

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^{er} juillet 1891.

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

(4) TÉDENAT, De l'ectopie inguinale du testicule. Orchidopexie (*X^e 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

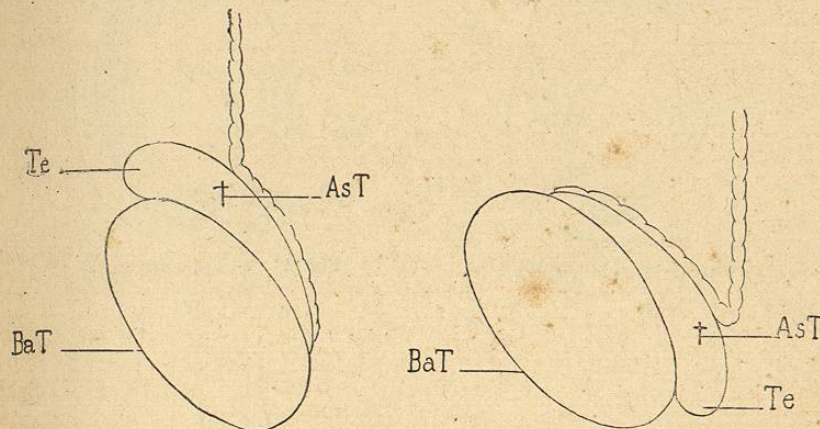


Fig. 7. — Topographie normale.

Fig. 8. — Inversion du testicule.

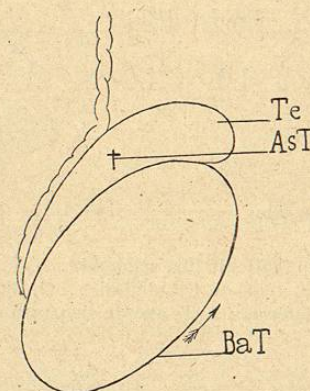


Fig. 9. — Inversion antérieure.

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

testicule est en partie redressé par cet appareil qui le soutient et à l'extrémité duquel il se met en équilibre, si bien qu'au lieu de tomber tout à fait horizontal ou tout à fait vertical au fond des bourses, il s'y dirige obliquement de haut en bas et d'avant en arrière : ainsi, son pôle antérieur se redresse et pointe en haut, son pôle postérieur

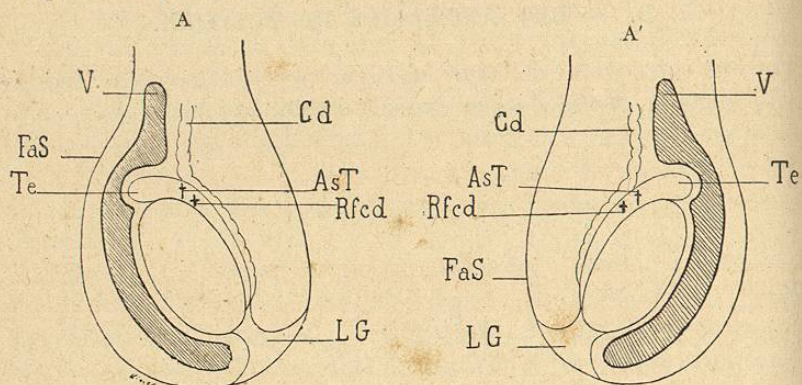


Fig. 10. — Type normal.

Fig. 11. — Type inverse.

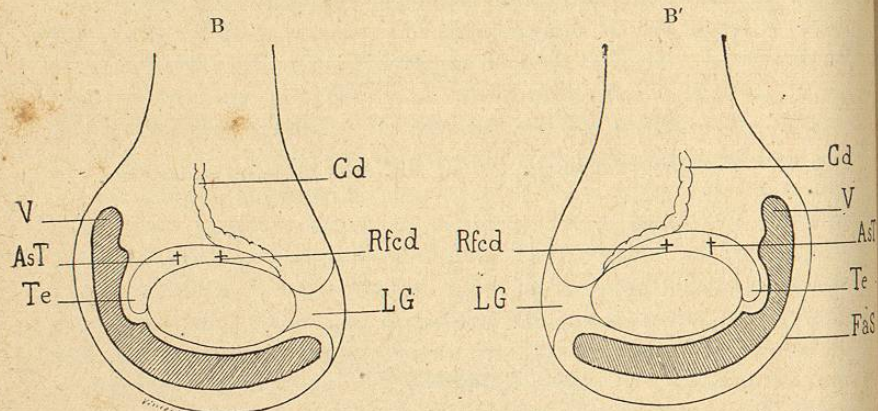


Fig. 12. — Inversion horizontale du type normal.

Fig. 13. — Inversion horizontale du type inverse.

Fig. 10 à 13. — Inversion du testicule (fig. schémat.). — V, vaginale; FaS, face antérieure du scrotum; Te, tête de l'épididyme; LG, ligament gubernaculaire; Rfcd, réflexion du canal déférent; AsT, axe de suspension du testicule; Cd, canal déférent.

s'affaisse et se dirige vers la terre; son bord antérieur est tourné en bas, vers les pieds, son bord postérieur en haut, vers le ventre. L'épididyme est couché sur le versant externe du testicule, le long du bord supérieur.

Quand est modifiée d'une manière quelconque l'orientation de l'appareil épидидymo-testiculaire, on dit qu'il y a *inversion* du testicule.

Des causes de cette inversion nous ignorons tout; il n'est pas douteux qu'il en faut chercher la raison soit dans une erreur de déve-

loppement, soit dans une perturbation de la migration scrotale. Quand, par exemple, l'épididyme fait volte-face au testicule, et se met à cheval sur lui tête à queue, c'est, a-t-on dit, que ce testicule, au lieu de naître en dedans du corps de Wolff, s'est développé en

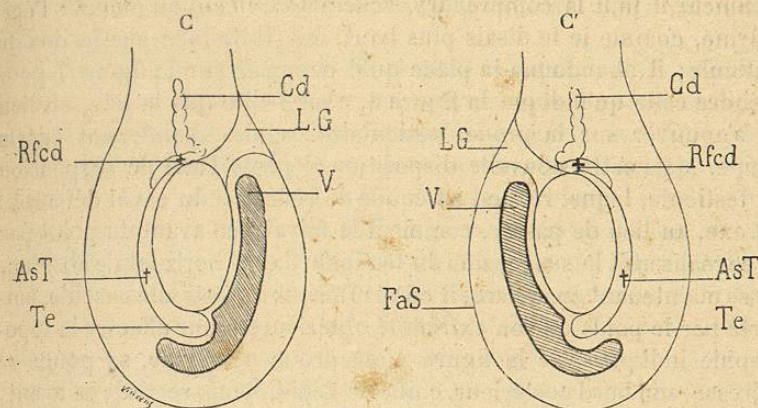


Fig. 14. — Inversion verticale du type normal.

Fig. 15. — Inversion verticale du type inverse.

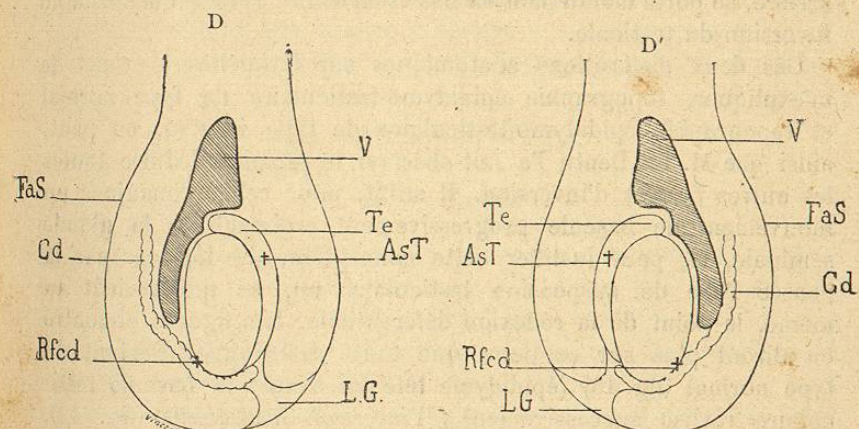


Fig. 16. — Inversion totale du type normal.

Fig. 17. — Inversion totale du type inverse.

Fig. 14 à 17. — Inversion du testicule (fig. schémat.). — V, vaginale; FaS, face antérieure du scrotum; Te, tête de l'épididyme; LG, ligament gubernaculaire; Rfcd, réflexion du canal déférent; AsT, axe de suspension du testicule; Cd, canal déférent.

dehors de lui. Quand, au contraire, le testicule conserve avec l'épididyme ses rapports normaux et que l'anomalie consiste dans un simple changement de direction de l'appareil épидидymo-glandulaire tout entier, il paraît raisonnable de rendre l'insertion viscérale du gubernaculum responsable du mouvement de bascule qui a réalisé l'orientation nouvelle.

De toutes les formes qu'on a décrites d'inversion du testicule, il en est une qui domine toutes les autres par sa fréquence et par son importance : c'est celle qu'on dénomme *inversion antérieure*; il est facile, quand on la connaît, d'en déduire toutes les autres. Voici comment il faut la comprendre, schématiquement au moins : l'épididyme, comme je le disais plus haut, fait volte-face sur le dos du testicule; il abandonne la place qu'il occupait sur la figure 7 pour prendre celle qu'indique la figure 8, c'est-à-dire que la tête, au lieu de s'appuyer sur la proue testiculaire, repose maintenant sur la poupe. Mais cette nouvelle disposition déplace l'axe de suspension du testicule, lequel répond au coude de réflexion du canal déférent : cet axe, au lieu de passer, comme il le faisait, en avant du point par où se réaliserait la suspension du testicule dans l'horizontale absolue, passe maintenant en arrière; il en résulte que le testicule bascule, emporté par le poids de son extrémité antérieure, pour affecter la topographie indiquée par la figure 9; sa proue s'enfonce, sa poupe se redresse; son bord postérieur, coiffé de l'épididyme, regarde en avant; son bord inférieur, libre, regarde en arrière. L'orientation générale est tout à fait changée : le grand axe, qui était dirigé en bas et en arrière, se porte maintenant en bas et en avant. Telle est la véritable inversion du testicule.

Des deux dispositions anatomiques sur lesquelles je viens de m'expliquer, topographie épидидymo-testiculaire de type normal et topographie épидидymo-testiculaire de type inversé, on peut, ainsi que M. Le Dentu l'a fait observer le premier, déduire toutes les autres formes d'inversion. Il suffit, pour cela, d'imaginer un mouvement de bascule progressivement croissant de la glande séminale, et, pour justifier cette conception, de déplacer par la pensée l'axe de suspension testiculaire ou, ce qui revient au même, le point de la réflexion déférentielle. Les figures ci-contre en diront plus sur ce point que toute description. Partant du type normal (fig. 10) (épидидyme tête en avant), la bascule testiculaire réalise successivement : l'*inversion horizontale* (fig. 12), l'*inversion verticale* (fig. 14), l'*inversion totale* (fig. 16). Partant du type inversé (fig. 11) (épидидyme tête en arrière), elle réalise de même : l'*inversion horizontale* (fig. 13), l'*inversion verticale* (fig. 15) et l'*inversion totale* (fig. 17).

Dans le sens antéro-postérieur, l'épididyme est fixe par rapport au testicule; dans le sens transversal, il est, au contraire, mobile sur lui : telle une calotte, attachée au front et à l'occiput, peut glisser sur la tête d'une oreille à l'autre. Mais les limites de ce déplacement transversal, qui, du reste, n'intéresse guère que la portion intermédiaire, sont variables suivant les sujets : chez quelques-uns, l'épididyme descend sur la face externe du testicule; on dit même que, chez d'autres, il franchit le bord supérieur pour apparaître sur la face

interne. On donne, d'une manière tout à fait impropre à mon avis, le nom d'*inversion latérale* à l'anomalie qui réalise l'une ou l'autre de ces deux dispositions.

L'inversion du testicule est toujours unilatérale; on dit qu'elle peut être mobile ou changeante : il y a lieu de formuler sur ce point les plus expresses réserves.

La fonction spermatique n'est en aucune manière troublée par l'inversion. Celle-ci n'a d'autre inconvénient que de compliquer le diagnostic de certaines affections testiculo-épидидymaires, diagnostic auquel les notions de topographie des organes prennent souvent une part importante. Elle peut surtout induire le chirurgien en erreur à l'occasion de l'examen clinique des épanchements de la cavité vaginale et de la situation qu'au milieu du liquide peut occuper la glande séminale.

Enfin, dans la paracentèse des hydrocèles, l'inversion du testicule expose le praticien qui n'a pas exploré son champ opératoire à une blessure de cet organe. Il suffira de se reporter aux figures plus haut reproduites pour comprendre de quelle manière se comporte le testicule vis-à-vis les épanchements vaginaux dans les différentes variétés d'inversion. Il est bon de savoir encore, pour toutes les opérations qu'on pratique sur le cordon spermatique ou dans son voisinage, que sur les sujets dont la glande séminale est placée en inversion antérieure, le canal déférent chemine sur le front du paquet funiculaire.

II. — MALADIES TRAUMATIQUES (1).

A. — PLAIES.

Protégé par sa mobilité au milieu des enveloppes qui le recouvrent, le testicule, grâce à son déplacement facile, échappe souvent à l'action des traumatismes. Cependant, dans certaines circonstances, la glande, empêchée de fuir, peut être atteinte à des degrés divers que nous aurons à préciser.

Avec Monod et Terrillon, au Traité desquels nous ferons de larges emprunts, nous diviserons les plaies du testicule en plaies par instruments piquants, coupants, contondants. Nous terminerons par la hernie testiculaire traumatique.

1° PLAIES PAR INSTRUMENTS PIQUANTS. — De toutes les plaies du testicule, les plaies par instruments piquants sont les plus fréquentes. Souvent, au cours de l'opération de l'hydrocèle, le trocart pénètre dans la glande. Cet accident est arrivé plusieurs fois à Velpeau qui le confesse courageusement dans son article du *Dictionnaire en 30 volumes*, et bon nombre de chirurgiens pourraient faire le même aveu. On est averti de cet accident par la vive douleur ressentie par

(1) Cet article a été composé et écrit par M. Thoumire, ancien interne des hôpitaux.