1. 皮切はやや大きめで2cmくらいを目安に。
2. Potts法と同様にsacと精索を同定する。
3. sacと精索を一緒にネラトンカテーテルで把持して、頭側に牽引し、陰嚢や鼠径部を圧迫しながらペアン鉗子でところどころを把持しながら、精巣を頭側へ露出させ、精巣導帯を同定する。精巣を左手で把持し、しっかりとtensionをかけ、精巣導帯の膜構造を明らかにする。細かい管状構造物を認めたら、精管が含まれていないことを適宜攝子などで確認し、1枚ずつケリーでundermineしながら切離する。
4. 精巣導帯を切離した部分をペアン鉗子で把持して牽引する。PPV(sac)と精索を左右にtensionをかけて広げながら、内鼠径輪を観察する。これでPPVのorientationがつきやすくなる。可能であるならば、PPVをペアン鉗子で把持し、起点としてPPVを尾側に向かって把持していく。

1. PPVの処理

【Herniaを合併しているときのPPVの処理】

1. 陰嚢水腫のアプローチでPPVを2箇所ペアン鉗子で把持し、丁寧に血管と精管を分けていく。分離できたら改めて血管と精管にネラトンをかけ直す。
2. PPVを左手に掴み、外側に牽引すると精巣挙筋にtensionがかかるため、精索にもtensionをかけて損傷しないように、ケリーでundermineしながら内鼠径輪の方向に切り進める。

【PPVを開けなかったときのPPVの処理】

1. まずPPVがどの辺りにあるか見当をつけておく。アドソン攝子を用いてPPVを破らないように外精筋膜を摘んで破りキッカケを作る。すると理論上は、その中はPPVと精巣挙筋と精索成分の３つに分かれる。
2. PPVのorientationさえついていれば、そのキッカケから外精筋膜を内鼠径輪の方向にはがすと(ツッペルを使ってもアドソンで剥がしても良し)orientationがさらにはっきりする。

1. とにかく輸精管と精巣動静脈を片方ずつ同定し、同定できた方からネラトンを通して確保しておく。残りがPPVということになるので、PPVをペアン鉗子で二本持ち。distal過ぎると剥離するときに面倒なので注意。

【PPVを開放したときのPPVの処理】

1. 基本は鼠径ヘルニアに準じて行う。開放した窓を4点ペアン鉗子で把持。横断する途中もペアン鉗子で把持。undermineしながらPPVを横断するが、PPVの外側の層を1-2枚残すようなイメージでundermineする。きっちりPPVの層でundermineすると、high ligationするときにPPVが脆く避けやすくなってしまう。横断したらPPVを把持しているペアン鉗子を左手に把持。ここでもPPVの外側の層を十分残すイメージで切離していく。

1. PPVと他の成分をツッペルを用いて愛護的に内鼠径輪の高さまで開放する。腹膜が引っ張り出されるようになったら、内鼠径輪を開放し(ケリーですくい電気メスで切ってもらうが、このとき腹腔への軸と垂直になるように)後腹膜に入る。ツッペルで剥離し精管と血管が分離するレベルまで確認する。

1. PPVをhigh ligation。

1. dartos pouchを作成する。対側の精巣の位置と同じになるように、皮切の高さを決める。攝子で陰嚢皮膚を挙上し、尖刃メスで皮切を置く。

1. ケリーで肉様膜を剥離する。このとき正中を超えないように注意する。外側底面に向かって剥離。

1. ツッペルのついたケリーを鼠径管側から通して出てくるところを電気メスで焼いてもらう。このときモスキート鉗子で肉様膜の”口”を2点持ちしておく。ツッペルを外してネラトンのついたケリーのネラトンを掴み、今度はネラトンを外し、精巣を把持。そのまま陰嚢内へ引き下ろす。

1. 精巣上体の尾部が背側にくるように配置。捻れがないことを確認。左手に肉様膜を把持したモスキート鉗子を持ち、4-0vicrylで肉様膜→精巣上体付近の脂肪→肉様膜でコの字にかけていく。このときケチらずにがっつりと肉様膜を把持する。精巣上体付近の脂肪組織は少しで良い。両側かけたところでdartos pouchの中に還納する。両手でしっかり圧をかけないともどらないことが多い。

1. 陰嚢部の閉創。4-0 vicrylで創中央に糸をかけそのとき精巣前面にもごく薄く糸をかけておく。その他の部分も4-0 vicrylで機械結び。きっちり3回結ぶか、4回結ぶ。on the knotで糸を切る。