

surface et qui ne diffèrent de la couche ordinaire que par l'absence de granulations d'éladine; quant à l'épiderme, il n'est pas corné; les cellules possèdent un noyau atrophié susceptible de se colorer par le carmin.

Immédiatement au-dessous du derme, et toujours d'après Cornil et Berger, est un tissu dont les lobules adipeux normaux sont séparés par des vaisseaux, des tractus fibreux et de gros faisceaux de fibres musculaires lisses; ils enveloppent une masse centrale, sorte d'îlot constitué par des ganglions du grand sympathique, par des fibres de Remak et par une production kystique tapissée par de l'épithélium cylindrique stratifié. Les ganglions sympathiques ont une forme tantôt circulaire, tantôt aplatie, discoïde, elliptique ou ovale; ils sont

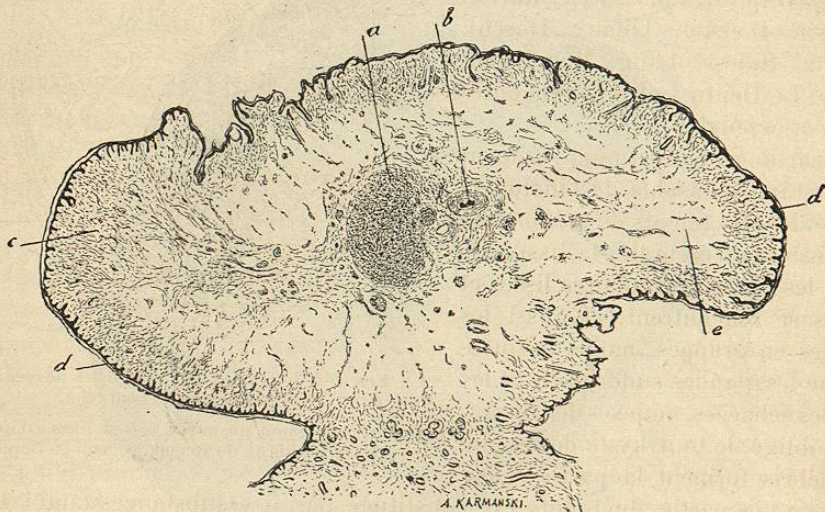


Fig. 261. — Coupe du bourgeon saillant dans le kyste.

d, derme avec son épiderme, ses papilles et ses follicules pileux. — a, ganglions nerveux. — b, section d'une cavité muqueuse. (Cornil et Berger.)

rassemblés en groupes de 6 à 8; les plus petits ont de 4 à 5 centièmes de millimètre de diamètre, les plus volumineux de 12 à 15 environ. Chacun est entouré par une zone de tissu fibreux qui lui forme une capsule, d'où partent des travées qui limitent des loges de la même grandeur, à revêtement interne de cellules plates à noyaux ovoïdes. Au centre de chacune de ces loges se voit une cellule nerveuse très volumineuse, formée par une masse grenue au milieu de laquelle se trouve un gros noyau pourvu d'un nucléole brillant. A côté de ces ganglions, et limités par une enveloppe fibreuse, on observe des faisceaux de fibrilles minces renfermant des noyaux allongés et qui ne sont autres que des fibres de Remak. Enfin, dans la masse centrale de la tumeur, on découvre un petit kyste tapissé d'un épithélium stratifié, à cellules cylindriques dans la profondeur, polyédriques et légèrement aplaties à la surface interne. Cette cavité doit être considérée comme une production mucoïde se rapprochant de l'épithélium du tube digestif.

L'existence du tissu nerveux dans les inclusions fœtales n'est pas rare; elle est signalée dans l'observation de Verneuil et Guersant, dans celles de Pilate et de Lang. Cette dernière contenait des fibres à myéline, que Le Dentu a retrouvées chez son opéré. Mais déjà nous touchons aux tératomes complexes de Kocher. Il est exceptionnel de rencontrer des masses qui rappellent l'intestin; elles n'ont guère été signalées que dans les cas de Labbé et Verneuil; l'épithé-

lium cylindrique avec ou sans cils vibratiles a été reconnu dans le fait de J. Bœckel, de Labbé et Verneuil, de Lang, de Pilate et de Malherbe. L'existence de masses osseuses forme comme la caractéristique du tératome; elles sont déjà mentionnées dans une observation de 1697 que Verneuil a exhumée. Ici les os rappelaient un crâne et avaient des cavités orbitaires. Dans les cas de Dietrich, ils paraissent être ceux du membre inférieur surmonté d'un bassin entouré de muscles; dans celui de Ekl, il y avait des côtes, du rachis, du fémur et des orbites. André de Péronne, Velpeau, Corvisart, Duncan, Goodsir, Bœckel, Tillaux, Heschl, Geinitz, Spiess, Lang, Mac Ewen, Pilate, Le Dentu, ont tous rencontré du tissu osseux.

Le cartilage constitue un élément presque indispensable de l'inclusion fœtale. Les fragments de méninge et de substance cérébrale, le tissu adipeux, les fibres musculaires lisses et striées se rencontrent, et aussi les glandes en grappes, moins fréquentes que les glandes sudoripares et les glandes sébacées, annexes de la peau, tissu obligé de tout kyste dermoïde. Ces débris forment la partie solide

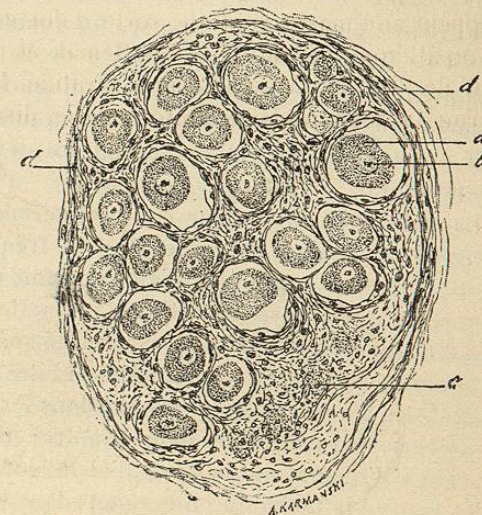


Fig. 262. — Coupe des ganglions nerveux situés au centre du bourgeon.

a, cellule contenant un noyau b. — d, tissu conjonctif. — c, tissu de fibres de Remak. (Cornil et Berger.)

du kyste; la partie fluctuante est constituée par des substances tantôt butyriques et sébacées, tantôt liquides, de couleur jaunâtre, verdâtre, brune ou blanche et chargées d'albumine. A côté de la cavité kystique principale peuvent se trouver des loges secondaires, différentes les unes des autres et que tapisse un épithélium tantôt cylindrique, tantôt pavimenteux, simple ou stratifié. Cette variété dans l'épithélium de revêtement a permis à Kocher de distinguer les kystes muqueux, en général petits, à cavités multiples, remplies d'exsudats filants et opalins; puis les kystes pilo-sébacés, parfois uniques et à poches distendues par une substance épaisse, semblable à de la bouillie feutrée de poils ou de cheveux et dans les parois desquels des dents sont souvent incluses.

Symptômes. — Les tératomes sont des tumeurs congénitales; elles sont parfois assez volumineuses pour frapper l'attention dès la naissance et dans la plupart des observations — celles de Malherbe, de Prochaska, de Dietrich, de Lang, de Geinitz, de Guersant, de Verneuil, de Corvisart, — c'est avant l'âge de trois ans que l'enfant fut conduit au chirurgien; dans presque tous les faits, on accuse l'existence de la tumeur dès l'enfance. Cependant mon malade est opéré à trente et un ans, celui de Bœckel à trente-huit ans et sa tumeur n'aurait apparu qu'un an auparavant; chez celui de Spiess, on intervient à vingt-sept ans, et c'est à vingt et un ans que la grosseur est signalée. Ce phénomène est fréquent dans l'histoire de toutes les tumeurs congénitales; elles existent dès la naissance, mais, grâce à leur petit volume, elles passent inaperçues; puis tout

à coup, à l'occasion d'un traumatisme, d'un trouble local ou général quelconque, elles s'accroissent et révèlent leur existence, latente jusque-là.

On a vu le tératome du scrotum, d'abord retenu au pli de l'aîne, migrer avec la glande et descendre jusqu'au fond des bourses; là, il reste stationnaire, sans accroissement jusqu'au moment de la puberté, c'est la période d'indolence; puis, comme le testicule lui-même, la tumeur prend un développement subit; elle grossit, devient douloureuse, fluctuante, elle s'enflamme même parfois; un abcès se forme, qui donne issue à de la matière sébacée; des débris fœtaux permirent à Velpeau de porter le diagnostic d'inclusion scrotale. Mais cette période d'accroissement et de réaction inflammatoire manque souvent, et c'est peu à peu que le tératome prend un développement tel, qu'il réclame une intervention.

La nature de la tumeur est ordinairement méconnue; malgré son origine congénitale, malgré la présence plus fréquente de l'inclusion dans la bourse droite que dans la gauche, malgré ce fait que le tératome est indolent, malgré encore qu'une analyse minutieuse permette parfois de reconnaître qu'il est indépendant du testicule dont la sensibilité spéciale est conservée, malgré enfin son accroissement lent et ses poussées subites, surtout à l'époque de la puberté, le diagnostic n'a guère été porté que dans les cas d'André de Péronne, de Velpeau, de Berger, de Le Dentu et dans le nôtre; encore dans les deux premiers, l'inflammation et l'ulcération du kyste, l'expulsion spontanée des débris fœtaux avaient-elles facilité la tâche du chirurgien; dans le troisième, on recourut à la ponction exploratrice qui ramena de la matière sébacée et des poils; l'hésitation n'était plus permise. Il ne reste donc guère que le diagnostic formel de Le Dentu et le nôtre: dans notre cas, notre opinion fut fixée par l'existence, dans la tumeur, d'une substance molle comme celle des kystes sébacés. Mais, lorsque la masse scrotale se présente avec son volume inégal, qui varie de la grosseur d'un œuf à celle d'une tête d'adulte, sa surface irrégulière, bosselée, dure par place et fluctuante en d'autres points, on croit à quelque pachyvaginallite, à un enchondrome ramolli, et l'erreur est d'autant plus facile que le tératome est infiniment rare, qu'il n'en existe pas 40 cas dans la science, que certains chirurgiens, même occupés plus particulièrement de l'étude des testicules, peuvent n'en avoir jamais vu et que dès lors il est simple de ne pas y songer.

Cette méconnaissance n'est pas sans inconvénient: en prenant du développement, les adhérences de la tumeur avec la glande deviennent plus intimes et il est plus difficile de sauver cette dernière lorsqu'on se décide à intervenir après la puberté. Les deux observations de Berger et de Le Dentu sont intéressantes à ce point de vue; Berger opère son malade à onze ans, et, malgré les étroites connexions qui unissent le kyste au testicule, il extirpe le premier sans toucher au second qui, six mois après, « était d'apparence normale et parfaitement mobile dans les enveloppes du scrotum ». Le jeune homme sur lequel Le Dentu intervient a dix-huit ans; on essaye de dégager la glande, mais la coalescence du canal déférent avec la paroi du kyste était telle qu'on dut l'extirper avec la tumeur. Pourtant, dans notre cas, nous avons pu extirper la tumeur dermoïde avec la plus grande facilité et sans même ouvrir la vaginale. Il y aurait un autre inconvénient à méconnaître la tumeur kystique. Si dans l'immense majorité des cas, elle s'est montrée innocente, ne gênant que par son poids et son volume, on en cite un cependant où le tératome aurait pris l'allure d'une tumeur maligne; dans celui de Spiess, Richet opéra; au bout de six semaines une généralisation

cancéreuse emportait le malade. Ce fait ne vient-il pas prouver, comme l'indiquent Monod et Terrillon, l'analogie entre les tératomes et les tumeurs mixtes du testicule?

Traitement. — Il faut extirper la tumeur dès que le diagnostic est fait. En intervenant avant la puberté, on évitera peut-être des adhérences étendues et le testicule débarrassé de cette masse pourra se développer librement. La préoccupation majeure sera la conservation de la glande: on ne craindra pas une dissection lente, minutieuse, d'une infinie prudence, évitant le cordon, l'épididyme parfois déroulé, le testicule souvent uni aux parois kystiques. Dans les cas exceptionnels où la tumeur est intra-testiculaire, on incisera prudemment l'albuginée et l'on essayera d'extirper le tératome sans toucher à la substance séminifère. Dans le cas de Chevassus, cette délicate opération put être exécutée: il restait un excès d'albuginée qui fut excisé puis suturé. Comme, en définitive — et malgré le cas de Richet, — il ne s'agit pas d'une tumeur maligne, on pourrait se contenter d'une ablation incomplète et laisser, par exemple, la portion de la paroi trop adhérente aux organes qu'on désire conserver; on en serait quitte pour ne pas chercher la réunion immédiate et pour modifier par une cautérisation profonde le lambeau dermoïde abandonné dans la plaie. On aurait soin, comme l'indique Verneuil et comme l'a fait Le Dentu, d'arriver par une première incision sur le cordon, fil conducteur précieux pour atteindre et reconnaître le testicule. Malgré beaucoup d'habileté et malgré beaucoup de patience, on échouera peut-être dans le sauvetage de la glande, et il ne resterait qu'à pratiquer la castration selon les règles ordinaires.

CHAPITRE II

AFFECTIONS DU TESTICULE ET DE L'ÉPIDIDYME

I

ANOMALIES

Les variétés en sont nombreuses; elles ont pour origine soit un vice dans le développement de la glande, soit une défectuosité dans sa migration. De là deux classes d'anomalies, chacune avec ses subdivisions. Les anomalies par vice de développement portent tantôt sur le nombre des testicules et tantôt sur leur volume. Dans le premier cas, la nature peut pécher par excès, et l'on a la polyorchidie, ou par défaut, et l'on a l'anorchidie. Dans une troisième variété, la synorchidie, la glande unique paraît due à la fusion des deux testicules. Lorsque l'anomalie porte sur le volume, l'organe peut encore pécher par défaut comme dans l'atrophie, ou par excès comme dans l'hypertrophie. Dans les anomalies par vice de migration, la glande peut descendre dans les bourses mais s'y placer en inversion, ou ne pas descendre et s'arrêter soit dans un point de parcours normal, soit en dehors du parcours normal, ce qui détermine les diverses sortes d'ectopie.

Cette division que, dans ses lignes essentielles, nous empruntons à Le Dentu, est résumée dans le tableau suivant :

ANOMALIES DU TESTICULE

Anomalies par vice de développement.	Anomalies de nombre	{ par excès.	Polyorchidie.
		{ par défaut { réel.	Anorchidie.
Anomalies par vice de migration.	Anomalies de volume	{ par défaut { apparent.	Synorchidie.
		{ par excès.	Hypertrophie.
Anomalies par vice de migration.	Testicule descendu.	{ par défaut.	Atrophie.
		{ par défaut.	Atrophie.
Anomalies par vice de migration.	Testicule non descendu et arrêté	{ dans un point du parcours normal	Inversion.
		{ en dehors du parcours normal.	Ectopie.

Historique. — Les anomalies de la glande spermatique n'ont été étudiées qu'à la fin du dernier siècle. On sait l'impulsion qui fut alors donnée aux recherches tératologiques, aussi bien en France qu'en Angleterre et en Allemagne. Haller, Wrisberg, Hunter montrèrent où se développe le testicule, et son exode avant d'atteindre le fond des bourses. Nous eûmes plus tard les remarquables travaux d'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, de Robin, de Müller, de Roubaud, de Follin, de Goubaux, de Godard. Les questions de pathogénie ont été moins agitées depuis; cependant l'ère contemporaine n'a pas été stérile et l'on s'est occupé de la thérapeutique des ectopies, l'anomalie la plus commune et, à ce titre, la plus intéressante.

WRISBERG, Commentationum medici, etc., in-8°, t. I, p. 175. Gottingæ, 1800. — FOLLIN, Arch. gén. de méd., 1851, 4^e série, t. XXVI, p. 257. — GOURAUX et FOLLIN, Mém. de la Soc. de biol., 1855, p. 293-550. — GODARD, Recherches sur les monorchidies et les cryptorchidies chez l'homme. Paris, Masson, 1855. — Mém. de la Soc. de biol., 1856, 2^e série, t. III, p. 515. — Recherches histologiques sur l'appareil séminal de l'homme, in-8°. Paris, 1860. — Étude sur l'absence congénitale du testicule. Thèse de Paris, 1858. — GRUBER, Ueber congenitale anorchie, etc. Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 24^e année, t. XV, p. 42. — WIEN, 1878. — LE DENTU, Des anomalies du testicule. Thèse d'agrég. de Paris, 1869. — ROUBAUD, Traité de l'impuissance. Paris, 1876, 5^e édit., p. 542. — DREYFUS, De la hernie inguinale interstitielle, etc. Thèses de Paris, 1877. — MONOD et TERRILLON, De la castration dans l'ectopie inguinale. Arch. gén. de méd., février et mars 1880. — Traité des maladies du testicule. Masson, 1889, p. 1. — TUFFIER, Traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire. Gaz. des hôp., 29 mars 1890. — TILLMANN, Lehrbuch der speciellen Chirurgie, 1871, p. 885. — JOLY SÉNOVILLE, Traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire. Thèse de Paris, 1891. — MARCHANT, Bull. de la Soc. de chir., juillet 1891. — MONOD, Orchidopexie, Bull. de la Soc. de chir., 1891, p. 475. — GUELLIOT, Revue de chir., 1891, p. 662. — AUGUSTE BROCA, Traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire. Gaz. hebdomadaire de méd., 15 oct. 1892. — PAUL BESANÇON, Étude sur l'ectopie testiculaire du jeune âge. Thèse de Paris, 1892. — JALAGUIER, FÉLIZET, DEMMLER, MONOD, Bull. et mém. de la Soc. de chir., août 1895.

1° POLYORCHIDIE

On nomme *polyorchidie* l'existence, chez l'homme, de plus de deux testicules. Elle est infiniment rare et la plupart des cas cités sont des erreurs de diagnostic. Quel médecin n'a vu un malade lui montrer avec orgueil, et comme troisième ou quatrième testicule, une tumeur liquide ou solide des bourses, quelque fibrome, le plus souvent un kyste de l'épididyme ou du cordon? Une seule observation, celle de Gérard Blasius, paraît d'une authenticité incontestable; encore remontée-elle à 1670 : l'autopsie révéla chez un célibataire de trente ans, bien constitué

d'ailleurs et fort « libidineux » pendant sa vie, l'existence d'un troisième testicule : il y avait à droite deux glandes en tout semblables à celles du côté gauche et accompagnées, chacune, de son artère et ses veines. Dans les autres faits, l'examen direct manque et le doute est permis. Le Dentu admettrait volontiers le cas de Blümener⁽¹⁾ et surtout celui de Macann et Prankerd : la bourse droite contenait deux corps de même volume, de même forme et dont la pression réveillait la même sensation caractéristique; le canal déférent, unique en haut, se bifurquait en bas et fournissait une branche à chaque testicule. F. Creswell Hewett⁽²⁾ a trouvé aussi deux canaux déférents contenus dans un seul cordon et venant se jeter dans deux glandes qu'enfermait le scrotum gauche; le testicule surnuméraire, du volume d'une noix muscade, était situé à un pouce au-dessus de son congénère.

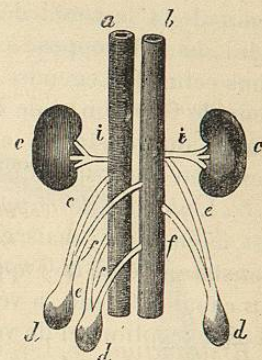


FIG. 265. — d, d, d, les trois testicules avec leurs veines e et leurs artères f.

2° ANORCHIDIE

On nomme *anorchidie* l'absence des deux glandes spermatiques ou seulement de l'une, ou même d'une portion quelconque de l'appareil séminal : testicule, testicule et épидидyme, épидидyme, canal déférent, vésicule correspondante.

Mais une confusion peut se produire. D'abord il est des cas où la glande existe, si petite, pourtant, qu'elle paraît absente : ce n'est pas une anorchidie, c'est une atrophie simple. Parfois encore, elle reste cachée dans le ventre, et ici l'embaras devient grand, car aucun signe ne permet d'affirmer ou l'anorchidie ou la cryptorchidie simple. L'autopsie seule lèverait les doutes. Godard pensait que l'anorchidie se révèle par les attributs du féminisme, l'infécondité et l'impuissance, tandis que le cryptorchide reste puissant; il peut avoir des rapports sexuels et même éjaculer une semence privée de spermatozoïdes. Mais cette assertion est inexacte; fût-elle certaine, elle ne s'appliquerait qu'aux anorchidies ou aux cryptorchidies bilatérales, la plus rare de ces variétés.

Variétés. — On sait que les diverses parties dont l'ensemble constitue l'appareil séminal, testicule, épидидyme, canal déférent et vésicules, naissent isolément. Les malformations peuvent frapper l'un ou l'autre de ces segments et l'on prévoit quelles anomalies sont possibles : a, absence de l'appareil sécréteur; b, absence de l'appareil excréteur; c, absence simultanée des organes sécréteurs et des organes excréteurs. A ces trois variétés il faut en ajouter une quatrième, l'anorchidie bilatérale; au lieu de ne frapper qu'un côté, une quelconque des anomalies précédentes atteint les deux moitiés de l'appareil.

a. L'absence du testicule seul est rare : Monod et Terrillon n'en signalent que 4 observations certaines dues à Legendre, Gosselin, Follin et Godard; une cinquième, celle de Deville, prête à confusion et le texte, obscur, ne permet pas d'affirmer que seul le testicule fait défaut; peut-être l'épididyme manque-t-il

(1) BLÜMENER, Rust's Magazin für die gesammte Heilkunde. Berlin, 1824.

(2) CRESWELL HEWETT, British med. Journal, 6 mai 1876.

aussi. Plusieurs caractères communs se retrouvent dans les 4 observations précitées. Remplis d'un liquide muqueux sans spermatozoïdes, la vésicule séminale et le canal déférent normal abordent l'épididyme, tantôt semblable à celui du côté opposé comme dans les cas de Godard, tantôt atrophié comme dans celui de Legendre, ou sous forme d'un petit amas globuleux comme dans ceux de Gosselin et de Follin. Pas de testicule; pourtant, dans l'observation de Follin, on constatait, appendu à l'épididyme, un peloton cellulo-adipeux que l'examen microscopique montrait dénué de tubes séminifères.

b. L'absence de l'appareil excréteur coïncidant avec l'existence des testicules est moins rare; mais elle est incomplète, et, dans toutes les observations, on constate, à côté de l'appareil sécréteur, une portion de l'épididyme, un tronçon du canal déférent, la vésicule séminale. Aussi les variétés sont-elles nombreuses: il est exceptionnel de voir l'épididyme seul faire défaut; Godard ne signale que le cas trop écourté de Jean Rhodius, et Curling parle d'une pièce conservée à l'hôpital Saint-Barthélemy; presque toujours il en demeure une partie attenant à un segment du canal déférent. Monod a colligé 6 faits de ce genre: ceux de Brugnone, de Hunter, de Godard, de Münchmeyer, de J. Reverdin et de Mayer. Dans une troisième variété, l'épididyme est entier et le canal déférent manque partiellement ou complètement; le sort de la vésicule séminale paraît lié à l'existence de ce canal, et, d'après Godard, « la vésicule séminale fait défaut toutes les fois que manque la portion terminale du canal déférent »; si cette portion terminale se développe, la vésicule se développerait aussi, et la vésicule était à sa place normale dans une observation de Gosselin où les portions funiculaires et inguinales existaient. Parise, Bosscha, Cusco, Godard ont publié des exemples de cette troisième forme. Mais nombre d'auteurs hésitent à en accepter une quatrième que caractériserait l'absence de la seule vésicule, et Godard, Monod et Terrillon contestent la valeur des cas de Martin Magron et de Dufour; on aurait pris pour une absence un simple arrêt de développement et une atrophie de la vésicule. Néanmoins un fait de Bérard et un autre de Cornelli demeurent: les canaux déférents anastomosés entre eux s'abouchaient dans l'urèthre par un orifice unique.

c. L'absence simultanée des organes sécréteurs et excréteurs est la variété la plus fréquente; elle peut être complète ou incomplète, et souvent on retrouve une portion du canal déférent et la vésicule séminale correspondante; dans un cas de Cruveilhier, dans un autre de Denonvilliers, cette dernière était atrophiée et le segment attenant du canal très court était transformé en un cordon plein. Mais il est parfois plus long, il croise l'uretère comme dans le cas de Pallington, atteint la fossette inguinale externe comme dans celui de Gruber, l'anneau inguinal externe, ainsi que l'ont vu Bastien et Legendre, Paget et Cruveilhier, ou même, le plus souvent, s'épanouit dans le scrotum comme le rapporte Ripault; on ne retrouve de l'appareil sécréteur et excréteur qu'une portion plus ou moins étendue du canal déférent, généralement la portion terminale encore perméable et la vésicule. Il n'y a guère qu'une observation de Godard où elle manquait ainsi que les testicules et l'épididyme; tout se bornait à la portion scrotale et inguinale du canal.

d. L'anorchidie bilatérale peut reproduire chacune des variétés précédentes et frapper l'appareil sécréteur et l'appareil excréteur; mais les lésions, au lieu de n'apparaître que d'un côté, se révèlent à droite et à gauche; Fischer, Legendre et Bastien ont constaté l'absence des testicules et des épидидymes avec persistance

des canaux déférents et des vésicules séminales; Godard a vu exister la partie intra-abdominale du canal et la vésicule correspondante, pendant que faisaient défaut son segment extra-abdominal, l'épididyme et les testicules; Kretschmar et Friese n'ont trouvé vestige d'aucune des parties de l'appareil séminal. Par contre, Tenon, Mayer et Parisot ont noté l'absence des seules vésicules et des portions abdominales du conduit déférent, tandis que se montraient le testicule, l'épididyme et le segment inguino-scrotal du canal déférent. En somme, la seule anomalie, qui semble ne jamais être bilatérale, est celle où manque le testicule seul.

Toutes ces anomalies sont rares: Gruber a voulu colliger les faits publiés depuis le xv^e siècle; il ne trouve, vérifiés par l'autopsie, que 25 cas d'anorchidie unilatérale et 7 d'anorchidie bilatérale. Il faudrait en ajouter 15 où l'arrêt de développement ne frappait que le canal déférent. Ces malformations atteignent plus souvent le côté gauche que le droit et s'accompagnent parfois d'autres difformités, de celles, en particulier, de l'appareil urinaire; Mayer, J. Reverdin, Münchmeyer, Parise, Godard, Cusco ont constaté l'absence du rein et de l'uretère; Thurnam signale une atrophie du rein droit et un vice de conformation des deux uretères coïncidant avec une absence du testicule gauche; dans un cas de Godard, le rein faisait défaut du côté où existait l'anomalie testiculaire. Dans tous ces exemples, l'anorchidie était unilatérale; elle était bilatérale dans les observations de Friese où manquaient les parties génitales externes et la prostate, où le membre supérieur droit était malformé; dans celle de Kretschmar où le rectum s'ouvrait dans l'urèthre; dans celle de Tenon où la vessie était exstrophée; dans celle de Parisot où l'on ne trouvait pas l'anus, dans celle de Mayer où il n'y avait ni anus, ni parties génitales externes, ni vésicule biliaire, ni reins, ni uretères, ni vessie.

L'anorchidie, lorsqu'elle est unilatérale, n'exerce qu'une médiocre influence sur le reste de l'organisme et n'enlève ni la puissance ni la fécondité; une seule moitié de l'appareil séminal suffit. Mais si la lésion frappe les deux côtés, 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. Mais il ne faut pas croire, avec Godard, que les caractères groupés sous le nom de féminisme n'appartiennent qu'aux anorchides bilatéraux; cet aspect particulier a été noté dans certains cas de double cryptorchidie, d'ectopie intra-abdominale.

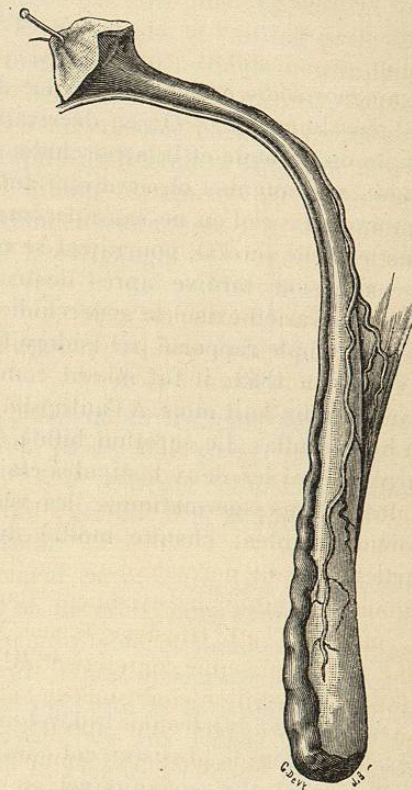


FIG. 264. — Absence du testicule et de l'épididyme; le canal déférent est appliqué sur la poche vagino-péritonéale insufflée.