

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<sup>(1)</sup>, de Munich, en 1820, et conseillée par Chélius<sup>(2)</sup> en 1856, Curling l'avait répudiée et, pour la voir reparaître, il faut arriver à l'ère antiseptique : Annandale<sup>(3)</sup>, Max Schüller<sup>(4)</sup>, Nicoladoni<sup>(5)</sup>, Wood<sup>(6)</sup> 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<sup>(1)</sup> 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<sup>(2)</sup>, 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 enserment 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 trouva 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.

dérobe dans les profondeurs du ventre? Peut-être devrait-on le tenter si l'enfant est cryptorchide : l'infécondité et même l'impuissance étant la conséquence de cette double ectopie pelvienne, une telle infirmité autorise un essai, même hasardeux. Dans son cas d'ectopie abdominale double où il existait une éventration concomitante, Guelliot pratiqua, du pubis à l'épine iliaque, une incision de 7 centimètres à un travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale; il parvint ainsi dans le péritoine, trouva la glande entourée d'un diverticule séreux qu'il ferma et dont il fit une vaginale au testicule; grâce à la longueur du cordon, il put refouler la glande et la faire passer au travers de l'anneau inguinal dilaté par une pince « manœuvrée comme un ouvre-gant »; puis il prépara une loge dans le scrotum où il refoula et fixa le testicule; le succès a été superbe. Cette opération paraît la plus complète qui ait été faite. Dans le cas de Championnière, de Monod, de Richelot, de Schwartz, l'organe s'engageait parfois dans la partie supérieure du canal. Routier<sup>(1)</sup> a vu un testicule, comprimé par les parois du trajet inguinal, très douloureux et qui ne pouvait être, par brièveté du cordon, refoulé vers le scrotum; notre collègue a repoussé l'organe dans le ventre et les souffrances cessèrent aussitôt. Nous ne savons s'il existe d'autres faits de ce genre.

L'ectopie périnéale doit être opérée. Avant l'ère antiseptique, on avait tenté de ramener l'organe dans les bourses : Partridge, en 1858, puis Curling, James Adam essayèrent, mais sans succès. Plus tard, en 1879, Annandale fit l'opération chez un enfant de trois ans et le résultat fut bon; Marshall, en 1885, Owen, en 1888, pratiquent sur le scrotum vide une incision au travers de laquelle ils peuvent atteindre le testicule, qu'il libèrent de ses adhérences; ils le ramenèrent sans difficulté dans le scrotum; mais, comme il reprenait sa position périnéale, on dut le fixer par une suture profonde. Ces orchidopexies ne donnent pas, au point de vue morphologique, des résultats parfaits et, presque toujours, la glande est à égale distance du pubis et du fond des bourses; à sa place nouvelle la glande n'est plus gênante et douloureuse; on sait que dans la plupart des cas elle a doublé ou triplé de volume, prenant un développement à peu près égal à celui d'un testicule du même âge descendu spontanément dans les bourses, ainsi que Jalaguier, Félizet, Monod, nous-même en avons fourni de nombreux exemples; il est donc permis d'espérer que la spermatogenèse s'accomplira d'une manière normale; mais on n'en est guère qu'aux conjectures, car, ou les opérés sont encore trop jeunes pour qu'on ait pu interroger avec fruit l'état fonctionnel de l'organe, ou bien l'ectopie était unilatérale et l'on ne sait pas si les animalcules sont fournis par les deux testicules. Néanmoins, Guelliot a publié dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, en mars 1895, les résultats éloignés de cette orchidopexie pour ectopie abdominale que nous avons signalés plus haut. Eh bien! le testicule opéré avait un volume normal; le poil poussait sur la peau pubienne correspondante, tandis qu'il manquait sur la région correspondante à la partie non opérée; enfin, le sperme contenait des animalcules.

(1) ROUTIER, Observation inédite. Communication orale, octobre 1898.

## II LÉSIONS TRAUMATIQUES

Ici se retrouve la division classique en *piqûres*, *coupures*, *plaies contuses* et *contusions*. Ces lésions, rares d'ailleurs, ne présentent que peu d'intérêt et les travaux qu'elles ont inspirés ne sont pas très nombreux; nous citerons cependant :

RIGAL, Recherches expérimentales sur l'atrophie du testicule consécutive aux contusions de cet organe. *Arch. de phys. norm. et pathol.* Paris, 1879, 2<sup>e</sup> série, t. VI, p. 155-171. — RÉMY, Note histologique sur un cas d'orchite interstitielle traumatique, terminée par un fungus bénin. *Journal de l'anat. et de la phys.* Paris, 1880, t. XVI, p. 170-180. — MONOD, Contribution à l'étude de l'hématocèle traumatique du testicule. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1881, nouv. série, t. VII, p. 261-267. — DU MÊME, Note sur l'hématocèle vaginale traumatique expérimentale. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1880, 4<sup>e</sup> série, t. V, p. 248. — MONOD et TERRILLON, De la contusion du testicule et de ses conséquences. *Arch. gén. de méd.* Paris, 1881, p. 451, 444, 567, 692. — TERRILLON et SUCHARD, Recherches expérimentales sur la contusion du testicule. *Arch. de phys. norm. et pathol.* Paris, 1882, 2<sup>e</sup> série, t. IX, p. 525-555. — COUTAN, Contribution à l'étude de l'inflammation du testicule et de l'épididyme consécutive aux contusions de ces organes. Thèses de Paris, 1881. — ARTÉAGAS, Plaies du testicule. Thèses de Paris, 1885. — ESGUIBA, De l'orchite traumatique avec atrophie consécutive. Thèses de Montpellier, 1885. — MONOD et TERRILLON, Traité des maladies du testicule. Paris, 1889, p. 96. — GALESCO, De l'orchite chronique. Thèses de Paris, 1887.

Les *piqûres* sont presque toujours d'origine chirurgicale; la plupart des observations se rapportent à la pénétration du trocart dans les ponctions d'hydrocèle. Elles peuvent n'être que superficielles et l'albuginée seule être atteinte, mais il est des cas où la glande est transpercée. Velpeau cite même un fait où il croyait si bien à l'existence d'un kyste « qu'il tourna et inclina l'instrument dans toutes les directions, de manière que le parenchyme séminal dut être complètement broyé ». Une douleur vive, un écoulement sanguin qui rend opaque le liquide de l'hydrocèle opérée, sont en général les seuls signes. Mais, bien que la souffrance puisse être telle qu'une syncope en soit la conséquence, elle ne tarde pas à s'apaiser et la guérison survient sans accident. Il existe pourtant dans la science quelques cas de piqures malheureuses. Dans le fait de Velpeau, une inflammation intense fut le résultat de son broiement sous-albuginé; le malade guérit, mais avec une glande atrophiée; A. Cooper parle d'une inflammation et d'une suppuration violentes; de même dans une observation de Vidal de Cassis; mais ici le testicule était déjà malade, et lorsqu'il existe une dégénérescence organique du parenchyme, son inflammation, sa suppuration, sa nécrose peuvent se montrer au moindre prétexte.

Les *coupures* sont rares, et si nous laissons de côté les 400 cas de débridement de l'albuginée pratiqués par Vidal de Cassis au cours des vaginalites blennorragiques, les observations se bornent à quelques coups de sabre, ou à quelque incision malencontreuse dans des interventions pour une affection des bourses. Un écartement des deux lèvres de l'albuginée, un écoulement sanguin abondant sont la conséquence de la diérèse; on ajoute à ces deux signes l'expulsion graduelle des tubes séminifères à travers l'incision: ils forment comme un petit peloton couleur chamois ou café au lait qu'on a parfois décoré du nom