

donc important de dire laquelle de ces deux formes prédomine. Et cependant la marche souvent rapide de la maladie, le prompt envahissement des ganglions, la généralisation viscérale fréquente, autorisent à penser qu'on sera le plus souvent en présence d'un carcinome vrai. Cette tumeur n'a été rencontrée que dans les cas d'ectopie inguinale. Le pronostic est sombre. Monod et Terrillon cependant parlent d'un jeune homme, opéré par Guyon en 1879 d'un « carcinome vrai » et bien portant encore en 1885.

Traitement des anomalies. — La plupart des anomalies échappent à toute intervention : l'existence de la *polyorchidie* — surabondance de biens qui ne saurait nuire — repose sur un seul fait authentique; l'*anorchidie* reste au-dessus de nos ressources et la physiologie ne nous permet pas de prévoir le moment où l'on pourra greffer, au fond d'un scrotum vide, un testicule dérobé à quelque anthropoïde; la *synorchidie* n'aurait été observée qu'une fois; encore l'organe était-il caché dans le ventre; l'*inversion* n'entraîne ni malformation appréciable, ni trouble fonctionnel; l'*ectopie* seule est fréquente tout à la fois et accessible à nos moyens chirurgicaux.

Le testicule en ectopie relève de la thérapeutique à trois titres différents : d'abord, il peut s'enflammer et sa proximité de la grande séreuse allumer une péritonite généralisée; ensuite les glandes en position anormale sont plus sujettes aux dégénérescences néoplasiques; enfin le testicule ectopie s'accompagne souvent d'hydrocèle et de hernie et puis il se développe mal. Aussi le problème embrasse-t-il plusieurs questions : 1° Comment traiter les affections du testicule ectopie, l'orchite et le cancer? 2° Quelle conduite tenir en présence d'une glande en position anormale? faut-il la laisser en place ou essayer, même par une opération sanglante, de la ramener dans sa poche scrotale? 3° Quelle modification la présence de l'hydrocèle et surtout celle de la hernie apportent-elles au traitement?

Sur le premier point nous serons bref. Lorsque les accidents restent locaux, les applications chaudes ou froides, les révulsifs, les sangsues, surtout le repos réussissent presque toujours et la crise s'apaise; mais si elle devient plus intense, si les souffrances s'accroissent, si le ventre se ballonne, si les vomissements apparaissent, il faut intervenir. Une incision franche, parallèle à l'arcade de Fallope, découvrira l'orifice externe du canal inguinal; on débridera l'aponévrose du grand oblique pour mettre à nu le cordon et le testicule, entouré ou non de la vaginale. Cette simple libération suffira souvent pour arrêter les symptômes d'obstruction; en tout cas, on verra si les accidents sont bien produits par l'étranglement de la glande incarcérée, ou si quelque anse descendue de l'abdomen n'est pas venue se pincer aux environs du testicule. Si le testicule est seul en jeu, la simple incision assurera la guérison; mais est-il sage d'en rester là? Dans un premier cas, le malade a passé vingt-cinq ou trente ans; sa glande est atrophiée, la castration s'impose; on ne risque rien d'extirper un organe non seulement inutile, mais nuisible, puisqu'il peut s'enflammer encore ou s'infiltrer de tissu cancéreux. Dans une seconde hypothèse, le sujet n'a pas atteint la trentaine; peut-être l'organe replacé dans les bourses deviendrait-il fertile; il faudrait le libérer de ses adhérences au trajet inguinal et le fixer au fond du scrotum, comme Annandale, puis Wood (1) paraissent l'avoir pratiqué

(1) Wood, *The Lancet*, 1^{er} mai 1880.

les premiers. Lorsque le *cancer* a envahi le testicule, la castration est de rigueur. Mais elle doit être rapide, car les envahissements ganglionnaires ne tardent pas.

Il faut traiter l'ectopie dégagée de tout accident; car les fonctions sont compromises par cela seul que la glande n'est pas dans les bourses. Il faut provoquer la migration du testicule jusque dans le scrotum : problème complexe, car la glande en ectopie maintient béant le canal inguinal où les anses intestinales pénètrent à sa suite. Or, cette hernie et le testicule déplacé exigent un traitement opposé, puisque les manœuvres doivent tendre à refouler l'intestin en haut vers le ventre, et le testicule en bas dans les bourses.

Prenons les cas où l'ectopie existe seule. Lorsque l'individu a passé trente ans, l'organe est stérile et l'on n'y touchera pas. — Il n'a encore que quelques mois et le testicule est resté dans le canal inguinal; il faut s'abstenir, car il n'est pas rare de voir la migration s'effectuer. Si l'on prend la masse des enfants cryptorchides à leur naissance, on verra que cette malformation persiste rarement au bout de douze ou de dix-huit mois. C'est donc après la première année qu'on provoquera la descente de l'organe, par des moyens de douceur que Hunter préconisait déjà, mais sur lesquels Tuffier (1) a rappelé l'attention. Ces manipulations, dit Duchesne (2), consistent en pressions lentes, régulières, exercées de haut en bas dans l'ectopie inguinale et de bas en haut dans l'ectopie périméale, assez douces pour ne pas provoquer de douleurs, fréquemment répétées et progressivement. Elles se feront avec la face palmaire des doigts, sur la région enduite d'un corps gras, et seront recommencées tous les jours ou tous les deux jours pendant au moins cinq minutes. S'il y a une hernie, Tuffier conseille de la contenir d'une main, tandis que de l'autre on détruit les connexions des deux organes; on rompt ou l'on étire les adhérences; puis on applique un bandage en fourche pour fermer le canal et empêcher le testicule de réintégrer sa position vicieuse. Lorsque la mobilisation est suffisante, après huit, quinze, vingt-cinq jours de manœuvres, on traverse avec une aiguille de Reverdin le scrotum, puis la partie antérieure du testicule par un ou deux fils de soie qu'on noue à l'extérieur et qu'on enlève lorsque l'organe est fixé par des adhérences résistantes.

Dans les ectopies avec hernie concomitante, il faut à la fois favoriser la migration du testicule et refouler l'intestin dans le ventre : tantôt le conduit péritonéo-vaginal s'est oblitéré au-dessus du testicule enfermé dans une séreuse distincte et les anses sont alors séparées de la glande par toute la portion oblitérée du canal : tantôt le conduit est béant et les intestins sont au contact de la glande située d'habitude en arrière, dans la paroi postérieure, — en avant, dans quelques cas authentiques; aussi redoublera-t-on d'attention pour ne blesser ni le testicule, ni l'épididyme, ni le cordon, lorsque, dans une intervention sanglante, on ouvre le sac herniaire. Si l'orifice inguinal externe demeure « obstinément » fermé, les anses s'accumulent dans le trajet décollé par en haut et c'est entre le muscle grand oblique et son aponévrose d'une part, le petit oblique et le *fascia transversalis* d'autre part, que s'amasse cette hernie « inguino-interstitielle ». Mais il se peut aussi que l'orifice soit franchi; l'intestin file dans le scrotum si du moins la portion du conduit péritonéo-vaginal

(1) TUFFIER, Traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire. *Gaz. des hôp.*, 22 mars 1890.

(2) DUCHESNE, Traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire. Thèse de Paris, 1890.

qui forme les bourses n'est pas oblitérée, car, si elle l'était, la hernie se développerait sous la peau de l'abdomen et bomberait en avant de l'aponévrose du grand oblique.

Dans des cas exceptionnels, le testicule ectopié est contenu dans la gaine péritonéo-vaginale, tandis que l'intestin se coiffe, comme dans les hernies ordinaires, d'un sac séreux propre, pénètre dans le trajet inguinal avec une enveloppe distincte : il s'est formé une hernie commune en avant d'une glande spermatique restée dans le canal inguinal. Lorsque la glande et la hernie sont au contact dans le canal péritonéo-vaginal, des adhérences se forment parfois qu'il faudra détacher avec prudence pour ne pas blesser l'intestin. On doit se méfier du canal déférent, qui n'occupe pas toujours la partie postérieure de la paroi et qu'on serait exposé à couper; enfin, le sac peut être distendu par une hydrocèle, dont le traitement se confond avec celui de l'ectopie et celui de la hernie : au cours de l'intervention, le liquide s'évacue et sa présence ne nécessite ni manœuvre spéciale, ni temps opératoire distinct.

Lorsque, à la naissance ou dans les premiers mois de la vie, on constate la présence dans le trajet inguinal du testicule et d'une anse intestinale, on tâchera de les dissocier, d'amener la glande au dehors de l'anneau et de refouler l'intestin vers le ventre; dans certains cas de grande mobilité du testicule, on y parvient et l'on place un bandage en fourche dont la partie pleine appuie sur le trajet et maintient l'intestin, tandis que la partie évidée répond au testicule qu'elle enchâsse dans sa concavité. Mais si la dissociation ne peut se faire par le massage et si le bandage n'est pas toléré, il faut agir et ce n'est plus l'ectopie, mais la hernie qui règle la conduite du chirurgien. Si, sous le couvert de quelque pelote concave, il est possible d'attendre que l'âge de la migration spontanée soit passé, on attendra; mais un bandage assez lâche pour permettre à la glande de filer au-dessous de lui ne maintiendra guère la hernie pendant les crises et les efforts. La situation est donc précaire : aussi dès que l'ectopie semble définitive, se hâterait-on de recourir à une opération.

Cette opération en comporte deux : la fixation du testicule et la cure radicale. Nous avons décrit ailleurs la technique de la cure radicale; nous n'insisterons que sur la *célorrhaphie* ou mieux l'*orchidopexie*. Bien que celle-ci ait été pratiquée par Koch⁽¹⁾, de Munich, en 1820, et conseillée par Chélius⁽²⁾ en 1856, Curling l'avait répudiée et, pour la voir reparaître, il faut arriver à l'ère antiseptique : Annandale⁽³⁾, Max Schüller⁽⁴⁾, Nicoladoni⁽⁵⁾, Wood⁽⁶⁾ ont eu le mérite de l'exhumer. En France, Championnière, puis Tuffier y ont eu recours les premiers; le nombre des observations s'est multiplié depuis, et la seule thèse de Duchesne en renferme 55; plus tard, Paul Besançon en donnait, dans sa thèse, 19 cas inédits, dont la plupart avaient été observés par Jalaguier. Parallèlement au pli de l'aîne et à deux travers de doigt au-dessus de lui, on pratique une incision qui passe sur le grand axe de la saillie formée par le testicule. Cette incision, assez longue pour comprendre toute l'étendue du trajet inguinal, de l'orifice interne à l'orifice externe, s'incline

(1) KOCH, cité par Rosenmerkel, 1820.

(2) CHÉLIUS, *Traité de chirurgie*, 1850.

(3) ANNANDALE, *Edinburgh med. Journal*, 1876.

(4) MAX SCHÜLLER, *Centralblatt für Chir.*, 1881, p. 819.

(5) NICOLADONI, *Arch für klin. Chir.*, 1884, t. XXXI, p. 180.

(6) WOOD, *The Lancet*, 1888, t. I, p. 681.

vers le scrotum dont elle entame la partie supérieure; il lui faut cette dimension pour bien mettre à nu la glande et l'intestin s'il y a hernie concomitante, et pour manœuvrer à l'aise dans le champ opératoire. La peau est coupée et le trajet inguinal est ouvert, qui montre le cordon et le testicule dont les relations avec le conduit péritonéo-vaginal sont variables : tantôt, en effet, le conduit reste béant, tantôt la glande est contenue dans une vaginale distincte et il s'est oblitéré sur le cordon; Richelot⁽¹⁾ a insisté sur la nécessité de disséquer le conduit péritonéo-vaginal quand il existe; c'est le plus sûr moyen de bien libérer le testicule et d'assurer sa descente facile au fond du scrotum; c'est ensuite la meilleure méthode pour empêcher la reproduction de la hernie. « On commencera, dit Duchesne⁽²⁾, par inciser la tunique fibreuse commune au niveau de la partie supérieure du testicule, circulairement et avec la pointe du bistouri, en ayant soin de n'inciser qu'elle et de ne point blesser les éléments du cordon. On fend ensuite le sac sur le point opposé au cordon et l'on commence la dissection de la séreuse de préférence par le côté interne; la dissection par le côté externe expose à comprendre dans le décollement les parties cellulo-fibreuses qui adhèrent au cordon; l'isolement de la séreuse doit se faire aussi profondément que possible; le pédicule est ensuite lié et réséqué comme dans les cures radicales ordinaires; la partie de la séreuse qui est restée en rapport avec le testicule est fermée par des sutures et le testicule est dès lors contenu dans une vaginale distincte. Championnière et Schüller ont recommandé de sectionner toutes les fibres du crémaster pour rendre impossible toute réascension du testicule. » Le trajet inguinal est fermé par une suture exacte.

Le testicule est descendu dans les bourses : il suffit de fixer l'organe par deux fils de soie qui passent au travers de l'albuginée et qui enferment dans leurs anses les tuniques internes du scrotum sans y comprendre la peau : le point reste intérieur, suture perdue à l'abri de toute inoculation. A. Broca croit cette suture quelquefois dangereuse et toujours inutile; il se contente de la fermeture du trajet inguinal pour empêcher la réascension. Si une cavité n'est pas préformée pour recevoir le testicule, il faut en créer une et par section et par traction : au bistouri et au doigt, on fait une loge dans le tissu fibreux. Jalaguier fut arrêté par une membrane qu'il troua d'une boutonnière par laquelle il put introduire la glande. Wood aurait eu, dans trois cas, à lutter contre la brièveté du cordon qui, bien qu'en ait dit Chélius et Tuffier, peut être insuffisant; il dut dérouler la queue de l'épididyme pour permettre la descente du testicule. Il ne reste plus qu'à suturer la peau et à recouvrir la région d'un pansement peu irritant.

L'ectopie *pelvienne* échappe à toute intervention; cependant, lorsque, grâce à une gymnastique énergique, la glande s'engage dans l'orifice interne, il est permis de tenter une opération qui ne différera que peu de la précédente: l'incision devra être plus longue et il faudra, avant toute intervention, fixer le testicule qui pourrait s'échapper dans le ventre et ne pas être ressaisi. Monod et Championnière ont obtenu de bons résultats dans un cas semblable. Lorsque la palpation reste muette, est-on autorisé à chercher, au delà de l'orifice inguinal interne, une glande sans doute atrophiée, incomplète ou mal formée qui se

(1) RICHELÔT, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1889, p. 650.

(2) DUCHESNE, *loc. cit.*, p. 25.