

Le bas ventre est sonore partout. Profondément à la partie inférieure de la région hypogastrique droite, quand la tumeur est maintenue, réduite, il y a une résistance à la pression qui n'existe pas du côté opposé et qui disparaît quand le liquide s'écoule dans le scrotum,

Le testicule occupe la partie postéro-inférieure de la tumeur que le malade maintient en partie au moyen d'une bande herniaire.

Tout ici indiquait la présence d'un liquide, contenu dans deux poches, une abdominale, l'autre scrotale, unies par un conduit étroit situé dans le canal inguinal. Ce qu'il y a de remarquable dans cette histoire est la formation ou plutôt l'ampliation subite du sac supérieur. Ceci s'explique par la présence du conduit vagino-péritonéal fermé en haut à l'anneau inguinal profond et cloisonné à l'ouverture superficielle du canalinguinal.

La persistance de ce conduit est probablement toujours l'origine de l'hydrocèle en bissac.

Comme on peut le voir, le diagnostic d'hydrocèle s'impose. Ce n'était pas une hernie car la tumeur avait commencé à la partie inférieure des bourses, s'était accrue en montant, présentait de la transparence et de la flaccidité, se réduisait sans aucun bruit ni gargonillement et n'avait pas de pédicule. Le diagnostic s'imposait, c'était un hydrocèle, prouvé d'ailleurs par le résultat des fonctions.

Etait-ce un hydrocèle congenital, non car la tumeur ne s'est montré qu'à l'âge de 23 ans à la suite d'une traumatisme et a été irréductible pendant 4 ans.

C'était un hydrocèle en bissac et en calebasse, variété assez rare de l'hydrocèle. Il n'y avait pas en même temps une hernie car la poche supérieure du sac faisait tampon dans le canal inguinal et obturait l'anneau inguinal profond.

Comme l'hydrocèle avait déjà été ponctionné quatre fois sans guérison le Dr Ahern proposa l'ablation du sac qu'il se fit le lendemain, 6 novembre. Anesthésie au moyen d'un mélange d'une partie de chloroforme et de ceux parties d'éther administré par l'appareil à éther de Clover, sous le sac. C'est l'anesthétique employé depuis quelques années à l'Hôtel-Dieu presqu'exclusivement dans les services de chirurgie et de gynécologie et donne beaucoup de satisfaction.

OPÉRATION : — Invasion parallèle au ligament de Ponpart s'étendant un pouce et demi en dehors du milieu de ce ligament jusqu'à un pouce au-dessous de l'anneau inguinal superficiel sur la face antérieure du scrotum. Incision de la paroi antérieure du canal inguinal. Séparation du sac des parties