

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^{er} 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 trouvèrent 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-

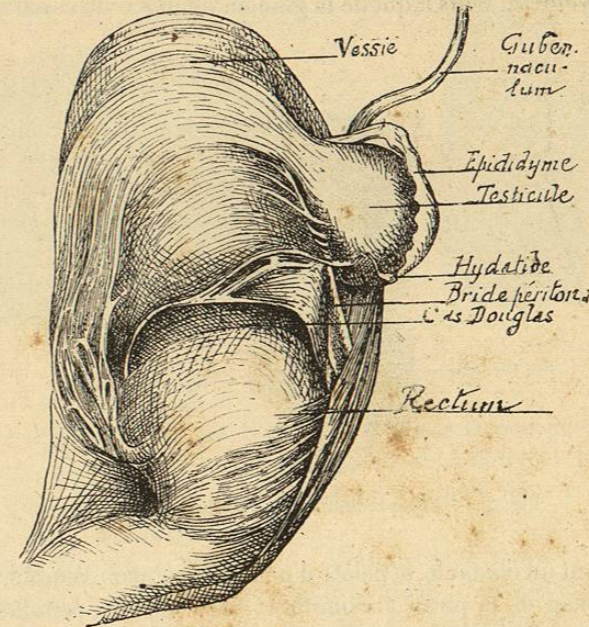


Fig. 1. — Ectopie testiculaire rétrovésicale. — La vessie est vue par sa face postérieure ; le rectum est rejeté à gauche (Desforges-Mériel).

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).

bourses et le refoule en dehors ; *b*) l'*ectopie cruro-scrotale* de Godard, dans laquelle le testicule, sorti du tunnel inguinal, au lieu de s'engager dans les bourses, s'insinue dans le pli cruro-scrotal ; *c*) l'*ectopie pubo-pénienne antérieure*, dont W. Popow (1) a observé deux cas ; le testicule gauche, non atrophié, occupait la racine de la verge, en avant de la partie inférieure du pubis ; *d*) l'*ectopie pénienne* décrite par Guermont et Poupart (2) qui ont observé le cas remarquable d'un individu dont le testicule gauche avait glissé dans les téguments jusque dans le fourreau de la verge du côté droit (fig. 2) ; *e*) l'*ectopie sous-abdominale* dans laquelle la glande, dégagée du canal inguinal et

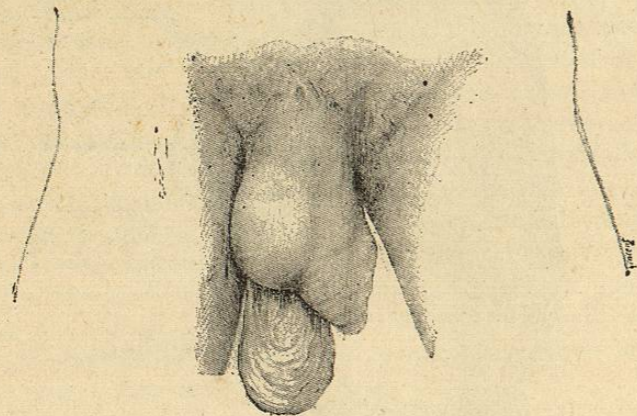


Fig. 2. — Ectopie testiculaire pénienne (Poupart).

rencontrant un obstacle, la pelote d'un bandage, par exemple, s'insinue sous la peau de la paroi abdominale, dans le tissu cellulaire, à une distance variable de l'anneau externe. Il est possible qu'en remontant ainsi le long de la paroi abdominale, le testicule se place encore soit dans l'épaisseur de la paroi musculaire (petit oblique et transverse), soit entre le péritoine et la paroi abdominale ; *f*) l'*ectopie périnéale*, très rare, dans laquelle la glande descend vers le périnée où elle se place superficiellement, sous les téguments (fig. 3 et 4), quand, après son émergence du canal inguinal, comme dans l'observation de Godard, elle se heurte à un bandage ou bien ne trouve pas de sac scrotal pour la recevoir.

Cette ectopie périnéale, comme le fait remarquer Bilton Pollard (3), présente deux variétés : la *scroto-fémorale*, où le testicule occupe le

(1) W. POPOW, Ectopie testiculaire péno-pubienne antérieure (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, LXIII^e année, 5^e série, t. II, 23^e fasc., juin 1888, p. 655).

(2) J. POUPART, Un type nouveau d'ectopie testiculaire, thèse de Paris, 1897, n^o 180 ; chez Jouve, Paris, 1897.

(3) BILTON POLLARD, A case of perineal displacement of the testicle (*The Lancet*, 14 July 1894, p. 70).

sillon qui sépare la cuisse du périnée, et la *périnéale vraie*, où il est placé derrière le scrotum, à un pouce et demi environ de l'anus, tout près du raphé médian. Maximilien Wenniberger (1) qui, dans un récent mémoire, a réuni soixante-quatorze observations d'ectopie périnéale, évalue à 10 p. 100 seulement la proportion de fréquence de la première variété.

Je me suis déjà expliqué sur le rôle que pouvaient jouer dans la formation de ces ectopies exceptionnelles les insertions vicieuses du cordon gubernaculaire. Sans y contredire absolument, je tends à

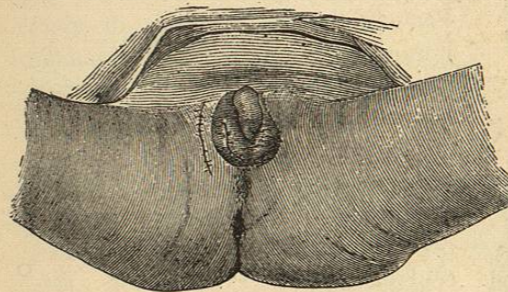


Fig. 3.

Ectopie périnéale avant et après l'opération (Pollard).

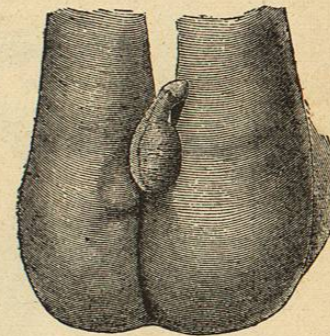


Fig. 4.

croire que beaucoup d'entre elles sont plutôt la conséquence d'une thérapeutique irraisonnée et qu'elles ne sont souvent autre chose que la déviation forcée de la migration normale mais retardée d'un testicule qu'on dérouté.

2^o **Mobilité du testicule.** — Ectopié dans l'une ou l'autre des régions que je viens d'indiquer, le testicule est, suivant les cas, fixe ou mobile. Il est ordinairement fixe dans la cryptorchidie abdominale et dans la cryptorchidie iliaque, souvent mobile dans l'ectopie cruro-scrotale et dans l'ectopie crurale superficielle, souvent fixe dans l'ectopie crurale profonde, et, d'une manière générale, mobile dans l'ectopie périnéale d'où on l'a vu, le scrotum restant toujours obstinément fermé devant lui, remonter jusque dans le ventre. Mais c'est vraiment dans l'ectopie inguinale que les oscillations testiculaires atteignent leur plus haut degré. Orientée suivant l'axe du canal inguinal, présentant en avant sa face externe, la glande erre facilement, au moins chez les sujets jeunes, d'une extrémité à l'autre du tunnel qui la renferme. Chez les adultes, il n'est pas rare de voir ce caractère s'atténuer peu à peu et le testicule prendre une position immuable. Il se fixe alors soit au milieu du canal, où le maintien des adhérences séro-splanchniques, conséquence des phé-

(1) Maximilien WENNIBERGER, Ectopie périnéale du testicule (*Centralbl. für die Krankheiten der Harn und Sexual-Organen*, 1899, fasc. I, p. 1).

nomènes irritatoires ou inflammatoires dont il est souvent le siège, souvent enfoui dans une sorte de logette qu'il se creuse, comprimé par le bandage, sous l'une des parois du canal inguinal.

3° **Position de l'épididyme et du canal déférent.** — D'une manière générale, on peut dire que là où s'arrête le testicule, là se rencontrent aussi l'épididyme et l'origine du canal déférent; il s'établit cependant, dans certains cas d'ectopie inguinale, entre la glande et son appareil excréteur une dissociation que Follin (1) a signalée le premier et dont il a déposé plusieurs échantillons au musée



Fig. 5. — Hernie congénitale vaginale; testicule en ectopie inguinale; canal déférent se détachant de l'épididyme et descendant jusqu'au fond du sac herniaire (d'après Terrillon).

Dupuytren, que Terrillon a retrouvée sur un sujet, et dont j'ai été personnellement à même, au cours d'une opération, d'observer comme une ébauche. Le testicule reste dans le canal inguinal: au-dessous de lui descendent, dans une cavité vaginale qui se prolonge vers le scrotum, soit ensemble l'épididyme et le canal déférent, soit le canal déférent tout seul (fig. 5); en ce dernier cas, l'épididyme reste adjacent au testicule.

4° **Disposition du péritoine.** — La cavité vaginale ne commence proprement à se former qu'au moment où le testicule s'engage dans la filière inguinale: dans les ectopies abdominales et pelviennes, le testicule est donc comme à nu, simplement fixé, là où il s'est arrêté, par une sorte de mesorchium plus ou moins court; Duret (2) rapporte dans sa thèse

qu'on a vu très exceptionnellement le péritoine former autour du testicule en ectopie abdominale une sorte de loge, de cavité vaginale imparfaite où l'intestin parfois peut pénétrer et s'étrangler. Au contraire, dans les ectopies inguinales et dans celles qui en dérivent, la glande est enfouie dans une cavité séreuse propre, la cavité vaginale. En règle, on peut dire que le testicule entraîne avec lui sa vaginale partout où il va, et que celle-ci, s'arrêtant avec lui, ne se retrouve pas là où il n'est pas. On a cependant noté sur des sujets atteints d'ectopie inguinale que la vaginale descendait beaucoup plus bas que les bourses et plongeait jusque dans le scrotum. Trois ordres de causes peuvent réaliser cette disposition si bizarre

(1) E. FOLLIN, Études anatomiques et pathologiques sur les anomalies de position et les atrophies du testicule (*Arch. gén. de méd.*, 1851, 4^e série, t. XXVI, p. 257).

(2) DURET, Des variétés rares de la hernie inguinale, thèse d'agrégation.

en apparence: 1° la coexistence d'une hydrocèle congénitale; 2° la coexistence d'une hernie congénitale; 3° la dissociation testiculo-épididymaire dont je parlerai plus haut. En tous ces cas, la vaginale est, pour ainsi dire, forcée par le liquide et par l'intestin, ou bien entraînée par ce qui, de l'appareil génital, a pu accomplir la migration totale. C'est là un mécanisme simple: il paraît avoir cependant échappé à la conception de ceux qui ont prétendu étayer la théorie de la préformation de la vaginale sur ce fait qu'une anse intestinale ou le liquide péritonéal pouvaient pénétrer dans la cavité vaginale d'enfants dont le testicule restait en ectopie. J'ai démontré ailleurs que la formation de la séreuse vaginale est

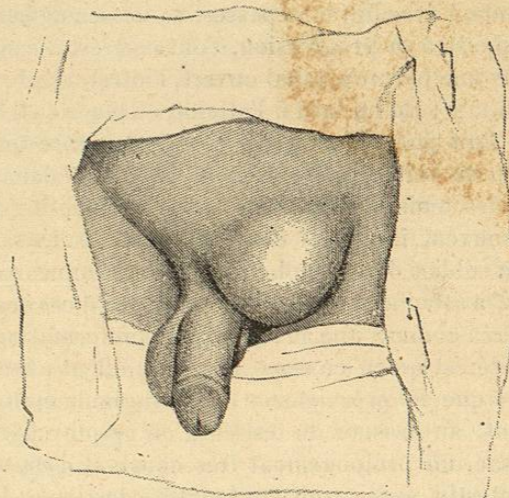


Fig. 6. — Ectopie inguinale du testicule avec hernie inguinale (Observation personnelle).

intimement liée à la migration testiculaire, que le prolongement du péritoine précède de quelques millimètres seulement le testiculé, et qu'en dehors des trois éventualités dont je parlais tout à l'heure, on n'a jamais vu se développer une vaginale là où n'existait pas la glande génitale.

La séreuse du testicule ectopique peut se comporter vis-à-vis du péritoine de quatre manières différentes: 1° rester en large communication avec lui, ainsi que cela s'observe, à l'état normal, dans toutes les espèces animales; 2° subir une oblitération partielle, une sorte de rétrécissement annulaire qui ne laisse persister qu'un orifice plus ou moins étroit entre le péritoine et la vaginale, ainsi qu'il m'a été donné d'en constater plusieurs exemples; 3° subir une oblitération complète, juste au-dessus du testicule; 4° subir une oblitération complète au delà du pôle supérieur du testicule, au droit de l'orifice

inguinal profond. Ces deux dernières variétés forment ce que Follin (1) a appelé les ectopies à canal fermé.

Ainsi s'expliquent les rapports différents que l'intestin peut affecter avec le testicule, rapports que je vais étudier maintenant.

5° **Rapports de l'intestin avec l'appareil testiculaire.** —

a. **Dans l'ectopie inguinale.** — L'ectopie inguinale et celles qui en dérivent sont très souvent compliquées de hernie inguinale congénitale (fig. 6). Cette hernie n'est qu'une hernie intestinale. Les rapports de l'intestin et du testicule dépendent de l'évolution que le canal vagino-péritonéal a subie. S'il y a large communication entre la vaginale et le péritoine, l'intestin plonge librement dans le canal vagino-péritonéal et peut, suivant les cas : rester en arrière du testicule, se mettre en contact avec lui, le dépasser, se laisser dévier par la résistance qu'il oppose à sa progression. Tout cela est à examiner. Il est rare que, dans une hernie à canal ouvert, l'intestin reste au-dessus de la glande génitale ; tôt ou tard il l'atteint, se place en avant d'elle et, quelquefois, finit par lui adhérer. Il est plus rare encore qu'il la dépasse ; cela se voit cependant, non seulement dans les ectopies extra-inguinales, mais encore dans les ectopies intra-inguinales, beaucoup moins souvent, il est vrai, dans ces dernières. Le sac prend alors la forme d'un sablier dont le col correspond à l'anneau extérieur.

A. Broca (2) a attaché une grande importance à ces derniers faits et les a considérés comme une preuve de la préformation de la vaginale. La vérité est qu'en ce sens ils ne signifient absolument rien. J'ai démontré que la préexistence de la vaginale était une fiction. Ordinairement, au-dessous du testicule en cryptorchidie, il y a un petit cul-de-sac, un prolongement très court, et c'est tout. Là peut s'insinuer l'intestin, après avoir contourné le testicule ; la locomotion du péritoine fait le reste, et cet intestin peut ainsi, entraînant lui-même, par glissement, la séreuse en une véritable formation vaginale que le testicule ectopie est incapable de réaliser pour son propre compte, former hernie au-dessous de celui-ci, non seulement se développer dans l'aîne en bubonocèle, mais même pénétrer jusque dans le scrotum en oschéocèle ; il va sans dire que le bubonocèle est plus fréquent, l'état ordinairement rudimentaire du scrotum ne permettant pas à l'intestin d'en appeler davantage à la locomobilité du péritoine.

Dans quelques cas d'ectopie inguinale, il y a déviation de l'intestin hernié : ainsi naissent : 1° la hernie propéritonéale ; 2° la hernie pariétale interstitielle ; 3° la hernie pré-inguinale ; 4° la hernie enkystée de la tunique vaginale.

La *hernie propéritonéale* se compose de deux sacs : l'un se confond avec le canal vagino-péritonéal et y descend plus ou moins bas ;

(1) FOLLIN, *loc. cit.*, p. 265.

(2) A. BROCA, art. HERNIE INGUINALE du *Dictionnaire encyclopédique des sc. méd.*, 4^e série, t. XV, 2^e fasc., p. 784 ; à Paris, chez Masson, 1889.

l'autre, dans lequel débouche le premier, s'insinue entre le fascia transversalis et le péritoine et débouche dans la cavité ventrale par un orifice de dimensions variables. Le diverticule de la hernie propéritonéale peut siéger, soit dans la fosse iliaque, soit derrière la surface quadrilatère de l'os coxal, soit derrière le pubis ; il paraît dû au refoulement partiel et latéral du sac d'une hernie congénitale qui ne peut pas réaliser son expansion dans le canal inguinal, ou, ce qui revient à peu près au même, à la distension de ce qu'on a appelé le vestibule rétro pariétal, lequel vestibule n'est pas autre chose que l'entrée, la partie initiale du canal vagino-péritonéal.

Contrairement à la hernie propéritonéale qui, précisément en raison des anomalies congénitales du vestibule rétro pariétal, et grâce à l'existence de ces diverticules péritonéaux para-inguinaux et paracruraux où, d'après Kronlein, l'intestin peut s'engager pour former une hernie propéritonéale, contrairement, dis-je, à la hernie propéritonéale qui peut se développer sur des sujets à migration testiculaire complète, la *hernie inguinale pariéto-interstitielle* paraît relever exclusivement de l'ectopie du testicule. Bloqué non seulement par le testicule, mais encore, ainsi que l'a justement fait observer le professeur Tillaux (1), par le tendon non perforé ou réduit à un très petit pertuis du grand oblique, l'intestin, incapable de s'épanouir en dehors du canal inguinal, se développe entre le fascia transversalis et le grand oblique dans l'épaisseur de la paroi abdominale, du côté de la paroi supérieure du tunnel, dans l'intérieur de laquelle il s'infiltre quelquefois très loin. On a, depuis quelques années, battu en brèche la théorie de M. Tillaux ; on a dit que tout obstacle, toute résistance siégeant au niveau de l'orifice inguinal externe, un bandage mal appliqué par exemple, pouvait, au même titre que l'ectopie du testicule, engendrer la hernie pariéto-interstitielle. Cette critique, qui s'appuie sur quelques faits cliniques, ne fait précisément que valider l'interprétation donnée par M. Tillaux, et c'est bien le cas de dire que l'exception confirme la règle.

Un mot seulement de la *hernie pré-inguinale* : l'intestin, après avoir dépassé le testicule, ne rencontrant pas de scrotum où il puisse se développer, s'étale quelquefois sous la peau de la région inguinale, au-devant du grand oblique, en une sorte de large bubonocèle. La hernie inguinale superficielle est encore réalisée quand l'intestin « suit le testicule qui se dévie en dehors, dans le pli de l'aîne, et se place, sous les téguments, en dehors de l'orifice extérieur du canal inguinal et en avant de l'arcade de Fallope » (2).

Lorsque le canal vagino-péritonéal a subi une oblitération incom-

(1) TILLAUX, *Anat. chirurg.*, 1^{re} édit., p. 736, et *Leçons de clinique chirurg.*, p. 311 ; chez Asselin et Houzeau, Paris, 1895.

(2) PAUL BERGER, art. HERNIE du *Traité de chirurgie*, 1^{re} édit., t. VI, p. 702 ; chez G. Masson, Paris, 1892.