

d'hui, est exposé à la *mort subite*. On comprend, à cause des insuccès, à cause des cas de mort qui suivaient l'opération du varicocèle par les procédés que nous avons signalés plus haut, on comprend que jusqu'en ces derniers temps les chirurgiens aient gardé une prudence extrême. Mais aujourd'hui des résultats favorables ont été obtenus par M. Nicaise et par M. Terrier et doivent engager les chirurgiens à se départir de cette extrême prudence qui les condamnait à l'inaction. Cependant ils devront, bien entendu, opérer seulement les varicocèles qui, par les douleurs qu'ils causent aux malades, sont devenus intolérables.

Nous devons signaler aussi deux succès obtenus par M. le professeur Guyon à l'aide d'un procédé que nous allons décrire avant celui que préconisent MM. Richelot et Nicaise, ce qui permettra aux lecteurs de comparer les deux et de les juger comme ils l'entendront.

Le procédé employé par M. Guyon est la combinaison de deux méthodes qui ont donné isolément de bons résultats, nous voulons dire la ligature des veines et la résection d'une partie du scrotum. Une fois le malade endormi, on trace sur la partie antérieure des bourses une incision elliptique à grand diamètre transversal, de façon que la partie moyenne se trouve à 1 centimètre environ au-dessus de l'extrémité supérieure du testicule. Il va sans dire que les bourses ont été préalablement rasées, savonnées et lavées avec une solution phéniquée au vingtième. Les dimensions du lambeau cutané devront être en rapport avec les dimensions du varicocèle et avec la distension du scrotum qui ne pourrait plus se rétracter s'il avait été trop distendu. On comprend le but de cette excision de peau et nous n'avons pas besoin de dire qu'on cherche, par ce moyen, à diminuer la longueur du scrotum du côté malade et à diminuer d'autant les causes d'élongation des veines par le poids du testicule qui se trouvera maintenu lorsque les bords de l'incision seront réunis.

Après avoir dessiné le lambeau, on le dissèque rapidement, et on l'enlève. On se trouve alors en présence de la tunique fibreuse commune qui double extérieurement la vaginale, immédiatement au-dessus du testicule. Il ne reste plus qu'à pratiquer la ligature du plexus veineux antérieur, que M. Guyon lie seulement.

Il n'est pas besoin d'ouvrir la vaginale; il suffit de passer derrière le plexus veineux une aiguille courbe ou une sonde cannelée, en ayant soin de faire maintenir en arrière le canal déférent par un aide. Puis, au moyen de deux fils de catgut, on place aux deux extrémités de la plaie et le plus éloignées possible, deux ligatures bien serrées. On voit que ce procédé est d'une simplicité remarquable, on ne fait pas à la vaginale une large ouverture (on ne pratique que de très petits orifices permettant le passage des fils); d'ailleurs, l'ouverture de la vaginale ne constituerait pas une complication bien dangereuse, grâce à la méthode antiseptique; de plus, on n'a pas besoin de dénuder le paquet variqueux, ce qui constitue toujours une difficulté assez grande, car on rencontre différentes couches celluluses avant d'arriver sur le paquet vasculaire. Une fois la ligature faite, il n'y a plus qu'à affronter les deux bords de l'incision et à suturer. On pourra suturer complètement, ou bien, si l'on craint que le catgut employé pour la ligature des veines ne se résorbe pas complètement et qu'il se forme un abcès, on pourra laisser pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, un petit drain dans l'un des angles de la plaie.