendant qu'on tient la vésicule par son extrémité supérieure, sectionner son col au ras de la prostate. Placer alors des points de catgut sur la muqueuse, puis sur la musculaire ; et enfin, par une dernière suture, attirer sur le tout les tissus voisins afin de prévenir une fistule urinaire.

Mèche de gaze iodoformée et suture de la plaie cutanée.

ÉPIDIDYMECTOMIE

(Opération de Bardenheuer.)

Bardenheuer (de Cologne)[1], partant de ce fait, également admis par Kocher, que la tuberculose testiculaire et la tuberculose génito-urinaire ascendante débutent toujours par l'épididyme, spécialement par sa queue, a songé à prévenir ces infections secondaires en pratiquant la *résection totale de l'épididyme* toutes les fois que la tuberculose est encore limitée à cet organe ou qu'elle a à peine envahi le corps d'Highmore. Cette opération a le grand avantage de conserver le testicule tout en étant radicale.

En 1886, Bardenheuer avait fait cinquante-quatre opérations sur trente-quatre patients. Le 6 juin 1895, il nous écrivait : « J'ai fait l'opération sans doute encore quarante fois, et j'ai été toujours très content du succès ; le penchant sexuel est le même qu'avant l'opération, et la propagation tuberculeuse est arrêtée. »

Depuis l'apparition du mémoire de Bardenheuer, l'épididymectomie n'a été pratiquée, à notre connaissance, qu'un petit nombre de fois : à l'étranger par H. Minter [2], chez nous par Humbert [3], Villeneuve (de Marseille) [4], Pujol (de Marseille) [5], Tillaux [6], Quénu, Delbet, Poirier, Schwartz [7] (1895-1896).

[1] Bardenheuer. *Die oper. behandl. der Hoden tuberculose durch Resection der Nebenhoden.* Köln et Leipzig, 1886.

[2] H. Minter (*Ann. of Surgery*, I, p. 430, 1893).

[3] Humbert (*Deux. Congrès de la tuberculose*, 1891).

[4] Villeneuve (*Clin. chir.*, 1888-1889).

[5] Pujol (*Mars. médical*, n° 1, 1896).

[6] Tillaux (*Bull. méd.*, 3 juin 1896).

[7] Voy. Disc. à la Société de chirurgie, 1899, sur *Le traitement de la tuberculose testicu-*

Nous y avons eu recours nous-même chez deux malades ; les résultats ont été excellents à tous les points de vue.

Le point essentiel, lorsqu'on fait une épididymectomie, est de conserver la branche testiculaire de l'artère spermatique et les vaisseaux veineux qui sont situés en dedans de la tête de l'épididyme ; on évite aussi, ce qui est plus facile qu'on ne pense, avec quelque attention la gangrène du testicule.

Procédé de l'auteur. — Soit une tuberculose de tout l'épididyme à l'état d'induration.

1° Après les précautions antiseptiques d'usage, l'anesthésie locale à la cocaïne ou l'anesthésie générale étant produite, soulever la bourse malade de la main gauche, tendre les téguments, et faire une incision cutanée verticale de 5 à 6 centimètres sur la partie antérieure et externe de la bourse, devant la tête de l'épididyme ; puis diviser successivement les autres enveloppes jusqu'à la tunique vaginale *inclusivement*. Hémostase au fur et à mesure.

2° La vaginale étant ouverte et le testicule extérioré par expression, rechercher le canal déférent aussi haut que possible, l'isoler avec soin de toutes les parties environnantes, poursuivre sa dissection, en le serrant toujours de près, le plus bas possible vers la queue de l'épididyme, et le sectionner à sa partie supérieure entre deux ligatures de soie bien serrées.

3° Cerner la queue de l'épididyme par une incision de l'albuginée à la limite du testicule ; prolonger cette incision, toujours à la limite du testicule, sur tout le pourtour externe de l'épididyme jusques un peu en dedans de sa tête ; puis détacher l'épididyme, soit avec le bistouri, soit avec les ciseaux, d'abord dans sa moitié postérieure, ensuite dans sa moitié antérieure, mais ici *en rasant* exactement la face interne de la tête et du corps de l'épididyme jusqu'à la rencontre du point inférieur de dissection du canal déférent. Le testicule ne tient plus alors qu'en avant et en dedans par un mince pédicule cellulo-vasculaire, lequel suffit à sa nutrition. La séparation de l'épididyme se fait de préférence en coin au niveau du corps d'Highmore ; car c'est par là que s'effectue la propagation de la tuberculose épididymaire au testicule. La perte de sang est insignifiante. Aucune suture du testicule.

4° La toilette du champ opératoire étant faite et le testicule réduit sans torsion de pédicule dans la tunique vaginale, fermer cette dernière par un surjet de catgut, puis fermer entièrement la peau avec des crins de Florence. Pansement aseptique. Bandage-suspensoir.

Lorsque des adhérences ont été constatées après l'ouverture de la tunique vaginale, on les détruit avec soin pour mettre bien à découvert tout l'épididyme. Si l'épididymite se complique déjà avant l'opération d'abcès ou de fistules, on commence par évacuer les abcès au bistouri, par les curer et par cautériser énergiquement leur cavité au chlorure de zinc ou au thermo ; on injecte du chlorure dans les

laire, à la suite du rapport de P. Reynier (28 déc. 1898), sur une observation de Beurnier ; castration pour testicule tuberculeux avec ablation d'une longueur considérable de la partie intra-abdominale du canal déférent.

trajets fistuleux et on les cautérise autant que possible au thermo. Enfin, dans ces cas, au lieu de la simple incision, on pratique l'excision des enveloppes du testicule de façon à emporter en même temps cavités d'abcès et fistules avec l'épididyme.

RÉSECTION DES CANAUX DÉFÉRENTS

(Opération d'Isnardi-Chalot.)

Isnardi (de Turin) et nous, avons conçu et pratiqué les premiers cette opération, à l'insu l'un de l'autre, pour la substituer à la castration dans la cure radicale indirecte de l'hypertrophie prostatique, c'est-à-dire pour avoir les avantages atrophiants et décongestifs de la simple suppression fonctionnelle *sans suppression des testicules.*

Isnardi n'a publié ses opérations de résection que le 1er mai 1895, et nous avons fait notre première le 28 février précédent ; nous ne pouvions avoir connaissance de son mémoire [1]. M. le professeur Guyon a bien voulu, du reste, signaler cette opération dans une note à la suite de la communication si remarquable qu'il avait faite devant le Congrès français de chirurgie (21 oct. 1895).

La résection des canaux déférents est aujourd'hui définitivement entrée dans la pratique : c'est une opération simple, facile, bénigne, toujours acceptable, et qui, d'après les récentes études de Flœrsheim [2] et de Hazarabédian [3], donne des résultats thérapeutiques sensiblement égaux à ceux de la castration. La proportion des améliorations et des guérisons obtenues serait de 80 p. 100. C'est quand la prostate est congestionnée, molle, élastique, que la résection fournirait les plus beaux succès. Mais il n'y faudrait point songer si l'on a affaire à des prostates dures, sclérosées, et si la vessie a perdu sa contractilité. Nous croyons que ces deux dernières contre-indications sont un peu trop absolues et que la résection peut encore alors rendre quelque service.

Procédé. — Après les précautions antiseptiques d'usage, l'anesthésie étant faite à la cocaïne, saisir le cordon spermatique au-dessous de l'anneau inguinal externe, reconnaître le canal déférent à sa forme et à sa consistance spéciales, le mettre bien en saillie, puis diviser sur lui, en avant, dans une étendue de 2 centimètres et demi à 3 centimètres, le scrotum, la tunique celluleuse, la tunique fibro-crémastérine. Hémostase.

Isoler le canal déférent avec la sonde cannelée, le dénuder sur une longueur de 3 centimètres environ, le lier avec de la soie en haut et en bas, et exciser sa partie intermédiaire en deux coups de ciseaux.

Fermer la plaie cutanée par quelques crins de Florence.

[1] Voy. sur ce point d'historique, avec une étude complète de la question et une nouvelle observation personnelle : Lacoste. *De la résection des canaux déférents.* Toulouse, n° 128, 1896.

[2] Flœrsheim (Th. Paris, 1896).

[3] Hazarabédian (Th. Paris, 1897).

Pratiquer la même opération de l'autre côté. Pansement aseptique, le mieux avec une pâte adhésive pour éviter l'infection de la plaie par l'urine, infection si facile chez les prostatiques.

D'après une communication de Monod [1] à la Société de chirurgie, on fait couramment à Necker contre l'hypertrophie de la prostate et ses accidents une opération, l'*angioneurectomie*, qui consiste dans la section de tous les éléments du cordon, le canal déférent excepté. Le testicule ne se gangrène pas, l'artère déférentielle qu'on respecte suffisant à sa nutrition.

HYDROCÈLE VAGINALE

La méthode sanglante est la meilleure méthode de traitement de l'hydrocèle vaginale, qu'il s'agisse de l'hydrocèle ordinaire ou de l'hydrocèle syphilitique volumineuse et rebelle au traitement spécifique [2] ; nous pensons qu'il est désormais superflu d'en reproduire la preuve après les succès sans nombre qu'elle a donnés depuis plus de vingt ans, depuis que Volkmann, en 1876, a eu le grand mérite de réhabiliter l'incision de l'hydrocèle en lui adaptant la méthode antiseptique.

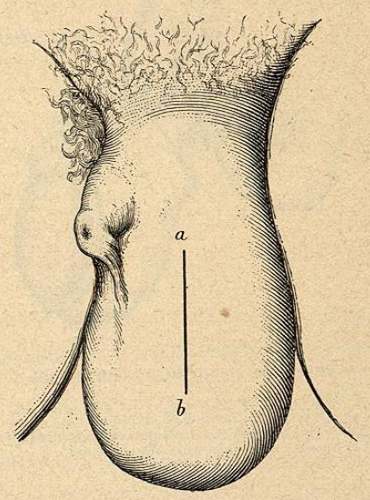

Fig. 1046. — Incision de l'hydrocèle vaginale d'après le procédé de l'auteur.

Quatre procédés types ont cours dans la pratique actuelle : l'*incision simple de Volkmann,* l'*incision avec résection partielle de la vaginale de Julliard*, l'*incision avec excision totale de la vaginale de v. Bergmann,* et l'*inversion de la tunique vaginale de Doyen.*

Procédé de Volkmann. — Voici notre technique actuelle : après avoir désinfecté les bourses et les parties voisines, le malade étant endormi à l'éther ou au chloroforme (d'autres préfèrent l'anesthésie locale à la cocaïne), faire sur la partie moyenne de la tumeur, à 3 centimètres environ du raphé scrotal, une incision longitudinale, longue de 5 à 6 centimètres seulement, qui ne comprenne d'abord que la peau (fig. 1046).

Diviser à main levée la tunique celluleuse dans la même longueur ; hémostase, s'il le faut, des honteuses externes.

Ponctionner vivement la poche fibro-séreuse avec la pointe du bistouri et

[1] Monod (*Soc. chir.*, p. 303, 22 mars 1899).

[2] Thuillié. *Contrib. à l'étude de l'hydrocèle syphilitique, son traitement chirurgical* (Th. Toulouse, 1896).

agrandir de suite la petite piqûre en retirant le bistouri du côté inférieur, pendant qu'on se protège contre le jet du liquide avec la main gauche appliquée par sa concavité à courte distance au-devant de la tumeur. Le liquide s'évacue, et la poche s'affaisse entièrement.

Agrandir l'ouverture de la fibro-séreuse avec des ciseaux droits jusqu'aux angles de la plaie cutanée. Amener le testicule au dehors ; enlever, s'il y a lieu, les fausses membranes, les corps étrangers, etc., puis frotter légèrement *toute* la surface interne de la tunique vaginale (feuillet viscéral et feuillet pariétal), avec de la gaze iodoformée ou aseptique simple, *tout juste assez* pour produire une vaginalite adhésive, c'est-à-dire pour se mettre le plus sûrement possible à l'abri d'une récidive. Aucun lavage.

Cela fait, réduire le testicule ; fermer la fibro-séreuse par un surjet de catgut n° 00, et suturer la peau au crin de Florence après avoir assuré par des ligatures perdues l'hémostase des vaisseaux sous-cutanés.

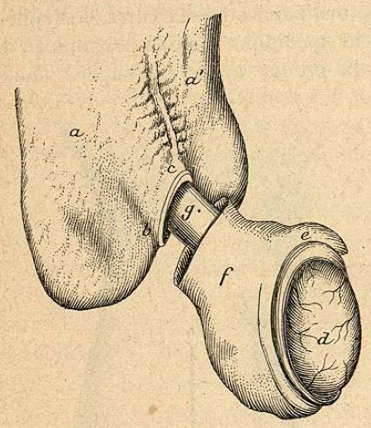

Fig. 1048. — Cure radicale de l'hydrocèle vaginale par le procédé d'inversion de Doyen.

aa', bourses ; *cb*, incision du scrotum droit ; *e*, épididyme ; *d*. testicule ; *f*, tunique vaginale décollée et rétractée ; *g*, cordon spermatique dénudé.

Large pansement aseptique. Bonnet de Mayor ou autre bandage analogue.

Les crins sont enlevés vers le huitième jour. Le malade se lève vers le dixième jour avec un suspensoir ouaté.

Procédé de Julliard. — Après avoir fait une longue incision des téguments sur la tumeur, fendre la tunique vaginale dans la même étendue. Examiner avec soin la cavité séreuse, la débarrasser des kystes, corps étrangers, exsudats, etc. ; puis, point caractéristique du procédé, exciser la vaginale, après l'avoir disséquée, juste assez pour ne laisser d'elle autour du testicule et du cordon que ce qui est nécessaire pour les recouvrir, et fermer la nouvelle cavité séreuse par un surjet de catgut très fin.

Suture de la plaie scrotale au catgut avec drainage. On supprime le drainage au bout de deux ou trois jours.

Procédé de v. Bergmann. — Il ne diffère essentiellement de celui de Julliard que par la dissection et l'extirpation de *toute* la tunique vaginale jusqu'au voisinage du testicule et de l'épididyme. Après cette extirpation, on place un drain à l'angle inférieur de la plaie et l'on suture celle-ci au-dessus du drain.

La guérison est complète au bout de onze jours en moyenne.

Le procédé de v. Bergmann est assurément celui qui nous permet d'obtenir, dans tous les cas, une guérison définitive, puisqu'il est basé sur la suppression de la cavité séreuse. Mais il nous semble qu'on peut et qu'on doit arriver *à moins de frais* au même résultat : les récidives sont exceptionnelles après les autres procédés. Pour notre compte, nous le réservons à ces récidives et aux hydrocèdes dont la membrane fibro-séreuse est très épaisse, dure comme du cuir, absolument rigide.

Procédé de Doyen [1]. — Il est d'une grande simplicité, et demande « trois à cinq minutes à peine » pour son exécution.

« L'anesthésie générale étant établie, pratiquer une incision cutanée de 2 centimètres et demi sur la partie antéro-inférieure des bourses. Ouvrir la vaginale et soutenir les deux lèvres de l'incision avec deux pinces à forcipressure ; le liquide s'écoule en dehors.

« Sortir rapidement des bourses la totalité de la vaginale ainsi que le testicule ; énucléer la vaginale, ce qui est facile, de son enveloppe conjonctive lâche (fig. 1047) ; puis remettre le tout en place et réunir par trois crins de Florence la petite incision cutanée. Aucune hémorragie. La réaction est nulle. »

Ce procédé est l'opération de choix toutes les fois que la vaginale est notablement altérée. Il s'applique également à la cure radicale de l'hématocèle quand les parois n'atteignent pas une épaisseur et un degré d'induration considérables.

Sur 22 cas ainsi traités, Legueu [2] a eu deux récidives qu'il attribue au déroulement de l'inversion ; aussi, pour les prévenir, prend-il maintenant la précaution de fixer la vaginale retournée.

VARICOCÈLE

Tous les individus affectés de varicocèle n'ont pas besoin d'une opération, il s'en faut même de beaucoup ; la plupart se trouvent bien ou peuvent se contenter du port d'un suspensoir. C'est, en tout cas, par le suspensoir qu'il faut commencer régulièrement le traitement en y joignant les petits moyens usuels. Si le varicocèle reste douloureux, s'il s'enflamme souvent, s'il continue à augmenter de volume malgré le suspensoir, s'il a manifestement pour conséquence une atrophie du testicule, s'il est un motif d'inaptitude professionnelle, enfin s'il constitue une cause matérielle ou psychique d'impuissance et d'hypochondrie, l'intervention chirurgicale se trouve alors nettement indiquée.

Cette intervention consiste aujourd'hui de préférence, soit *en la résection des veines funiculaires* avec ligature (Bennett) ou suture (Jacobson) de leurs moignons pour les rapprocher à contact et, par suite, pour relever le testicule ; soit *en la résection large du scrotum* (A. Cooper-Henry), afin de créer un suspensoir organique aussi serré que possible ; soit *en la combinaison de ces deux sortes de résection* (Horteloup). Reprenant la formule de Le Dentu,

[1] Doyen (*Arch. prov. de chir.*, p. 706, 1895).
[2] Legueu (*Congr.* fr. de chir., 21 oct. 1899).