

# CHIRURGIE DE L'APPAREIL GÉNITAL DE L'HOMME

---

## DES ANOMALIES DU TESTICULE

**1° Définition.** — Les anomalies du testicule, dues à un vice de développement ou à un vice de migration, sont : d'une part, la *polyorchidie*, l'*anorchidie* et la *synorchidie*, l'*hypertrophie* et l'*atrophie*; d'autre part, l'*inversion* et l'*ectopie*.

J'étudierai tout d'abord les ectopies testiculaires, ensuite les autres anomalies.

**2° Historique.** — Les anomalies du testicule, et les ectopies en particulier, n'ont été étudiées qu'à la fin du siècle dernier. Parmi les auteurs qui se sont occupés de la question, je citerai HALLER, WRISBERG, HUNTER, ISIDORE GEOFFROY SAINT-HILAIRE, ROBIN, MÜLLER et surtout GOUBAUX, FOLLIN, ROUBAUX, GODARD, LE DENTU, MONOD et TERRILLON. Tout récemment, à la Société de Pédiatrie, l'ectopie testiculaire a été l'objet de communications et discussions intéressantes de la part de MM. BROCA, et VILLEMEN.

### I

#### DES ECTOPIES TESTICULAIRES, ET PARTICULIÈREMENT DE L'ECTOPIE INGUINALE

##### I. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

**1° Définition.** — Lorsqu'un testicule n'est pas à sa place,

c'est-à-dire n'est pas au fond des bourses, on dit qu'il est en *ectopie* (ἐκτοπος, hors de sa situation).

Si un seul testicule est absent, l'ectopie est unilatérale ; il y a *monorchidie* ou *cryptorchidie simple* ; si tous les deux manquent, l'ectopie est bilatérale ou double ; il y a *cryptorchidie* proprement dite.

**2° Variétés.** — Quand la glande spermatique n'est pas dans les bourses, où peut-elle être ?

Elle se trouve soit sur la ligne de migration, soit en dehors de cette ligne.

Dans le premier cas, il s'agit d'un arrêt de la migration ; le testicule peut être accessible en situations *inguinale*, *cruro-scrotale*, quelquefois *rétro-pariétale iliaque* ; inaccessible en situation *abdomino-lombaire* ou *iliaque* ; tantôt accessible, tantôt inaccessible quand il jouit d'une mobilité telle qu'il peut parcourir toute l'étendue du canal inguinal, disparaître dans l'intérieur de la cavité abdominale ou réparaître sous l'influence d'un mouvement, d'un effort, etc.

Dans le second cas, il s'agit d'une *direction vicieuse* prise par l'organe ; l'on découvrira celui-ci en situation *sous-abdominale*, *crurale* ou *périnéale*.

Telles sont les variétés topographiques de l'ectopie testiculaire.

**3° Fréquence.** — Des anomalies du testicule, l'ectopie est la plus fréquente : 1/600 des soldats examinés dans la statistique de Rennes, 1/1 000 dans celle de MARSHALL.

Presque toujours, il s'agit d'une ectopie unilatérale ; dans les six cents cas d'ectopie observés par Rennes, il n'y en avait pas de bilatérale ; il y avait un seul cas d'ectopie double parmi les 10 800 engagés examinés par MARSHALL.

**4° Étiologie. Pathogénie.** — L'ectopie testiculaire est la conséquence d'un arrêt ou d'une imperfection de développement survenue au cours de l'évolution fœtale.

C'est donc à l'embryogénie qu'il faudra s'adresser pour trouver l'explication vraie de ces anomalies, bien plutôt qu'à des considérations d'ordre mécanique, telles que celles qu'on invoque pour les *déplacements* résultant de l'application intem-

pestive ou maladroite d'un bandage herniaire ; par le bandage, on contient une hernie sans s'occuper autrement du testicule, bien que la mauvaise attitude de celui-ci soit précisément la raison d'être de celle-là.

En vérité, la pathogénie de l'ectopie est encore obscure. Cependant, il existe une théorie ingénieuse et séduisante, due à GODARD, que j'adopterai en attendant mieux ; ce n'est pas qu'elle repose sur des faits anatomiques contrôlés, mais elle a le mérite de rendre compte, au moins théoriquement, de l'existence et de la localisation d'une ectopie.

Le testicule en migration descend de la région lombaire grâce à la traction d'un appareil musculaire, le *gubernaculum testis*. Celui-ci s'attache supérieurement sur la glande ; inférieurement, il se branche en trois faisceaux ; le premier de ces faisceaux, inséré sur le ligament de POUPART, attire le testicule dans le canal inguinal : c'est le faisceau externe ; le second, fixé au pubis, entraîne la glande à travers l'orifice inguinal externe : c'est le faisceau interne ; le troisième, implanté au fond des bourses, amène l'organe dans le scrotum : c'est le faisceau moyen.

Que le gubernaculum tout entier fasse défaut, il en résultera une ectopie abdominale ; si les faisceaux pubien et scrotal sont seuls absents, il s'ensuivra une ectopie iliaque. Quant aux ectopies crurale et périnéale, elles s'expliquent par des insertions vicieuses de l'appareil musculaire.

Les diverses variétés ectopiques peuvent donc trouver ainsi leur explication et les transmissions héréditaires de cette affection, que l'on observe assez fréquemment, viennent confirmer cette manière de voir.

Pratiquement, au cours des interventions, on n'a jamais trouvé de gubernaculum testis, mais le plus souvent des adhérences de péritonite adhésive, ou des brides fibreuses fixant le testicule à des organes voisins : S iliaque, cæcum, fosse iliaque, épiploon, péritoine.

**5° Anatomie pathologique.** — Le testicule en ectopie est atrophié, mais il conserve sa forme ordinaire ; toutefois, ses rapports avec les annexes peuvent être modifiés, l'épidi-

dyme s'écarte de la glande, souvent même il est déroulé et descend avec le déférent jusqu'au fond du scrotum.

Cette situation de l'organe entraîne naturellement des modifications dans la structure, lesquelles sont bien connues depuis les recherches de GODARD, GOUBAUX, FOLLIN, MONOD et TERRILLOX.

Chez les jeunes enfants, le testicule conserve sa structure normale et peut, au moment de la puberté, sécréter des spermatozoïdes. Mais, à mesure que l'individu avance en âge, des changements surviennent ; la glande subit la dégénérescence fibreuse ou grasseuse, celle-ci n'apparaît pas d'emblée dans toute l'étendue de l'organe. « Les parois des tubes séminifères sont cinq fois plus grosses qu'à l'état normal ; il existe une sclérose péricanaliculaire ; étouffées par la prolifération des parois, resserrées dans un espace trop étroit, les cellules de revêtement deviennent granuleuses, le travail de spermatogénèse s'arrête et ce processus aboutit à la destruction totale de l'épithélium et à la transformation fibreuse du conduit. »

La rétraction fibreuse débute par l'albuginée et le corps d'Higmore : il suffit donc d'un léger degré d'atrophie pour mettre obstacle à l'excrétion du sperme et empêcher le passage du produit de la sécrétion des tubes séminifères.

Ces notions de structure ont une grande importance thérapeutique.

## II. — DE L'ECTOPIE INGUINALE

De toutes les ectopies, l'ectopie *inguinale* est la plus fréquente ; car elle correspond, d'après GODARD, à une proportion de 67 pour 100. C'est aussi la plus intéressante au point de vue de la clinique et du traitement. Je la prendrai donc comme type de description ; quelques mots me suffiront ensuite pour caractériser les autres variétés et sous-variétés.

**1<sup>o</sup> Symptomatologie.** — « Voici un malade, âgé de dix-neuf ans, jouissant d'une bonne santé habituelle et ne présentant rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

« Il attire immédiatement l'attention sur ce fait que, chez lui

le scrotum ne renferme qu'un seul testicule et l'on peut s'assurer aisément que ce testicule unique est celui du côté gauche. Quant au testicule droit, actuellement absent du scrotum, il se serait montré dans la région inguinale vers l'âge de treize ans, puis aurait disparu au bout de peu de temps et cette apparition momentanée du testicule droit se serait accompagnée de douleurs vives dans l'aîne correspondante, douleurs qui se seraient rapidement calmées après que le testicule eut disparu.

« Les mêmes phénomènes se sont reproduits à diverses reprises et à des intervalles plus ou moins espacés, caractérisés chaque fois par l'apparition du testicule dans la région inguinale droite, coïncidant avec des douleurs très vives qui cessaient spontanément en même temps que la glande disparaissait de nouveau sous l'influence du repos au lit.

« A un moment donné, les accidents ont présenté une gravité tout à fait exceptionnelle. Pendant son travail, le malade a ressenti brusquement une douleur excessive dans l'aîne et il a constaté alors la présence du testicule droit vers la partie inférieure du canal inguinal et même un peu en dehors de l'orifice externe. La glande était extrêmement sensible à la moindre pression et le plus léger mouvement du membre inférieur droit déterminait à son niveau des douleurs très vives. Dans ces conditions, le malade se vit contraint d'entrer à l'hôpital.

« A cette époque, on constata la présence du testicule en

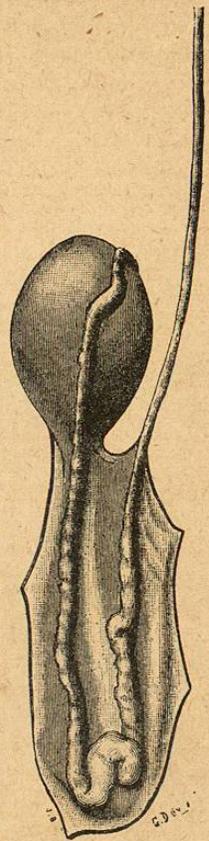


FIG. 1. — Ectopie inguinale du testicule, épидидyme déroulé et tombé au fond des bourses (d'après DUpLAY et RECLUS).