

à cela que le bandage est encore et surtout destiné à faire obstacle à l'intestin. Sur ce point, je crois qu'on s'est considérablement exagéré le nombre et l'importance des guérisons de la hernie inguinale chez l'enfant par la pression d'un bandage. Les succès de ce traitement sont nombreux, et les avantages n'en sont souvent que fictifs et temporaires. Et que de soins, que de patience, que de difficultés, que d'ennuis engendre et exige cette application constante, pendant plusieurs années, d'un appareil qu'il faut, à chaque instant, adapter aux modifications que subit la taille du patient, qui se déplace pendant les jeux, gêne et encombre toujours, trouble positivement, par les précautions qu'il nécessite, la vie des enfants qui le portent, et finit, au total, quand la hernie ne guérit pas — ce qui arrive plus souvent qu'on ne croit — par aplatis, user et atrophier la région de l'aîne au point que, le jour où l'on veut enfin pratiquer la cure radicale, on ne trouve plus qu'une paroi mince et anémiée, sans défense contre la pression abdominale, toute prête à se laisser enfoncer par la poussée intestinale! Voici donc mon avis.

Quand on a pu mobiliser le testicule, il n'y a plus qu'à laisser celui-ci accomplir sa migration terminale vers le scrotum et qu'à abandonner l'intestin à lui-même : celui-ci rentrera peut-être seul dans le ventre par simple oblitération du canal vagino-péritonéal. Si, après quelques semaines d'expectation, cet intestin demeure menaçant, si le conduit reste ouvert, si la hernie ne rentre pas, si, surtout, elle fait mine d'augmenter de volume, je pense qu'on doit essayer, pendant quelques mois, un bandage simple, doux, qui ne comprime pas trop fort la paroi abdominale et qui, si la chose est possible, porte soit une pelote échancrée, soit une pelote à fourchette, soit une pelote en aluminium fidèlement moulée sur la région (1), mais je pense qu'il ne faut pas s'attarder à cette thérapeutique vieillie ni attendre, pour pratiquer la cure radicale, que l'enfant ait atteint enfin les quinze ans réglementaires qu'on imposait naguère à la justification de l'acte opératoire.

Quand, au contraire, les manipulations et le massage n'ont pas abouti à faire sortir le testicule du canal inguinal, ou encore quand ils ont produit une mobilité insuffisante de ce testicule et que celui-ci, obstinément réfractaire à la migration, tend toujours à remonter vers le ventre; quand surtout la hernie paraît augmenter de volume, quel que soit l'âge du malade, à partir de six ou sept ans, il n'y a plus qu'une chose à faire, à mon avis : pratiquer l'orchidopexie et la cure radicale, c'est-à-dire libérer le testicule, le fixer dans le scrotum, rentrer l'intestin, réséquer le conduit vagino-péritonéal et fermer le canal inguinal. Je ne pense plus qu'il se trouve aujourd'hui

(1) Pierre SEBILEAU, Traitement de la hernie ombilicale (*Sem. méd.*, 23 déc. 1896, n° 64, p. 510).

personne pour conseiller de maintenir en même temps réduits par un bandage le testicule et la hernie.

**Traitement de l'ectopie des adolescents.** — Les adolescents et les pubères, quand ils sont atteints d'ectopie simple, sont tout d'abord justiciables du massage; on leur conseillera quelquefois avec avantage l'escrime, le saut, la natation; si tout cela ne produit rien, l'orchidopexie est tout indiquée. Quand il y a coexistence d'une hernie, je crois qu'on est en droit de proposer, pour ainsi dire, extemporanément la cure radicale et la fixation du testicule. Si pourtant l'ectopie est inguinale externe, on peut temporiser; ainsi que le fait observer le professeur Le Dentu, « un testicule se développe toujours quand il a franchi l'anneau extérieur ». En ce cas, l'on peut essayer le massage, les tractions, fixer avec une soie le testicule à la peau du scrotum, suivant le procédé recommandé par Tuffier (1), par une sorte d'orchidopexie sous-cutanée, et, pendant quelque temps, essayer un bandage en fourche ou à pelote moulée; mais je ne pense pas qu'il faille s'attarder trop à ces mesures et différer au delà de quelques mois une cure radicale suivie d'orchidopexie qui, suivant de grandes probabilités, s'imposerait un jour ou l'autre.

**Traitement de l'ectopie des adultes.** — Pour les adultes, on n'a généralement plus rien à attendre du testicule, mais on a tout à craindre de l'intestin. L'ectopie devient un phénomène contingent; dans la hernie se résument au contraire toutes les indications opératoires.

La cure radicale s'impose donc; au cours de l'opération, on pratique l'ablation du testicule, lequel est souvent petit, scléreux, inutile. Il reste, d'ailleurs, entendu que si, par hasard, le testicule n'est pas trop atrophié et qu'il ait encore quelque apparence, il convient de le conserver et d'en pratiquer la fixation scrotale, à l'expresse condition, toutefois, que ce sacrifice à la coquetterie ne risque pas de compromettre les résultats de la cure radicale qui, dans ces cas, demeure, je le répète, la seule indication thérapeutique formelle.

Ainsi doit être compris, selon moi, le traitement de l'ectopie simple du testicule et de l'ectopie compliquée de hernie; il me reste, maintenant, à étudier cette opération de l'orchidopexie associée à la cure radicale dont j'ai donné plus haut les indications et dont je vais maintenant étudier le manuel opératoire et les résultats.

**L'orchidopexie. — Manuel opératoire.** — L'opération se compose de plusieurs temps opératoires que voici : 1° mise à nu du testicule; 2° ouverture de la vaginale et du canal vagino-péritonéal; 3° dissection et isolement de ce canal vagino-péritonéal; 4° refoulement de l'intestin dans le ventre et fermeture du canal vagino-péri-

(1) TUFFIER, *Soc. de chir.*, 6 juin 1888 et 10 avril 1889.

tonéal au niveau de son embouchure; 5° mobilisation du cordon spermatique, fixation du testicule dans le scrotum et fermeture de la cavité vaginale; 6° résection du conduit vagino-péritonéal.

PREMIER TEMPS : *Mise à découvert du testicule.* — C'est une longue incision cutanée qu'il faut faire, obliquement étendue du fond de la poche scrotale jusqu'au droit de l'orifice profond du canal inguinal. Quand on a, d'un bout à l'autre de cette ligne opératoire, séparé le tissu cellulaire et divisé le pannicule graisseux, il convient, après avoir « mouché » l'artère sous-cutanée de l'abdomen qui saigne, de dilacérer d'un coup de spatule la toile celluleuse, lâche et terne, qui recouvre le large tendon, plat et brillant, du muscle grand oblique et en masque les deux piliers. Ainsi apparaît l'anneau inguinal extérieur ou superficiel. Dans cet anneau, l'opérateur introduit une sonde cannelée qu'il doit faire glisser sous la face profonde de la paroi antérieure du canal inguinal (tendon aponévrotique du grand oblique) parallèlement à la direction de ce canal, et qu'il doit engager sans crainte dans une étendue de plusieurs centimètres.

Quelques mouvements imprimés à cette sonde indiquent qu'elle est libre, que rien n'est interposé entre elle et la paroi antérieure du canal. Que celle-ci soit alors fendue largement du tranchant d'un bistouri dont le dos glisse dans la rainure de l'instrument conducteur. Voilà le canal inguinal désormais béant : on y découvre le testicule enfermé dans sa gaine vaginale.

SECOND TEMPS : *Ouverture de la vaginale et du canal vagino-péritonéal.* — Soulevez, maintenant, avec les mors d'une pince, le feuillet pariétal de la vaginale et ouvrez-le; prolongez votre incision sur toute l'étendue du conduit vagino-péritonéal, et étudiez bien la disposition des trois organes qui se présentent à vous : la séreuse, le testicule, l'intestin.

J'ai déjà montré quels rapports topographiques les uns et les autres peuvent affecter; je n'y reviens pas. Je tiens seulement à dire qu'il n'y a aucune différence à établir, au point de vue de l'acte opératoire, entre ce qu'on a dénommé les ectopies à canal ouvert et les ectopies à canal fermé. Que le canal vagino-péritonéal soit largement ouvert, complètement fermé ou simplement rétréci, et en quelques points que siègent les soudures et les atrésies, une seule et même indication subsiste en tous cas pour le chirurgien : le disséquer et l'isoler.

TROISIÈME TEMPS : *Dissection et isolement du conduit vagino-péritonéal.* — L'intestin refoulé dans le ventre, car c'est par là qu'on doit commencer dès que le canal vagino-péritonéal est ouvert, il faut disséquer et libérer celui-ci. Le séparer du tissu cellulaire lâche de la région, cela va tout seul; mais, ce qui demande des précautions et de la patience, c'est la dissociation du canal vagino-péritonéal et des éléments du cordon spermatique et des faisceaux crémastériens. Quand la séreuse passe simplement en avant de ce cordon, la sépara-

tion est vite accomplie; mais quelquefois elle en tapisse aussi les côtés et l'entoure presque complètement, ainsi que je l'ai démontré : alors la manœuvre demande un certain temps. C'est avec les doigts, la spatule, les pinces, la pointe des ciseaux fermés, avec un tampon bien exprimé surtout, comme le faisait mon maître Terrillon, que l'on peut opérer la séparation du canal vagino-péritonéal. Cet isolement doit, cela s'entend, remplir deux conditions : d'abord être complet, absolu; s'étendre, ensuite, de l'orifice profond du canal inguinal jusque près du bord supérieur du testicule, porter, par conséquent, sur toute l'étendue du conduit.

QUATRIÈME TEMPS : *Fermeture du péritoine; reconstitution de la vaginale; résection du canal vagino-péritonéal.* — Quand une fois le canal vagino-péritonéal est bien séparé de toutes ses adhérences, on en pratique la ligature ou bien le capitonnage tout à fait en haut, près de l'orifice profond du canal inguinal, et en bas, près du testicule, fermant ainsi la vaginale testiculaire qui sera désormais isolée. Puis, au ras des deux fils, d'un coup de ciseaux, on en tranche les parois et l'on en résèque de la sorte tout le segment intermédiaire. Il est bon de reconstituer la paroi postérieure du canal inguinal par l'excellent procédé de Bassini.

CINQUIÈME TEMPS : *Allirer le testicule dans le scrotum et empêcher sa « réascension ».* — Trois obstacles peuvent s'opposer et s'opposent, en réalité, à la descente du testicule : le canal vagino-péritonéal; les connexions musculuses du pédicule vasculaire; la brièveté du pédicule.

Le canal péritonéo-vaginal ne saurait désormais gêner, puisqu'il n'existe plus.

Le cordon spermatique, lui, présente quelques adhérences celluluses lâches : pratiquez-en la facile dilacération. Mais débarrassez-le surtout, par la déchirure et la section, des connexions que vous lui voyez prendre avec ces faisceaux d'apparence musculaire ou fibreuse, formés des fibres inférieures du petit oblique déjà déviées de leur direction primitive par la migration partielle et comme entraînées vers un commencement de formation crémastérienne.

Contre la brièveté du cordon spermatique, il n'y a rien à faire : quand, après avoir bien libéré le canal vagino-péritonéal et soustrait le cordon spermatique à toutes ses connexions, on ne parvient encore pas à faire descendre le testicule pour le pouvoir fixer dans le scrotum, il n'y a qu'à s'avouer vaincu, en ce qui concerne au moins l'orchidopexie scrotale, et à fixer la glande dans la région inguinale. Je crois, du reste, que cette disposition est exceptionnelle; assurément, j'ai toujours rencontré un cordon spermatique un peu court (il ne saurait en être autrement), mais il m'a toujours été possible de faire descendre le testicule au-dessous du pubis.

Voilà donc un testicule qui obéit aux tractions. Avec l'index, effon-

drez le tissu cellulo-fibreux qui remplit le scrotum et, de la sorte, faites un creux où vous allez maintenant loger et fixer l'organe ectopié. « Il est bien douteux qu'il soit utile, dit Auguste Broca, de poser un point de suture entre le testicule et le fond du scrotum, car le testicule ne trouve là aucun point fixe. » Cette opinion, que G. Richelot (1) avait déjà défendue, constitue, à mon avis, une erreur. Je ne dis pas que le testicule ne tende pas à remonter vers le canal inguinal et à entraîner avec lui la bourse où l'intervention du chirurgien l'a placé; cela serait nier l'évidence. Mais je crois que souvent les résultats de l'orchidopexie seraient plus satisfaisants si la fixation était mieux faite. Le scrotum n'existe, pour ainsi dire, pas du côté où la migration physiologique ne s'est pas opérée : aussi n'est-ce pas, à proprement parler, au fond du scrotum, mais bien plutôt à la peau périnéale qu'on accroché, en réalité, le testicule quand on ne prend pas la précaution que je vais dire : sans elle, en effet, le testicule reste dans l'aine et non dans les bourses.

Je passe au travers de l'albuginée, sur le pôle inférieur du testicule, trois ou quatre fils de soie ou de catgut qui percent ensuite, cela s'entend, le fond de la vaginale et qui me servent à fixer l'organe, d'une part, à la cloison des bourses et, d'autre part, à la face profonde du derme scrotal, sur le côté opposé, le plus bas et le plus loin possible, là, en somme, où est spontanément maintenu par son ligament gubernaculaire le testicule qui a accompli sa migration normale. Il est entendu que le fil ne traverse pas la peau, que l'anse en reste tout intérieure et que c'est d'une suture perdue qu'il s'agit; ce procédé m'a donné quelques résultats fort jolis.

P. Villemin (2) l'imite de la manière suivante : à travers une petite boutonnière faite à la cloison des bourses, il fixe le testicule, avec deux fils de soie, au testicule du côté opposé.

En dehors de la dissection quelquefois laborieuse du canal vaginopéritonéal, on peut dire que les seules difficultés de l'orchidopexie viennent de la brièveté des éléments du cordon; contre celle du canal déférent, J. Wood (3) a proposé la séparation épидидymo-testiculaire, qu'il pratique en détachant l'épididyme au niveau de la queue, et le déroulement de celui-ci; contre celle du paquet vasculaire, la section de tous les éléments qui le composent, sauf l'artère spermatique et le canal déférent. Ce sont là procédés d'exception : il n'est pas facile de dérouler l'épididyme et il est périlleux pour le testicule de chercher, au milieu des veines qu'on doit sectionner, une artère qu'on veut épargner; j'imagine que celle-ci doit souvent subir le sort des pre-

(1) G. RICHELLOT, *Soc. de chir.*, 1887.

(2) P. VILLEMIN, Orchidopexie de testicule ectopié (*Soc. de pédiatrie*, 24 févr. 1899; *Presse méd.*, 11 mars 1899, n° 20, p. 98).

(3) J. WOOD, Lecture on hernies and its the rad. cure (*Brit. med. Journ.*, 20 juin 1885, p. 1237).

mières. Bref, il paraît certain (je n'en ai observé qu'un) qu'il y a des cordons trop courts pour permettre l'abaissement complet du testicule. C'est pour remédier à ces cas que Watson-Cheyne (1) imagina d'exercer une traction permanente sur le testicule durant les premiers jours qui suivent l'opération, idée que Tuffier a reprise et réalisée de la manière suivante : un fil mince de caoutchouc (3 millimètres de diamètre) était accroché à la vaginale, traversait le scrotum et venait s'attacher à des agrafes fixées au genou de l'opéré.

**Résultats.** — L'orchidopexie est une opération bénigne et très exceptionnellement suivie d'accidents : Carl Lauenstein (2) a pratiqué la rupture du canal déférent au cours des tractions exercées sur cet organe pour abaisser le testicule; Duchesne (3) et Le Joli Sénoville (4) rapportent deux cas d'infection du champ opératoire, d'écartement des lèvres de la plaie et de fungus du testicule observés parmi les malades de Tuffier; plusieurs opérateurs, enfin, ont remarqué l'atrophie rapide du testicule; il est inutile de dire que celle-ci est, sans aucun doute, consécutive à la section du cordon spermatique. Bref, opération bénigne, mais qui n'est pas plus que les autres à l'abri des fautes du chirurgien.

Les résultats de la chélorraphie sont variables : en regard des cas où le testicule demeure définitivement au fond du sac scrotal et y subit son développement physiologique, il en est d'autres où il remonte vers le canal inguinal, où il reste petit, où il n'acquiert jamais sa sensibilité particulière, d'autres, même, où il devient douloureux et névralgique. Pour être en droit de porter un jugement sans reproche sur la valeur de l'orchidopexie, il faudrait donc réunir des documents nombreux et précis sur la situation, le volume, la sensibilité de la glande opérée, et, en cas de double intervention chirurgicale, sur l'examen du sperme et sur la « capacité congressive » des malades, toutes ces observations étant prises plusieurs années après la fixation du testicule. Cela nous manque. Paul Bezançon, dont la thèse renferme vingt observations incomplètes sur bien des points, pense, ce que je suis porté à croire, que dans un bon nombre de cas le testicule subit un mouvement ascensionnel qui le porte vers la racine du scrotum; quatre observations de Félizet, récemment rapportées par G. Bernis (5), confirment cette manière de voir qu'infirment, au contraire, les statistiques d'A. Broca, de P. Villemin, les résultats que j'ai personnellement obtenus jusqu'à ce jour et ceux de

(1) WATSON-CHEYNE, *Brit. med. Journ.*, 15 févr. 1890, p. 89, n° 141.

(2) CARL LAUENSTEIN, *loc. cit.*, p. 532.

(3) C. DUCHESNE, Traitement chir. de l'ectopie testiculaire, thèse de Paris, 1890, p. 111.

(4) LE JOLI SÉNOVILLE, Trait. chir. de l'ectopie test.; ses résult., thèse de Paris, mai 1891, p. 72.

(5) GEORGES BERNIS, Traitement de l'ectopie testiculaire, thèse de Paris, 1895, n° 164, p. 109; chez Delmar, Paris, 1895.

Kirmisson (1) qui se déclare satisfait des suites de l'orchidopexie.

Par contre, il semble que, sur la plupart des malades, la glande séminale ait atteint un développement et acquis une sensibilité presque normaux; sur ces deux points, beaucoup d'observations sont absolument concordantes, et il faudrait, pour leur faire échec, d'autres cas que ceux de Gérard Marchant (2) et de Lauenstein (3): celui-ci dut enlever le testicule à un jeune homme qui, seize mois après l'orchidopexie, souffrait encore beaucoup malgré la cure définitive d'une hernie qui avait été opérée en même temps que l'ectopie; celui-là dut, à son tour, pratiquer la castration chez un enfant de treize ans dont le testicule, après une orchidopexie plutôt malheureuse, s'était atrophié et dont l'intestin était venu former hernie au-dessus du pubis.

Tédenat (4) a observé 10 cas heureux sur 14; dans 3 cas, il y eut simple réascension du testicule; dans 1 cas, réascension suivie d'accidents douloureux et névralgiformes. Sur 15 opérés de trois à dix ans, Villemain (5) a compté 1 insuccès, 8 résultats satisfaisants, 6 résultats imparfaits. A. Broca (6) a pratiqué 138 orchidopexies sur 115 sujets; 79 d'entre eux ont pu être suivis pendant un laps de temps variant de un an à six ans. Les résultats ont été les suivants: chez tous, la hernie est restée guérie; la douleur a disparu chez tous les malades sauf un, pour lequel il a fallu pratiquer la castration; au point de vue du testicule, les résultats ont été parfaits dans 31 cas, bons dans 35; il y a eu 13 fois atrophie ultérieure du testicule.

Voici, donc, comment il convient, je crois, de juger l'orchidopexie. D'une part, il faut mettre à son actif une bonne partie des transformations avantageuses qui l'ont suivie; d'autre part, il ne faut pas inscrire à son passif tous les résultats mauvais ou imparfaits qu'elle n'a pu éviter, car il est juste de dire que, d'une manière générale, et à de rares exceptions près, elle ne peut guère rien produire de pire que le retour des choses à leur état antérieur. A pareil compte, il n'y a donc pas lieu, en s'en tenant aux indications que j'ai formulées plus haut, de refuser aux malades les bénéfices d'une opération souvent utile. Et cela d'autant moins que, dans la plupart des cas, cette opération n'est, en quelque sorte, que le complément d'une opération plus importante nécessitée par l'ectopie de l'intestin: la cure radicale de la hernie.

L'imperfection des résultats de l'orchidopexie peut pousser le

(1) KIRMISSON, Orchidopexie dans l'ectopie testiculaire (*Soc. de pédiatrie*, 14 mars 1899, et *Presse méd.*, 18 mars 1899, n° 22, p. 109).

(2) GÉRARD MARCHANT, *Soc. de chir.*, 1<sup>er</sup> juillet 1891.

(3) CARL LAUENSTEIN, *loc. cit.*

(4) TÉDENAT, De l'ectopie inguinale du testicule. Orchidopexie (*X<sup>e</sup> Congrès franç. de chir.*, 1896, et *Presse méd.*, 14 nov. 1896, n° 93, p. 613).

(5) P. VILLEMAIN, Orchidopexie de testicule ectopie (*Soc. de pédiatrie*, 24 févr. 1899, et *Presse méd.*, 11 mars 1899, n° 20, p. 98).

(6) A. BROCA, Orchidopexie dans l'ectopie testiculaire (*Soc. de pédiatrie*, 14 mars 1899, et *Presse méd.*, 18 mars 1899, n° 22, p. 109).

chirurgien, confiant dans les migrations tardives, à retarder l'heure de l'opération chez un jeune homme atteint d'ectopie testiculaire simple; elle ne saurait l'influencer en ce sens quand la cryptorchidie est compliquée de hernie.

#### D. — DES ANOMALIES DE POSITION.

Le testicule, ovoïde de forme, n'est pas couché d'une façon indifférente dans la partie déclive du sac scrotal qui s'élargit pour le

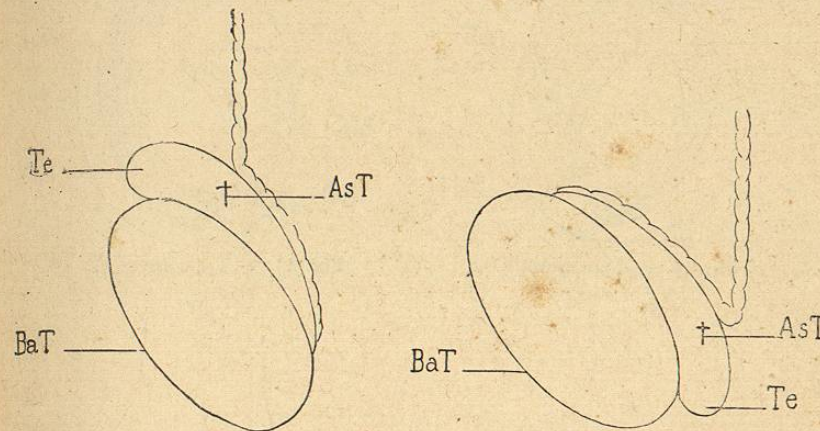


Fig. 7. — Topographie normale.

Fig. 8. — Inversion du testicule.

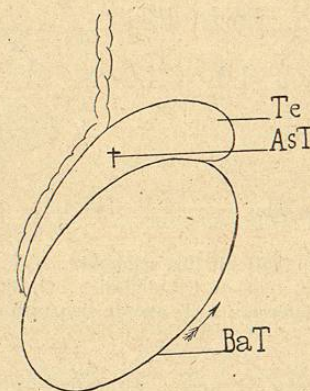


Fig. 9. — Inversion antérieure.

Fig. 7 à 9. — Te, tête du testicule; AsT, axe de suspension du testicule; BaT, bord antérieur du testicule.

recevoir et à travers les parois duquel ses contours se dessinent; il y est maintenu par ses vaisseaux et son canal excréteur; les uns et les autres le suspendent au-devant du ventre et, tout en le laissant jouir d'une grande mobilité, assurent la fixité de son orientation. Le