

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

plus haut. Quelles que soient les difficultés, l'intervention doit être toujours tentée et dans le cas de GUELLIOT, en particulier, le succès a été complet.

Voici une observation intéressante d'ectopie abdominale :

J... J..., âgé de 13 ans, entre à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Giraldès, pour « une hernie ».

Antécédents héréditaires : rien de particulier.

Antécédents personnels : le petit malade, étant accompagné de personnes étrangères à sa famille, me renseigne lui-même. J'apprends qu'il a porté un bandage, pour contenir une hernie inguinale droite, depuis sa naissance jusqu'à l'âge de huit ans ; depuis cette époque, jusqu'à l'âge de douze ans, il n'a rien remarqué de particulier au niveau des parties génitales ; cependant, une seule glande, celle du côté gauche, avait accompli sa migration. Pas de testicule droit. Un peu au-dessus du pli de l'aîne correspondant, l'enfant avait constaté, à maintes reprises, la présence d'une « petite boule ».

Depuis six mois environ, son attention fut attirée par « une grosseur qui sortait quand il était debout et qui rentrait quand il était couché ».

Examen. — *Enfant debout* : Au niveau du pédicule de la bourse droite, tuméfaction de la grosseur d'un œuf de pigeon, subissant l'impulsion de la toux, mate et fluctuante comme une hydrocèle : la transparence est difficile à constater. En avant de l'orifice inguino-cutané, petite masse globuleuse, dépressive, de la grosseur d'une petite noix, de sensibilité exquise, mobilisable de bas en haut, mais non de haut en bas. Dans le trajet inguinal et la fosse iliaque interne, rien de particulier. Testicule gauche, relativement volumineux, à sa place ; pas de hernie ni d'hydrocèle de ce côté.

Enfant couché : Dès que l'enfant est couché, tout se réduit spontanément. Le pédicule de la bourse rudimentaire droite, l'orifice inguino-cutané, le trajet inguinal sont libres.

Dans la fosse iliaque droite, derrière l'orifice inguino-péritonéal, en situation rétro-pariétale, le palper permet de constater la présence d'une masse, de la grosseur d'une petite noix ; on dirait un ganglion que les doigts accrochent.

Dans les autres appareils rien de particulier.

Je porte le *diagnostic* d'ectopie abdomino-rétro-pariétale du testicule droit avec précessus vagino-péritonéal et hydrocèle congénitale. Ectopie du type mobile. Ectopie par application d'un

bandage herniaire qui a contenu une hernie et arrêté le testicule dans sa migration.

Intervention, pratiquée par M. VILLEMEN et moi. Le trajet inguinal étant découvert, le canal vagino-péritonéal se montre vidé, en grande partie, de son liquide. Le sac, dont la pointe est fixée par des tractus fibreux à la face profonde des téguments de la bourse droite rudimentaire, un peu au-dessous de l'orifice inguino-cutané, est incisé, ouvert ; le testicule apparaît ; il peut être amené dans le trajet inguinal, puis se trouve retenu par l'épididyme déroulé, fixé lui-même par la paroi vagino-péritonéale et les éléments fibromusculaires du cordon. L'épididyme est libéré, le sac vagino-péritonéal sectionné, avec les fibres crémastériennes, au-dessus du testicule, celui-ci trouve une vaginale naturelle dans le diverticulum sous-jacent qui, antérieurement, bombait au niveau du pédicule des bourses. Les parois postérieure et antérieure du canal inguinal sont reconstituées ; et le testicule ectopié est mis en place dans la bourse droite agrandie par refoulement, après avoir été réuni au testicule gauche par une double suture à la soie (procédé Villemén)¹.

2° Ectopie périnéale. — Il existe, de cette variété, une trentaine de cas. Le testicule, car l'ectopie est toujours unilatérale, se trouve situé au niveau du périnée, sur le côté et un peu en avant de l'anus, dans le tissu cellulaire sous-cutané ; il se présente sous forme d'une petite tumeur tantôt fixée par des adhérences, tantôt mobile et pouvant être ramenée d'arrière en avant jusqu'au pli scrotal.

L'infirmité est parfaitement tolérée ou devient le point de

1. GUELLIOT vient d'observer, chez un enfant de 10 ans 1/2, un nouveau cas de testicule abdominal — adhérent et douloureux, — pour lequel il intervint par laparotomie médiane et incision inguinale. Le testicule, « ayant le volume et l'aspect d'un raisin blanc » se trouvait placé sur le bord externe d'un repli péritonéal tendu entre l'S iliaque et la paroi abdomino-inguinale ; il était « appendu à ce bord comme l'ovaire au ligament large ». Le repli sérieux contenait des vaisseaux dans son bord libre, et le cordon dans la profondeur. Celui-ci fut isolé. Puis, grâce à l'incision inguinale, le péritoine fut effondré et le testicule attiré au dehors par l'anneau, qui fut fermé derrière lui. (Guérison normale, juin 1900).

départ d'accidents douloureux et inflammatoires, sous une influence traumatique quelconque.

Le massage, dans l'ectopie périnéale, peut donner de bons résultats ; mais si la réduction du testicule est facile, la contention est difficile.

Il faut traiter chirurgicalement cette variété ; entr'ouvrir par une incision la bourse vide, aller dégager le testicule, le mobiliser, l'amener à sa place normale et le fixer en bonne position par une suture superficielle ou profonde ; il sera bon, comme dans l'ectopie inguinale, de condenser par un surjet serré tous les tissus rétro-testiculaires dont la gangue s'opposera à la reproduction de la situation vicieuse.

Quoi qu'on fasse, le résultat est presque toujours incomplet ; la glande tend à suivre son ancienne route ; on la trouve à la partie postérieure du pédicule des bourses, entre le pubis et le fond du scrotum. Toutefois, dans cette nouvelle position, les accidents disparaissent et la glande reprend en partie son évolution physiologique.

3° Ectopie sous-abdominale. — Dans cette variété, l'on constate la vacuité d'une bourse et la présence du testicule au-dessus de l'arcade crurale, dans le tissu cellulaire sous-cutané.

4° Ectopie crurale. — Il existe, de cette variété, 8 ou 10 observations. La glande est placée au lieu d'élection des hernies crurales.

5° Ectopie cruro-scrotale. — Il existe, de cette variété, 6 observations, dont 3 bilatérales et 3 unilatérales. Le testicule se trouve dans le sillon cruro-scrotal, immédiatement au-dessous de l'orifice externe du canal inguinal et peut, dans cette situation, jouir d'une certaine mobilité.

II

LES AUTRES ANOMALIES DU TESTICULE

1° La polyorchidie. — C'est l'existence chez l'homme de plus de deux testicules ; la polyorchidie est exceptionnelle. Il

y en a quelques observations : celles de Gérard BLASIUS, BLÜMENER, MACANN et PRANKERD, CRESWELL, HEWELT. Mais il ne faut pas prendre pour un testicule un fibrome, un kyste de l'épididyme ou un kyste du cordon.

2° L'anorchidie. — C'est l'absence du testicule ou de ses annexes.

Une atrophie méconnue ou une ectopie inaccessible peuvent en imposer pour une anorchidie.

Cette anomalie, unilatérale ou bilatérale, comprend plusieurs sous-variétés : le testicule seul est absent (4 observations ; la vésicule séminale et le canal déférent sont remplis d'un liquide muqueux privé de spermatozoïde, l'épididyme existe ; le testicule est quelquefois représenté par un petit peloton graisseux) ; — l'appareil excréteur peut faire défaut, tandis que la glande elle-même existe, les sous-variétés sont nombreuses, suivant la partie absente des voies d'excrétion ; — le testicule et les annexes manquent complètement ou incomplètement ; souvent, il y a un canal rudimentaire, plus ou moins long, correspondant à la vésicule et au déférent.

L'anorchidie est rare et, quand elle existe, elle est le plus souvent unilatérale. C'est fort heureux, car les conséquences de l'anorchidie bilatérale sont terribles : « Les malheureux semblent perdre leur sexe ; leur figure est glabre, leur voix aiguë, leurs mamelles sont saillantes, leurs hanches développées ; ils n'ont ni érection, ni pollution ; ils ne peuvent pas copuler et encore moins engendrer... » (RECLUS).

3° La synorchidie. — C'est la fusion intra-abdominale des deux testicules sur la ligne médiane du corps.

Il n'existe de cette anomalie qu'une seule observation due à ISIDORE GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

4° L'hypertrophie. — C'est le développement exagéré de la glande spermatique. C'est une hypertrophie acquise de compensation — unilatérale — qui se manifeste surtout, à l'âge de la puberté, chez les individus atteints d'anorchidie ou d'ectopie. On ne la rencontre qu'exceptionnellement à la suite des atrophies testiculaires d'origine traumatique ou inflammatoire.