

et au cordon, trousseaux qu'il a fallu rompre pour faire descendre la glande? Chacun, enfin, a pu constater l'état atrophique du scrotum des ectopiques; Jalaguier (1) a même trouvé « les bourses, pour ainsi dire, fermées par une sorte de membrane fibreuse qui dépendait de l'appareil suspenseur en disposition vicieuse ».

**Causes pathologiques.** — Les causes pathologiques auxquelles on a attribué l'arrêt de la migration du testicule sont les adhérences contractées par celui-ci, sur différents points de la région abdominale, avec des organes voisins. Ces adhérences, consécutives à des péritonites plus ou moins étendues, ne sont pas niables, puisqu'elles ont été constatées sur plusieurs sujets. Curling (2) en rapporte plusieurs exemples : adhérences cœliques (Cloquet), adhérences épiploïques (Wrisberg); adhérences iliaques (Simpson); adhérences cœcales (Jobert); lui-même a vu le testicule prendre contact avec le grand épiploon et avec l'intestin.

Ces faits sont loin d'avoir l'importance qu'on croirait *a priori* leur pouvoir attribuer : deux appartiennent à des fœtus; un troisième à un enfant mort peu de jours après sa naissance; un quatrième se rapporte à des adhérences diagnostiquées... par la clinique! Il en reste deux : c'est peu.

A côté de ces adhérences abdominales, qui sont, pour ainsi dire, directes et interviscérales, se placent les adhérences qui unissent le testicule à la face interne du conduit vagino-péritonéal. Le professeur Duplay (3) considère celles-ci comme la cause ordinaire de l'ectopie testiculaire et laisse entendre qu'elles ont été fréquemment observées : je ne le crois pas. Elles sont, au contraire, très rares, ainsi qu'on peut s'en convaincre en lisant la relation des orchidopexies pratiquées jusqu'à ce jour. Je pense même qu'elles peuvent être considérées comme secondaires; c'est ainsi, par exemple, que j'interprète les lésions observées par le professeur Le Dentu sur le malade qui fait l'objet de l'observation XIV de la thèse de Paul Bezançon : sujet de dix-huit ans, *tuberculeux avancé*, atteint d'ectopie et d'*hydrocèle congénitale*, dont le testicule était maintenu au niveau de l'anneau par son adhérence à des plicatures grêles de la séreuse.

**Causes mécaniques.** — Godard a, le premier, signalé l'influence du bandage herniaire sur l'ectopie définitive du testicule, et il n'est pas de chirurgien qui n'ait vu plusieurs fois s'accomplir en quelques semaines ou en quelques mois, sous la seule influence de la suppression d'une pelote inguinale, les derniers temps de la migration. « Prise, en effet, quelquefois pour une hernie, la tumeur inguinale est traitée comme telle. » On conseille un bandage; celui-ci refoule le testicule dans l'abdomen ou provoque son adhérence aux

(1) JALAGUIER, *Soc. de chir.*, 17 avril 1889.

(2) T.-B. CURLING, *loc. cit.*, p. 23.

(3) S. DUPLAY, Ectopie testiculaire inguinale (*Presse méd.*, 4 janv. 1899, n° 1, p. 1).

parois du canal vagino-péritonéal : la migration n'était que retardée; elle devient définitivement impossible. Là, du reste, ne s'arrête pas l'action néfaste du bandage; la compression qu'il exerce sur le testicule oblige souvent celui-ci, au moment où il abandonne le canal inguinal, à changer de direction; en fermant la route qui la conduirait au scrotum, elle force la glande génitale à s'insinuer sous la peau vers la région crurale, le périnée, l'abdomen. C'est ainsi que naissent, dans la plupart des cas, les cryptorchidies aberrantes, lesquelles rappellent si bien, par leur mécanisme, l'histoire de ce malade de Malgaigne (1) dont l'intestin, sorti du ventre par le canal inguinal, s'achemina dans le périnée jusqu'à l'anus parce que le scrotum, qui était tout à fait rudimentaire, ne pouvait lui donner asile.

On a vu, du reste, en certains cas, un traumatisme intense réaliser brusquement cette action lente du bandage et chasser le testicule du scrotum. M. Le Dentu (2) cite le cas d'un malade de Partridge qui, s'étant heurté violemment sur le pommeau d'une selle, eut une ectopie périnéale définitive du testicule; le testicule du fusilier de Cintrac abandonna les bourses dans un exercice de trapèze; Ed. Schwartz (3) rapporte une observation analogue de Sevenko; de Fajole (4), examinant un cavalier renversé par sa monture et pris sous elle, trouva le testicule gauche en avant de l'anus, sur la ligne médiane; D. Mollière et Augagneur (5) écrivent que Hess de Huster constata sur un artilleur une ectopie crurale produite par le choc d'un sabre. Peut-être, cependant, quelques-unes de ces observations relèvent-elles de la torsion du cordon spermatique?

Telles sont les causes jusqu'à ce jour invoquées de l'ectopie du testicule; aucune d'elles n'est positivement niable, puisqu'elles sont toutes étayées sur des observations anatomo-cliniques; mais il y a vraiment disproportion entre des documents si pauvres et la fréquence relative de l'anomalie à laquelle ils se rapportent. En dehors des contingences, il doit y avoir quelque théorie générale applicable, pour la grande majorité des cas, à la genèse de l'ectopie du testicule, et cette théorie, elle est encore à faire. Il faut rendre cette justice à Godard qu'il avait senti le besoin d'une conception très compréhensive des anomalies topographiques du testicule, et qu'il avait très heureusement réalisé celle-ci en faisant dépendre toutes les ectopies d'un vice gubernaculaire (absence ou paralysie), en

(1) MALGAIGNE, Sur l'inflammation des hernies (*Arch. gén. de méd.*, 1841, 3<sup>e</sup> série, t. XII, p. 224).

(2) LE DENTU, Des anomalies du testicule, thèse agr., 1869; chez J.-B. Baillière, p. 91.

(3) Éd. SCHWARTZ, art. TESTICULE de l'*Encyclopédie int. de chir.*, t. VII, p. 537; chez J.-B. Baillière, Paris, 1889.

(4) H. DE FAJOLE, Contribution à l'étude de l'ectopie testiculaire traumatique, thèse de Montpellier, 31 juillet 1896, p. 28.

(5) DAN. MOLLIÈRE et V. AUGAGNEUR, art. TESTICULE du *Dictionnaire encyclopédique des sc. méd.*, 3<sup>e</sup> série, t. XVI, p. 568; chez G. Masson, Paris, 1886.

adaptant à l'interprétation des faits cliniques les idées de Curling sur les trois faisceaux du gubernaculum, et en imaginant pour chacun de ces trois faisceaux une physiologie schématique qui permettait d'expliquer et de classer tous les cas : le faisceau externe ayant pour fonction d'attirer la glande dans le canal inguinal, son absence provoquait l'ectopie abdominale ; le faisceau interne étant chargé d'amener le testicule au dehors de l'orifice inguinal, son absence produisait l'ectopie intra-inguinale ; le faisceau moyen devant conduire la glande vers le fond du scrotum, qui est son point d'attache, ses insertions anormales engendraient les ectopies aberrantes. Malheureusement, cet admirable mécanisme de la migration normale et des migrations anormales du testicule a un défaut fondamental : c'est, alors qu'il paraît basé sur des constatations anatomiques, de ne reposer, en somme, que sur une fiction. J'ai montré (1) que le gubernaculum testis est un cordon unique, arrondi, isolé, absolument indépendant, qui pénètre tout entier, sans aucune division fasciculaire, dans le canal inguinal. Là, il adhère d'une manière intime aux fibres inférieures du petit oblique ou du transverse ; quand on exerce sur le testicule abdominal une traction qui le rapproche du diaphragme, alors, mais alors seulement, on provoque, par la rentrée dans le ventre de ces fibres du petit oblique, la formation, purement artificielle, entendons-nous bien, d'une sorte de cône inguinal strié qui s'enfonce dans l'abdomen et paraît être, ce qu'il n'est en aucune manière, la continuation de la corde gubernaculaire. Il faut donc faire une bonne fois table rase de ces deux fameux faisceaux périphériques, l'un externe, l'autre interne, du gubernaculum, qui étaient si commodes pour la pathologie ; ils ne sont rien autre chose que l'invagination dans le ventre, par un artifice de dissection, de quelques faisceaux externes (iliaques) et internes (pubiens) du bord inférieur de la sangle musculaire de l'abdomen.

Quant à ce que Curling appelait le faisceau moyen du gubernaculum, et qui n'est, en réalité, que le segment terminal du gubernaculum tout entier, du vrai et seul gubernaculum, il est si difficile à suivre, si difficile à étudier, si complètement confondu avec le tissu cellulaire environnant, qu'après avoir disséqué des fœtus humains de tous les âges, et des fœtus d'ovidés et de bovidés en grand nombre, je me demanderais comment de si nombreux auteurs ont osé le décrire avec tant de précision comme allant s'attacher isolément et nettement au fond du scrotum, s'il n'était évident qu'ils se sont copiés les uns les autres. Je ne suis pas fixé, quant à moi, sur les insertions vraies du gubernaculum ; sur quelques sujets, seulement, un de ses faisceaux m'a paru plonger dans le scrotum et se perdre dans la masse cellulaire qui en remplit la cavité ; mais chez la plu-

(1) Pierre SEBILEAU, Les enveloppes du testicule, *loc. cit.*, p. 68 et suiv.

part je n'ai pas pu en suivre les traces au delà de la paroi abdominale. Quelques fascicules gubernaculaires m'ont paru s'attacher, d'une façon variable, « sur les fascias et tendons aplatis qui constituent la charpente abdominale », sur les plans osseux et fibreux du voisinage, et même à la face profonde du derme cutané de la région inguinale. Même, sur les fœtus de cinq mois, il est certain que le gubernaculum ne traverse pas le tendon aponévrotique, certainement ininterrompu, du grand oblique, et qu'il se perd, blanchâtre et gélatineux, au-dessous des fibres inférieures du petit oblique, dans le tissu cellulaire profond de la région. Je le répète : ces recherches sont d'une extrême difficulté. Eh bien, après tout cela que reste-t-il de l'ingénieuse mais toute subjective conception de Godard ? Rien.

Il me semble que pour se faire une idée de la genèse des ectopies testiculaires, il est trois faits cliniques qu'il faut méditer et que je tiens à mettre en évidence : le caractère assez souvent héréditaire de cette anomalie ; la proportion relativement considérable des ectopies inguinales ; la fréquence des migrations arrêtées et des descentes tardives. Je m'explique :

*Premier fait.* — Cadiot (1) écrit que de nombreux faits relatés par Paugoné, Degive et autres établissent que la monorchidie est une anomalie transmissible héréditairement chez le cheval ; c'est même, ajoute-t-il (communication écrite), une anomalie très fréquente chez les descendants des étalons ectopiques. Il en est de même dans l'espèce humaine. Lecomte (1) rapporte, après Gosselin, qu'un père, son fils et son petit-fils étaient monorchides ; plusieurs auteurs ont observé des exemples de cette transmission héréditaire. J'en ai vu plusieurs cas. C'est un document qu'on néglige souvent et qu'il est, du reste, quelquefois difficile de se procurer.

*Second fait.* — De toutes les ectopies testiculaires, les ectopies inguinales sont de beaucoup les plus fréquemment observées : Godard les a notées dans 67 p. 100 des cas colligés par lui. Pour mon compte, je n'en ai jamais observé d'autre. Viennent ensuite les ectopies iliaques dans une proportion de 12 p. 100. A elles deux, les ectopies inguino-iliaques représentent donc environ 80 p. 100 des anomalies de migration du testicule.

*Troisième fait.* — Les migrations retardées sont si fréquentes qu'il n'est pas un médecin qui n'en ait observé plusieurs exemples et n'ait été, à diverses reprises, consulté sur ce sujet. Bien des enfants naissent cryptorchides dont la glande génitale ne descend dans le scrotum qu'au cours de la première année. Quoique moins fréquentes, les migrations vraiment tardives sont assez communes ; c'est alors un certain temps avant la puberté, quelquefois à l'époque même de la puberté,

(1) P.-J. CADOT, art. CRYPTORCHIDIE du *Supplément au Nouveau Dictionnaire prat. de méd. vét.*, 1<sup>er</sup> suppl., p. 423 ; chez Asselin et Houzeau, Paris, 1897.

au moment où surviennent des douleurs testiculaires, exceptionnellement à l'âge adulte, que s'opère le dernier cheminement de la glande génitale qui, dans ces cas, fait le plus ordinairement son apparition en dehors du ventre en même temps que l'intestin. J'ai vu récemment un malade âgé de cinquante-huit ans, chez qui venaient d'apparaître concurremment dans les bourses, l'intestin et un testicule dont il avait jusqu'alors méconnu l'existence. Les vétérinaires connaissent bien ces migrations lentes; aussi ne pratiquent-ils la castration du cheval cryptorchide que lorsque l'animal a atteint la quatrième année. Il importe de se rappeler tous ces faits qui montrent que la descente arrêtée et tardive n'est qu'une ectopie provisoire et qu'il paraît raisonnable d'adapter à l'une et à l'autre la même théorie pathogénique.

De ces considérations de trois ordres, on peut déduire, je crois, tout d'abord, qu'en dehors de quelques cas exceptionnels, l'ectopie du testicule ne relève pas de causes pathologiques (adhérences péritonéales), mais qu'elle est bien, au sens propre du mot, d'ordre congénital; on peut déduire encore qu'elle ne dépend pas de dispositions anatomiques irrémédiables et définitives, ainsi que pourraient l'être l'insuffisance du méso-testis et la brièveté du cordon; on peut déduire, enfin, qu'elle ne paraît pas dépendre du gubernaculum testis, non seulement pour les raisons anatomiques que j'ai indiquées déjà, mais encore parce qu'il serait véritablement contraire au sens commun de rendre responsable d'une ectopie ilio-inguinale — et presque toutes les ectopies, ai-je dit, sont ilio-inguinales — un organe qui semble précisément avoir épuisé ses fonctions et rempli son rôle quand il a conduit la glande génitale jusqu'à l'entrée du canal inguinal. Étant donné, en effet, qu'on peut tenir pour de simples vues de l'esprit ce qui a été dit et écrit sur l'anatomie et la physiologie des deux faisceaux périphériques du gubernaculum, il ne reste plus de l'hypothèse de Godard que l'absence, l'insuffisance ou la paralysie de cet organe. Or, je le demande, est-il possible de croire à de pareilles choses, quand, justement, ce gubernaculum fait accomplir à l'organe dont il dirige la descente, la presque totalité de sa migration complète et, sans doute, la totalité de cette partie de la migration à laquelle il préside? Car je tends de plus en plus à croire que, dès l'instant où le testicule est engagé dans le canal inguinal, il échappe, en quelque sorte, à l'action gubernaculaire, et qu'il chemine vers le scrotum à la manière dont y cheminent les testicules à migration périodique, influencé peut-être par la pesanteur, la poussée intestinale, sans doute, avant toutes choses, par la contraction des muscles abdominaux.

Mais ce qui résulte surtout de toutes les considérations précédentes, c'est que, dans la grande majorité des cas, la cause qui paraît s'opposer à la migration définitive du testicule et, par conséquent engendrer l'ectopie, réside dans la région inguinale.

Or il y a, ou, tout au moins, il peut y avoir, dans la région inguinale, deux obstacles: 1° le plan musculaire du petit oblique et du transverse; 2° le plan fibreux du grand oblique. Je ne puis m'attarder ici à de longues considérations anatomiques; mais je dois sur ces deux points présenter quelques réflexions.

Pour ce qui concerne le petit oblique et le transverse, il n'est pas douteux, contrairement à ce qu'affirmait René Croissant de Garengeot (1) d'après l'opinion de qui le testicule passait toujours sous le bord inférieur du plan musculaire, que ce testicule s'engage quelquefois, assez rarement il est vrai, entre les faisceaux de la ceinture contractile de l'abdomen et y accomplit une véritable perforation; rien sur ce point ne saurait infirmer les observations de Astley Cooper (2), de Rougemont (3), de Jules Cloquet (4), ni mes propres constatations.

En ce qui concerne le grand oblique, j'ai vu sur de nombreux fœtus, et Braman (5) avait vu avant moi que, jusqu'à cinq mois, le tendon du grand oblique est mince, transparent, mais nullement interrompu et d'aucune manière traversé par le gubernaculum. C'est plus tard que celui-ci, en s'allongeant, s'insinue d'abord entre deux faisceaux tendineux, pour émerger ensuite de la paroi abdominale vers le sixième mois, créant ainsi un petit orifice limité par deux piliers sur lesquels le testicule n'aura bientôt plus, pour se dégager, qu'à « jouer des coudes ». C'est donc commettre une erreur que de dire du canal inguinal et de ses orifices qu'ils sont préformés et indépendants de la migration testiculaire.

Ces considérations anatomiques suffisent, je pense, à montrer l'importance des obstacles que le testicule rencontre, au moment où il abandonne la fosse iliaque, dans les plans musculaires et fibreux de la région inguinale.

Si bien que, tout en faisant les réserves que comportent les difficultés d'un pareil problème, je serais assez tenté de résumer comme suit, pour la majorité des cas, la pathogénie de l'ectopie testiculaire.

Les *ectopies abdominales* ou *iliaques* résultent, sans doute, de l'absence ou de l'insuffisance du gubernaculum. Personnellement, j'ai constaté l'absence chez un bélier bique-bouc dont le testicule était placé sous les reins, et Cadiot a toujours observé sur le cheval atteint

(1) René CROISSANT DE GARENGEOT, L'anatomie des viscères, 2<sup>e</sup> édit., t. I, p. 137; chez Ch. Osmont, Paris, 1742.

(2) Astley COOPER, Anatomie du testicule, traduit par RICHELLOT et CHASSAIGNAC, p. 416. Paris, 1823.

(3) J.-C. ROUGEMONT, Traité des hernies de RICHTER, trad. de l'allemand par ROUGEMONT, 2<sup>e</sup> édit., t. I, p. 39. Cologne, an VII.

(4) Jules CLOQUET, Recherches anatomiques sur les hernies de l'abdomen, p. 23; chez Méquignon-Marvis, Paris, 1817.

(5) F. BRAMAN, traduit par F. TOURNEUX et G. HERMANN, art. TESTICULE du Dictionnaire encyclopédique des sc. méd., 3<sup>e</sup> série, t. XVI, p. 662; chez Masson, Paris, 1886.

de cryptorchidie abdominale, que la portion inguinale du gubernaculum était « faible, atrophiée ».

Dans les *ectopies inguinales supérieures*, les ilio-inguinales, le testicule serait arrêté par la barrière musculaire du petit oblique et du transverse. Je ne connais pas un fait clinique à l'appui de cette hypothèse; mais ignore-t-on les différences individuelles considérables d'épaisseur et de résistance que présentent les faisceaux inférieurs de ces deux muscles et le tendon conjoint qui en dépend? P. Blaise (1) les a bien montrées et il n'est pas de chirurgien qui, en pratiquant la reconstitution du canal inguinal par le procédé de Bassini, n'ait souventes fois constaté la chose.

L'étroitesse de l'orifice extérieur du canal inguinal engendrerait les *ectopies inguinales interstitielles*. De cela les preuves manquent, dira-t-on: Paul Bezançon (2) ne l'a point observée sur les malades opérés par son maître Jalaguier, et il paraît qu'A. Broca n'y ajoute nulle foi. Il est cependant vrai « qu'à l'autopsie d'individus atteints d'ectopie, les anneaux inguinaux ont été trouvés rétrécis et comme effacés »; pour ce qui me concerne, j'ai observé sur le vivant des faits indiscutables et je ne comprends pas qu'on se refuse à admettre pour la pathogénie de l'ectopie testiculaire une raison qu'on a trouvée si bonne pour la pathogénie de la hernie inguino-interstitielle, et qu'on ait oublié les observations faites sur ce point par M. Tillaux (3), à savoir que « l'ectopie inguinale s'accompagne souvent, sinon toujours, d'une absence ou, du moins, d'une étroitesse extrême de l'orifice inférieur du canal inguinal ». Au reste, une remarque s'impose ici: on n'opère souvent les cryptorchides humains qu'à un âge assez avancé déjà, quand l'orifice extérieur du canal inguinal a pu subir et a subi en réalité, souvent du fait de la poussée intestinale, des modifications importantes. Ainsi Bezançon rapporte dans sa thèse l'observation de vingt-quatre ectopiques âgés de quinze ans en moyenne (j'ometts une cryptorchidie périnéale) et dix-neuf, parmi eux, étaient atteints de hernie inguinale ou d'hydrocèle congénitales. Le cheval, qui, toutes proportions gardées, est presque toujours opéré plus tôt, fournit des documents moins discutables: « Chez plusieurs sujets atteints d'ectopie inguinale, écrit Cadiot, j'ai été frappé par l'étroitesse de l'anneau inguinal inférieur. » Voilà pourquoi je pense qu'il y a lieu de prendre en considération, plus qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour, l'atrésie de l'orifice extérieur du canal inguinal et pourquoi j'estime qu'un grand nombre de migrations tardives viennent simplement de ce que cet orifice extérieur est, à la fin, forcé par le testicule

(1) P. BLAISE, Canal inguinal chez l'adulte, thèse de Paris, 1894, n° 118, p. 42; chez Steinheil.

(2) Paul BEZANÇON, Étude sur l'ectopie testiculaire du jeune âge, thèse de Paris, n° 231, p. 17; chez Steinheil, Paris, 1892.

(3) TILLAUX, *Bull. de la Soc. de théor.*, mars 1871.

sur le dos duquel l'intestin et l'épiploon exercent leur poussée.

C'est vraiment à l'interprétation des *ectopies extra-inguinales* qu'il faut réserver l'action imputée à la brièveté du cordon que tous les chirurgiens ont été à même de constater au cours de leurs opérations. Mais il n'est pas douteux que cet arrêt de développement du faisceau funiculaire est une résultante et non point une cause. On peut dire que le testicule se fait à lui-même son pédicule, et qu'il est le propre agent du développement de celui-ci; à testicule arrêté, cordon spermatique écourté: cela est fatal. Après avoir demeuré plus ou moins longtemps dans l'intérieur du canal inguinal, la glande génitale en est un jour expulsée; elle tend alors à descendre dans les bourses; mais c'est à ce moment qu'interviennent précisément quatre éléments d'ordre secondaire, mais qui jouent pourtant un rôle considérable, et qui font, au total, que le testicule, désormais incapable d'accomplir la dernière étape de sa migration, s'arrête dans la région inguino-crurale. Ces quatre éléments sont: 1° la brièveté du cordon spermatique, dont je viens de parler; 2° les adhérences du cordon spermatique à la paroi du canal vagino-péritonéal; 3° la présence des fibres du petit oblique qui doublent la vaginale, lui adhèrent et l'empêchent, n'ayant plus assez d'élasticité pour se développer en anses crémastériennes, de terminer sa « locomotion »; 4° l'état rudimentaire du scrotum et son oblitération cellulo-fibreuse. Sur tout cela, dont j'ai dit un mot déjà, je reviendrai bientôt, à propos de l'anatomie pathologique.

Pour ce qui concerne les *migrations aberrantes*, on peut les expliquer de deux manières: ou bien les considérer comme des types déviés d'une simple migration arrêtée, par glissement, refoulement du testicule, ou bien les attribuer à une anomalie d'insertion gubernaculaire. Je ne puis me prononcer sur le plus ou moins de vraisemblance de ce dernier mécanisme; j'ignore encore, malgré les recherches auxquelles je me suis livré, si ce gubernaculum a vraiment une insertion régulière, fixe, constante, et s'il est vraiment possible de la préciser, quoique bien des auteurs l'aient décrite d'une manière très limpide, sans doute pour ne l'avoir jamais vue; à *fortiori* ne puis-je évidemment avoir d'opinion sur ce qu'on est convenu d'appeler les insertions anormales de l'organe. Si vraiment le gubernaculum joue encore un rôle actif dans la dernière étape de la migration du testicule, si c'est vraiment lui qui, régulièrement inséré dans le fond du scrotum, y attire régulièrement la glande; si, d'autre part, il est démontré que ce gubernaculum puisse, sur certains sujets, s'attacher sur les plans fibreux du périnée, sur l'ischion, dans la région crurale, je ne disconviens pas qu'il soit commode, sinon légitime, de mettre sur le compte de ces insertions anormales la genèse des migrations aberrantes. Mais, pour raisonner par l'absurde et pour bien montrer l'extrême difficulté de ce point d'anatomie,

comment adapter à la pathogénie des ectopies périnéales, par exemple, l'action d'un organe que quelques anatomistes, comme Jules Cloquet (1), Lockwood (2), considèrent comme allant régulièrement s'attacher à l'ischion, ou bien se confondre avec le sphincter externe de l'anus, quand ces ectopies sont si rares qu'en 1857 Curling n'en connaissait que six cas, tandis qu'au contraire d'autres auteurs n'ont jamais observé les insertions périnéales dont il s'agit. En matière de gubernaculum, tout est contradiction. Je ne puis néanmoins m'empêcher de faire sur ce point une remarque : c'est que, dans les rares observations où on a pu constater que le testicule périnéal était maintenu dans son ectopie par une bride, c'est par une conception tout à fait arbitraire des choses, et sans aucune donnée sérieuse, qu'on a pu, comme Curling et Adams (3), supposer que cette bride était formée par le gubernaculum ; seul, Jalaguier (4) s'est appliqué à l'étude de cette sorte de pédicule ischio-testiculaire trouvé par lui sur un petit malade : il était fibreux, aponévrotique, contenait beaucoup de vaisseaux, mais pas de fibres musculaires ! Je le répète encore une fois : il est impossible, aujourd'hui du moins, d'édifier une théorie de la pathogénie des ectopies testiculaires aberrantes sur les dispositions anatomiques et le rôle physiologique du gubernaculum. Aussi bien est-il très logique, ainsi que je le montrerai plus loin, de les tenir simplement pour des modifications, des transformations, par déplacement mécanique du testicule, des différents types d'ectopie régulière.

**Anatomie pathologique. — 1° Position du testicule.** — Ainsi que je l'ai déjà dit, les ectopies du testicule ressortissent à deux variétés d'anomalies de migration : les migrations arrêtées et les migrations aberrantes.

Les migrations arrêtées sont simples ou déviées.

Les premières comprennent : a) l'ectopie lombaire ou sous-rénale, tout à fait exceptionnelle ; b) l'ectopie pelvienne ou iliaque, plus fréquente, qui est dite supérieure ou inférieure suivant que le testicule occupe la fosse iliaque interne elle-même ou qu'il siège juste au-dessus de l'orifice profond du canal inguinal, ce qui est l'ordinaire ; c) l'ectopie inguinale qui est interne, interstitielle ou externe, selon que le testicule est simplement engagé, complètement enfoui dans le canal inguinal ou qu'il en émerge par l'orifice extérieur. Un fait, récemment publié par Galine (5), démontre que, pour constituer

(1) Jules CLOQUET, Rech. anat. sur les hernies de l'abdomen, p. 17 et suiv. ; chez Méquignon-Marvis, Paris, 1817.

(2) C.-B. LOCKWOOD, The transition of the Testicles (*Brit. med. Journ.*, 1887).

(3) CURLING et ADAMS, cités par Ch. MONOD et O. TERRILLON, *loc. cit.*, p. 36.

(4) JALAGUIER, thèse de BEZANÇON déjà citée, p. 20.

(5) M.-A. GALINE, Ectopie du testicule sous la peau de l'aîne (*Soc. méd. de Kieff*, séance du 10 déc. 1889 ; *Presse méd.*, 1<sup>er</sup> avril 1899, n° 26, p. 129).

l'ectopie extra-inguinale ou sous-cutanée le testicule peut, soit émerger de l'orifice intercolumnaire, soit défoncer la paroi antérieure du canal inguinal. Ce dernier cas est évidemment exceptionnel.

Les secondes (ectopies déviées) sont plus rares que les précédentes. On compte parmi elles : 1° comme variétés de la cryptorchidie pelvienne : a) l'ectopie rétrovésicale, signalée par Charpy et Desforges-Mériel (1), qui trouvent le testicule dans le petit bassin, appliqué contre la face postérieure de la vessie dans la région supérieure droite de celle-ci, au-dessus et en dehors de la vésicule séminale corres-

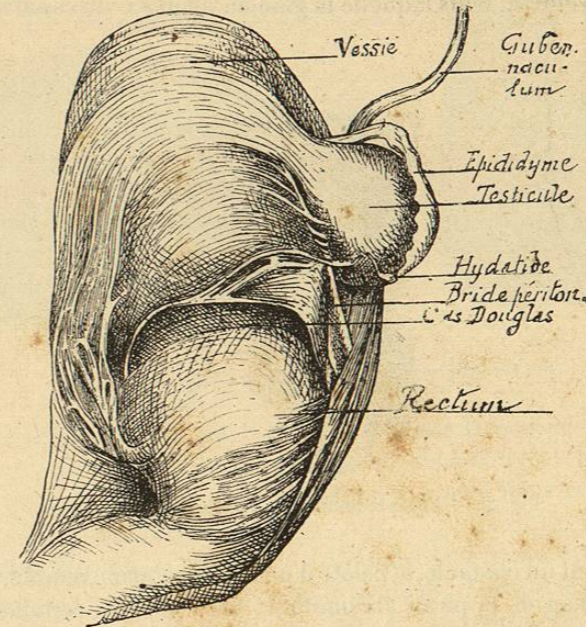


Fig. 1. — Ectopie testiculaire rétrovésicale. — La vessie est vue par sa face postérieure ; le rectum est rejeté à gauche (Desforges-Mériel).

pondante (fig. 1) ; b) l'ectopie crurale profonde qui vient, ainsi qu'on a pu l'observer sur plusieurs sujets, de ce que le testicule, empêché par un obstacle quelconque de pénétrer dans l'orifice profond du canal inguinal, glisse en bas et en dedans, aborde la partie interne de la gaine des vaisseaux fémoraux, s'y engage et aborde ainsi la région crurale où il se place, tout comme en pareil cas l'intestin, sous le fascia cribriforme, en dedans de la veine fémorale ; 2° comme variétés de la cryptorchidie inguinale : a) l'ectopie crurale superficielle, où le testicule se loge dans le tissu cellulaire superficiel de la racine de la cuisse, quand, après avoir abandonné le canal inguinal, il rencontre quelque bandage qui trouble son cheminement vers les

(1) CHARPY et DESFORGES-MÉRIEL, Ectopie testiculaire pelvienne rétrovésicale (*Arch. prov. de chir.*, 1894, t. III, p. 137).