

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^o 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

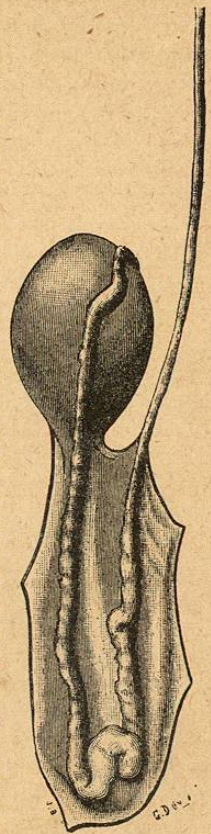


FIG. 1. — Ectopie inguinale du testicule, épидидyme déroulé et tombé au fond des bourses (d'après DUPLAY et RECLUS).

dehors de l'anneau : la glande, facile à reconnaître d'après sa forme et sa consistance, était petite, ne paraissait pas enflammée, mais elle était très douloureuse à la pression. Après quatre jours de repos, le testicule était remonté dans le canal inguinal et les douleurs avaient cessé, si bien que le malade quitta l'hôpital, refusant l'opération proposée.

« Deux mois plus tard, il rentrait dans le service pour les mêmes accidents, décidé cette fois à accepter le traitement qui serait jugé nécessaire. Depuis qu'il est à l'hôpital, il a éprouvé un jour une douleur extrêmement vive, presque syncopale, en allant à la garde-robe, en même temps que le testicule franchissait l'anneau inguinal ; dès le lendemain, la glande était remontée dans le canal inguinal et les phénomènes douloureux avaient disparu.

« Si nous procédons à l'examen méthodique de la région, nous constatons tout d'abord une asymétrie du scrotum, dont la moitié gauche est saillante, tandis que la moitié droite semble vide. A la palpation, on trouve, en effet, comme il a été dit, que le scrotum ne renferme qu'un seul testicule, le gauche, normal, mais peu développé, ayant à peine les dimensions d'une petite noix et offrant une consistance un peu molle.

« Le cordon spermatique, auquel la glande est suspendue, absolument sain et normal, s'engage dans le canal inguinal gauche, lequel ne présente rien de particulier.

« Du côté droit, il n'y a pas de testicule dans les bourses, mais, à la région inguinale, on distingue plus ou moins nettement, suivant les jours, une tuméfaction légère apparente à la vue, qui tantôt occupe le canal inguinal, à sa partie moyenne ou à sa partie inférieure, tantôt se montre au-dessous de l'orifice externe ; toutefois, certains jours, il est impossible de retrouver cette tuméfaction en aucun point du canal inguinal qui paraît absolument vide. Lorsqu'il vient se placer au-dessous de l'orifice inguinal externe, le testicule est facile à reconnaître, grâce à sa surface lisse et régulière et à la sensibilité extrême que détermine la moindre pression, il est assez mou et son volume est encore moindre que celui du côté gauche, car il présente tout au plus la grosseur d'une petite noisette.

« En dehors de la présence du testicule, on ne constate rien d'anormal au niveau du canal inguinal, dans lequel la toux ne fait saillir aucune pointe de hernie.

« Cette mobilité excessive du testicule qu'on observe chez ce malade et grâce à laquelle la glande peut parcourir toute la longueur du canal inguinal et même disparaître dans la cavité abdominale, constitue un caractère propre à une variété de l'affection que l'on a désignée sous le nom de testicule *flottant*.

« En dehors des crises douloureuses, il n'existe, chez ce malade, aucun trouble fonctionnel ; sans être trop ardent, il se livre volontiers au coït et, à ce point de vue, il n'y a rien de particulier à noter. Sa santé générale est parfaite ; tous ses organes paraissent sains et leurs fonctions s'exécutent normalement.

« Le diagnostic découle immédiatement de l'examen local ; il s'agit d'une ectopie testiculaire inguinale. » (DUPLAY.)

Tel est le tableau clinique d'une ectopie testiculaire inguinale, unilatérale, simple, non compliquée de hernie.

Lecomte¹ a distingué dans l'ectopie inguinale trois sous-variétés : l'*interne*, dans laquelle le testicule est situé au niveau de l'orifice interne du canal inguinal ; l'*interstitielle*, dans laquelle il se trouve dans le trajet ; l'*externe*, dans laquelle il est plus ou moins engagé dans l'orifice externe.

Cette division topographique n'a pas grande importance pratique.

Ce qu'il faut connaître avant tout, c'est le degré de mobilité et de mobilisation de l'organe ; car cette considération joue un grand rôle dans le traitement.

Il y a des testicules *fixes*, le plus souvent petits, durs, douloureux, lesquels sont adhérents et ne descendent pas sous l'influence du massage ; il y en a de *mobiles*, qui peuvent être déplacés facilement dans le trajet inguinal, être refoulés dans la cavité abdominale ou être amenés au fond des bourses ; il y en a de *flottants*, dont l'instabilité est telle qu'une légère

1. LECOMTE. Des Ectopies congénitales du testicule. *Thèse de Paris*, 1851.

quinte de toux, le moindre effort, un simple changement de position suffisent pour leur faire parcourir une étendue plus ou moins grande de la ligne de migration (observations DUMOULIN, DUPLAY, etc.).

2° Complications. — Un testicule ectopié peut être parfaitement toléré et l'infirmité peut passer inaperçue. D'ordinaire, il n'en est pas ainsi ; la gêne locale que provoque, au pli de l'aîne, la présence de la glande, ou la déformation du scrotum, attire, à un moment donné, l'attention des parents de l'enfant ou du malade lui-même.

A la suite d'un traumatisme, d'un effort, d'une quinte de toux, d'un changement de position, le testicule peut se luxer, pour ainsi dire, hors de son trajet ; comprimé, congestionné, étranglé, il devient le point de départ d'accidents nerveux, de crises douloureuses avec irradiations crurales et lombaires, qui ne disparaissent qu'après la réduction du testicule.

A la puberté, le testicule en ectopie, jusqu'alors silencieux, révèle souvent sa présence par une sensibilité très vive, parce que sa tuméfaction physiologique se trouve à l'étroit dans le canal inguinal.

Donc, toute congestion de la glande, active comme dans le cas précédent ou passive comme dans les torsions du cordon, peut être le point de départ d'une réaction douloureuse plus ou moins violente, ainsi qu'il arrive dans la torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire.

Quelquefois, les accidents présentent une allure dramatique et simulent un étranglement interne : début brusque, tuméfaction douloureuse, vomissements, ballonnement du ventre, refroidissement des extrémités, sueurs froides, facies anxieux, etc., c'est le tableau de l'*étranglement testiculaire*, si bien décrit par FOURNIER.

Le testicule comprimé qui, par sa propre congestion, s'étrangle, ainsi qu'une hernie, peut s'enflammer. L'orchite du testicule ectopié dans le canal inguinal présente parfois une marche bénigne, sans grande réaction péritonéale. En d'autres cas, elle s'accompagne d'étranglement testiculaire et de péritonisme. Enfin, on peut observer une péritonite vraie, géné-

ralisée, conséquence de la propagation à la grande séreuse de l'inflammation de la vaginale par l'intermédiaire du canal vagino-péritonéal. Les causes de l'orchite sont bien connues : un traumatisme, un cathétérisme, une blennorrhagie, une métastase ourlienne.

Le liquide qui s'épanche dans la séreuse péritestriculaire peut être séreux, séro-purulent ou purulent ; il peut être réduit dans la cavité péritonéale et enflammer le péritoine, ou s'enkyster et déterminer la formation d'une hydrocèle en bissac ou d'un kyste du cordon.

Le testicule en ectopie semble être prédisposé aux affections inflammatoires : les néoplasmes, eux aussi, ont été fréquemment observés. MONOD et TERRILLON en ont réuni 42 cas, parmi lesquels 5 sarcomes et 5 carcinomes ; le cancer frappe surtout les jeunes sujets ; il se caractérise par une allure rapide, un envahissement ganglionnaire précoce, une généralisation viscérale fréquente.

Mais de toutes les complications de l'ectopie inguinale, la plus fréquente, la plus sérieuse est la *hernie*. C'est, d'ailleurs, moins une complication qu'une manière d'être de l'ectopie ; elle suppose la persistance et la perméabilité du conduit vagino-péritonéal.

L'intestin peut rester en deçà du testicule, celui-ci étant indépendant ; il peut arriver à son contact, la glande avec les éléments du cordon sont cachés par la hernie ; il peut dépasser l'organe et descendre jusqu'au fond des bourses, entraînant avec lui le déférent ou le déférent et l'épididyme ; enfin, dans certains cas, l'orifice inguinal externe étant fermé, la hernie se développe du côté de la paroi supérieure du canal inguinal, s'insinuant entre les muscles et constituant cette variété de hernie inguino-interstitielle si bien décrite par TILLAUX.

On peut observer toutefois une hernie commune, coexistant avec le testicule ectopié ; il s'agit d'une hernie de la fossette inguinale moyenne, en avant de laquelle se trouve la glande.

Ces différentes variétés de hernie compliquent l'ectopie soit

par la difficulté de leur contention, soit par les accidents de l'étranglement¹.

3° Traitement. — Dans le traitement des ectopies, et de l'ectopie inguinale en particulier, le chirurgien ne doit jamais oublier que :

1° La descente tardive du testicule, assez fréquente jusqu'à la fin de la première année, peut encore s'observer, bien que plus rarement, à l'époque de la puberté et devient tout à fait exceptionnelle ultérieurement (DUPLAY).

2° Le testicule en ectopie conserve longtemps sa structure normale; si l'anomalie persiste, la glande subit, dans la suite et progressivement, la dégénérescence fibreuse et graisseuse et perd ses fonctions spermatogénétiques (DUPLAY).

3° Il ne faut jamais, sauf indications spéciales (sujet âgé, tumeur du testicule), traiter l'ectopie testiculaire par la castration.

Pratiquement, les indications opératoires diffèrent suivant qu'il s'agit d'un enfant de moins de trois ans; d'un enfant ayant dépassé cet âge, mais n'ayant pas encore atteint celui de la puberté; ou d'un adulte.

A. PREMIER CAS. — *Il s'agit d'un enfant n'ayant pas trois ans.* — Il faut attendre avant d'intervenir chirurgicalement. A la naissance, il n'est pas rare de constater dans les bourses l'absence d'un testicule que l'on découvre au niveau du trajet inguinal. L'organe peut achever sa migration dans les premiers mois qui suivent la naissance et même au cours de la première année. Cette ectopie transitoire ne doit pas être confondue avec l'ectopie de la période suivante, laquelle est généralement définitive.

« Sauf existence d'une hernie concomitante grosse et nette,

1. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a pratiqué 42 opérations de cure radicale pour hernie avec ectopie testiculaire, dont 6 cas d'ectopie double; en ce qui concerne le testicule, il a fait 25 fixations et 17 castrations; au point de vue de la hernie, tous les résultats ont été parfaits. (Communication à l'Académie de Médecine, 12 juin 1900).

il faut opérer les ectopies testiculaires bien moins tôt que les hernies proprement dites. Ce n'est pas du tout parce que l'opération est dangereuse, ni parce que chez les jeunes enfants au-dessous de trois ans, l'urine, dont on ne peut éviter la souillure, est capable d'infecter gravement la plaie opératoire. Cette plaie est identique à celle d'une cure de hernie simple et, chez les enfants au-dessous de trois ans, un grand nombre de hernies ont été opérées, sans qu'on ait eu à se plaindre de cet inconvénient. Si, de parti pris, quand il n'y a ni souffrances, ni hernie manifeste, il est préférable d'attendre pour l'ectopie, c'est que parfois a lieu une descente tardive. Cette descente, sans doute, s'accompagne volontiers de hernie et dès lors n'évite pas l'opération; mais elle allonge d'autant le cordon et favorise la bonne situation définitive du testicule » (BROCA).

En attendant l'époque de l'intervention, pour faciliter la descente de l'organe, on aura recours au *massage du cordon* et à l'application d'un *bandage*.

Le massage du cordon, préconisé déjà par HUNTER, et sur lequel TUFFIER a rappelé l'attention, a été, dans la thèse de DUCHESNE, l'objet d'une bonne description. « Il consiste, dit DUCHESNE, en pressions lentes, régulières, exercées de haut en bas dans l'ectopie inguinale et de bas en haut dans l'ectopie périnéale, assez douces pour ne pas provoquer de douleurs, fréquemment répétées et progressivement. Elles se feront avec la face palmaire des doigts sur la région enduite d'un corps gras et seront recommencées tous les deux jours pendant au moins cinq minutes. » On cherche, par ces manœuvres, à mobiliser le testicule, c'est-à-dire à transformer un type fixe en un type mobile. Ce résultat est obtenu après une, deux ou plusieurs semaines. L'avantage acquis est conservé, soit par le port d'un bandage herniaire simple dont la pelote, appliquée exactement sur l'orifice inguinal externe, empêche le testicule de remonter, soit par la fixation du testicule au scrotum au moyen d'un ou deux fils de soie qui traversent l'albuginée et les téguments et que l'on noue à l'extérieur. Ces fils sont enlevés au bout d'une semaine, quand l'organe est fixé.

Si l'ectopie n'est pas simple, mais compliquée d'une hernie,

il sera bon, pendant le massage, de chercher à isoler, par des manœuvres délicates, l'intestin du testicule. Après plusieurs séances, en refoulant l'intestin vers l'orifice interne du canal inguinal de la cavité abdominale et le testicule vers l'orifice externe et le scrotum, par une action simultanée, mais en sens inverse, des deux mains, on limitera, au niveau de la région auparavant occupée par la hernie et la glande ectopique, un espace libre, qui grandira progressivement et qu'on conservera grâce à l'application d'un bandage en fourche fermant le canal et dont la concavité maintient le testicule dans la bourse correspondante.

B. DEUXIÈME CAS. *Il s'agit d'un enfant ayant dépassé l'âge de trois ans, mais n'ayant pas encore atteint la puberté.*— Le traitement de choix de l'ectopie inguinale, à cette période de la vie, est la cure chirurgicale. Il ne faut plus compter, bien qu'elle puisse se faire, sur la descente tardive du testicule. Toutefois, si le sujet est tout jeune, ayant cinq à six ans, on pourra recourir au massage du cordon, à la mobilisation de l'organe et à sa fixation par le bandage ou l'orchidopexie.

Le plus souvent, on aura affaire à un testicule fixé par des adhérences, retenu par un cordon trop court et descendant à peine sous l'influence du massage. L'organe, situé dans le trajet inguinal, est compris dans la tunique fibreuse, dépendance du fascia transversalis. Du côté de l'orifice inguinal externe, le testicule est libre et les éléments de la fibreuse vont se perdre, plus ou moins disséminés, dans le tissu cellulaire des bourses au niveau du pédicule et de la cloison. Du côté de l'orifice inguinal interne, le testicule n'est pas libre. Il est maintenu en place par les fibres crémastériennes, les éléments du cordon et le canal vagino-péritonéal. Ce canal se présente au chirurgien sous des aspects différents ; dans certains cas, il est réduit à des tractus et le testicule possède une vaginale bien constituée et indépendante ; en d'autres cas, il existe réellement, communiquant ou non avec la cavité péritonéale ou péritestriculaire, tantôt vide, tantôt distendu par une hernie ou une hydrocèle. Quoi qu'il en soit, tunique fibreuse et fibres crémastériennes ; éléments du cordon ; canal déférent,

vaisseaux, nerfs et tissu cellulaire ; canal vagino-péritonéal constituent les principaux obstacles à la descente artificielle du testicule.

Il s'agit donc d'isoler le testicule, de le libérer, de le mobiliser, de le faire descendre, de lui créer une loge dans la bourse correspondante et de le fixer dans cette situation nouvelle.

Je ne puis passer en revue tous les procédés opératoires qui ont été employés avec KOCH, CHÉLIUS, ANNANDALE, MAX SCHÜLLER, NICOLADONI, WOOD, CHAMPIONNIÈRE, TUFFIER, JALAGUIER, DUCHESNE, BROCA, KIRMISSON, VILLEMIN, etc.

Je décrirai le procédé complexe qui semble donner le plus grand nombre de résultats parfaits et qui tient à la fois de la cure radicale de la hernie et de l'orchidopexie proprement dite.

L'opération doit être conduite de la façon suivante : inciser les téguments, comme dans la cure radicale de la hernie et faire descendre l'incision sur le pédicule des bourses ; pénétrer dans le trajet inguinal en entr'ouvrant, par les ciseaux ou le bistouri et la sonde cannelée, les deux piliers de l'orifice cutané ; récliner en dehors et en bas, avec un écarteur, le pilier inguinal externe ; aborder le testicule suivant son grand axe par une incision qui divisera ensuite la fibreuse dans toute sa longueur ; découvrir le canal vagino-péritonéal qui se trouve en avant des éléments du cordon ; isoler ce diverticule séreux ; l'ouvrir ; réduire la hernie si elle existe ; donner issue au liquide s'il y en a ; pédiculiser la séreuse du côté de l'orifice péritonéal ; du côté du testicule, faire, par une suture en bourse, une vaginale indépendante ; dégager et isoler le testicule revêtu de sa séreuse ; le mobiliser en sectionnant les fibres crémastériennes et le tissu cellulaire du cordon en plusieurs endroits sur la sonde cannelée¹ ; respecter le déférent et les

1. A plusieurs reprises, au cours de l'intervention, j'ai observé, indépendant du cordon et appliqué sur le paroi postérieure du canal inguinal, un filet nerveux (branche génitale lombaire) entouré de veines. Celles-ci constituaient un plexus serré, tendu, inextensible, s'opposant à la descente du testicule, alors que tous les éléments du cordon avaient été dissociés. Il m'a suffi de réséquer,

vaisseaux¹ ; faire descendre la glande vers le scrotum par l'orifice inguinal externe agrandi et créer avec le doigt une loge dans la bourse correspondante après avoir traversé cette lame fibreuse que JALAGUIER a signalée au niveau du pédicule.

La première partie de l'opération est effectuée, le testicule est en place. Il faut le maintenir dans cette situation.

La fixation du testicule à la paroi scrotale par deux fils de soie qui passent au travers de l'albuginée et qui comprennent toutes les parties profondes des téguments, c'est-à-dire l'orchidopexie proprement dite, est loin d'avoir donné les résultats qu'on était en droit d'espérer, le scrotum, mobile, s'invagine en doigt de gant, entraîné par la réascension de la glande elle-même.

Le meilleur procédé consiste à rassembler au-dessus du testicule tous les plans résistants, lesquels, suturés, constitueront une gaine solide s'opposant à l'ascension de l'organe, une sorte de couloir très étroit, dans lequel le testicule, trop gros, ne pourra s'engager. La marche à suivre est la suivante dans la seconde partie de l'opération : récliner le cordon élongé ; réunir par la suture l'arcade crurale et le tendon conjoint, pour agir contre la hernie et créer un plan solide profond ; par un seul surjet, rassembler au niveau de la région inguinale les débris de la fibreuse et les piliers entr'ouverts ; fermer exactement l'orifice externe et descendre le surjet, au-dessous de cet orifice, le plus bas possible, jusqu'au testicule, en condensant soigneusement le tissu cellulaire des bourses ; enfin à l'exemple de KIRMISSON, exciser une partie du scrotum « de façon à avoir la formation d'une cicatrice solide qui joue jusqu'à un certain point le rôle d'un bandage et contribue encore à s'opposer à la réascension de la glande. »

entre deux ligatures, un segment du plexus, tout en conservant le filet nerveux, pour mobiliser facilement le testicule.

1 La descente du testicule peut et doit être obtenue sans le sacrifice des vaisseaux spermatiques. L'atrophie de la glande est la conséquence de la section de l'artère et des veines principales, cela est presque toujours vrai, sinon chez les adultes, du moins chez l'enfant.

Malgré tout, cette réascension du testicule est fréquente et sur 79 opérés revus entre un et six ans après l'intervention, Broca n'a constaté que 31 résultats parfaits ; il y avait 31 résultats incomplets en ectopie extra-inguinale et 13 atrophies secondaires de l'organe.

VILLEMEN a exposé, à la Société de Pédiatrie, un nouveau procédé destiné « à maintenir le testicule au-dessous d'une ligne horizontale et tangentielle passant par la partie inférieure de la racine de la verge ». Il trouve un point d'appui dans l'autre testicule. « Sans faire aucune incision nouvelle du côté opposé, sans agrandir celle qui est strictement nécessaire pour la cure de la hernie, nous repoussons à travers les téguments le testicule normal et, passant sous la verge, le faisons saillir coiffé de la cloison intertesticulaire dans la plaie opératoire ; sur l'organe même qui tend fortement les tissus, nous sectionnons cette cloison jusqu'à ce que l'on distingue la vaginale qui laisse transparaître l'albuginée reconnaissable à sa blancheur, cette section doit être assez petite pour que le testicule sain ne fasse pas hernie à travers et ne quitte pas sa loge. Alors, conservant l'organe immobilisé dans la main gauche, nous traversons la vaginale et l'albuginée seuls, autant que possible sans prendre du tissu glandulaire, à l'aide de deux fils de soie. Ceux-ci sont, à leur tour, passés de la même manière, sous les enveloppes du testicule ectopié, qu'un aide s'efforce de faire descendre de son mieux et les fils sont noués ; il n'y a plus qu'à suturer la peau de l'unique incision... Dans les cas d'ectopie double, après mobilisation et descente du testicule avec incision dans les ectopies fixes, sans incision dans les ectopies mobiles et flottantes, une petite incision d'un centimètre 1/2 seulement, faite sur le raphé médian des bourses à leur partie la plus déclive, permet de passer deux fils de soie qui solidarisent les testicules et les maintiennent. »

Sur la plaie opératoire, non drainée, on appliquera un pansement aseptique en double spica avec croisés au niveau du périnée pour relever le scrotum : gaze aseptique, ouate hydrophile stérilisée, premier spica en bande de toile, taffetas

gommé avec orifice pour le passage de la verge, second spica en tarlatane fraîche. Veiller à ce que le pansement ne soit pas souillé par l'urine. Suites simples.

Les résultats de l'opération peuvent être *parfaits, satisfaisants, incomplets ou nuls*. Quoi qu'il en soit, et lorsqu'un testicule douloureux qui rendait impossible la pression d'un bandage a pu être amené de la région inguinale à la partie supérieure du scrotum, c'est là un résultat incomplet, sans doute, mais très appréciable, pour le malade délivré d'une pénible infirmité (KIRMISSON).

C. TROISIÈME CAS. *Il s'agit d'une ectopie testiculaire observée chez un sujet adulte*. — Les recherches histologiques de GOUBAUX et FOLLIN, confirmées par celles de MONOD et TERRILLON, facilitent la résolution du problème, puisqu'elles montrent que, dans les cas anciens, le testicule est atteint de dégénérescence fibreuse ou graisseuse et ne produit plus de spermatozoïde.

Dans de telles conditions, l'orchidopexie ne peut plus être regardée, suivant l'expression de DUPLAY, que comme une opération de complaisance destinée surtout à satisfaire le moral des malades.

Le traitement de choix devient la *castration*.

III. — LES AUTRES ECTOPIES TESTICULAIRES

1° Ectopie abdominale. — Cette variété comprend topographiquement plusieurs sous-variétés : ectopies *abdomino-lombaire* ou *pelvienne sous-rénale*, *iliaque* ou *pelvienne*, *rétro-pariétale*. La situation précise du testicule a beaucoup moins d'importance que sa mobilisation.

A ce point de vue, il existe deux sortes d'ectopie abdominale, l'une qui est fixe, inaccessible au palper ; l'autre qui est mobile et qui se caractérise par l'apparition de la glande dans le trajet inguinal à certains moments, sous l'influence d'un effort, d'un changement de position... L'ectopie est dite *abdomino-inguinale*.

Dans l'ectopie abdominale, le testicule est recouvert par la

séreuse et rattaché à la paroi par un véritable méso. Dans la situation rétro-pariétale iliaque, le canal vagino-péritonéal existe préformé à l'état d'un diverticule, doigt de gant ou « bonnet phrygien », de dimensions variables. L'intestin pourra faire hernie, en suivant le testicule ; cette hernie, en laissant là le testicule, pourra même descendre, dans certains cas, jusqu'au fond des bourses.

Enfin, grâce à la présence du diverticule péritonéal, il est permis, au cours de l'intervention, de faire une vaginale au testicule.

Le trajet inguinal est le plus souvent mal conformé, il est réduit à un simple anneau. Dans le cas observé par GUELLIOT, il y avait une absence congénitale des plans profonds de la paroi abdominale extérieure au-dessus de l'arcade crurale et cette ectopie, accessible au palper en situation rétro-pariétale, s'accompagnait d'une hernie.

Une ectopie abdominale se reconnaît aux signes suivants : un testicule manque dans le scrotum ; on ne le trouve ni dans le canal inguinal, ni dans le pédicule des bourses, ni à la racine de la cuisse, ni au périnée ; il est donc « inclus » dans la cavité abdominale. Si l'ectopie est fixe, la glande restera inaccessible au palper et ne sera découverte que par l'intervention ; si cette ectopie est mobile, le testicule pourra apparaître, de temps en temps, dans le canal inguinal, spontanément, à l'occasion d'un effort, ou grâce à une pression digitale profonde que l'on dirigera de la fosse iliaque vers la région inguinale, comme si l'on voulait faire sortir l'organe de la cavité abdominale ; celui-ci devint alors accessible et peut être examiné.

Quelle est la conduite à tenir en face d'une ectopie abdominale ? Les variétés pelvienne sous-rénale et iliaque ne sont susceptibles d'aucun traitement ; une seule intervention s'imposera quand le testicule sera atteint d'inflammation, de dégénérescence ou de névralgies rebelles, c'est la castration.

Il n'en est pas de même pour la variété rétro-pariétale, surtout quand la glande est mobilisable. L'on pratiquera à la fois la cure radicale et l'orchidopexie, suivant les règles énoncées