

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 canal inguinal.

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 fluctuation, se réduisait sans aucun bruit ni gargouillement et n'avait pas de pédicule. Le diagnostic s'imposait, c'était un hydrocèle, prouvé d'ailleurs par le résultat des fonctions.

Était-ce un hydrocèle congénital, non car la tumeur ne s'est montrée 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 qui se fit le lendemain, 6 novembre. Anesthésie au moyen d'un mélange d'une partie de chloroforme et de deux 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 presque exclusivement dans les services de chirurgie et de gynécologie et donne beaucoup de satisfaction.

OPÉRATION : — Incision 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