

préférence celui de Duplay qui, après avoir approfondi, s'il est nécessaire, la rigole urétrale par une incision pénétrant dans la cloison fibreuse interposée aux deux corps caverneux, suture l'un à l'autre les deux bords du corps spongieux avivés de manière à obtenir un canal complètement érectile.

L'épispadias complet, quoique réclamant des actes opératoires plus nombreux et plus complexes, est aussi susceptible de restauration tout aussi parfaite au double point de vue de la forme et de la fonction, grâce aux méthodes et procédés de Thiersch et de Duplay. Ces méthodes et procédés reposent sur le même principe que ceux employés pour la cure de l'hypospadias, à savoir agir par temps successifs, et se composent de trois actes chirurgicaux : 1° redressement de la verge ; 2° constitution d'un nouveau canal du gland à l'orifice épispadien ; 3° abouchement du nouveau canal à l'urètre postérieur nativement bien conformé.

IV. — FISTULES SOUS-PÉNIENNES. — Ces fistules ont été bien étudiées par René Le Fort dans son travail précédemment signalé. Si quelques-unes s'expliquent par le mécanisme de l'éclatement de Kauffmann et constituent des lésions congénitales, le plus grand nombre sont bien dues à des arrêts de développement, à des interruptions dans la fermeture de la gouttière urétrale, et rentrent dès lors dans la catégorie des malformations congénitales : aussi y a-t-il intérêt à rapprocher leur étude de celle de l'hypospadias et de l'épispadias. D'après René Le Fort, ces fistules comprennent plusieurs variétés : tantôt il n'existe qu'une simple ouverture s'ouvrant en un point quelconque du pénis, la partie antérieure du canal étant bien conformée ou oblitérée au niveau du méat, c'est là l'hypospadias complexe ; tantôt il existe un véritable canal latéral à l'urètre qui, lui, se trouve oblitéré en aval, c'est la fistule sous-pénienne proprement dite. A côté de ces deux variétés résultant de l'absence de soudure des bords de la gouttière urétrale en un de ses points ou de la rupture de sa paroi, il en existe une troisième dans laquelle le canal sous-pénien s'est formé aux dépens d'une inclusion de l'épithélium des bords des replis de la gouttière urétrale.

Ces fistules ne sont qu'une évolution des kystes du raphé génito-périnéal étudiés récemment par Mermet. Leur ouverture dans le canal et à la peau se fait en général à la faveur d'une inflammation ; aussi méritent-elles le nom de fistules secondaires par opposition aux fistules primitives, qui à la naissance même communiquent avec le canal. Les unes et les autres sont d'ailleurs très rares et constituent de véritables curiosités pathologiques.

V. — URÈTRE DOUBLE. — L'existence de deux urètres accolés et s'ouvrant l'un et l'autre dans la vessie est niée par la majorité des auteurs. Les exemples de ce vice de conformation rapportés jusqu'ici ne sont pour la plupart que des exemples de fistules péniennes décrites par René Le Fort et des canaux accessoires étudiés par Lejars¹. L'origine embryogénique de ces dernières se comprend sans peine, tandis qu'il est bien difficile d'expliquer la formation d'un double canal étendu aux trois segments de l'urètre dans un pénis unique. Cependant Meisels² a publié deux faits de duplicité de

⁽¹⁾ LEJARS. *Annales des mal. des org. génitaux*, 1888.
⁽²⁾ MEISELS. *Wiener med. Wochenschrift*, 1895.

l'urètre paraissant bien authentiques, et depuis Stochman¹ et Low² en ont rapporté chacun un cas.

VI. — ABSENCE TOTALE OU PARTIELLE DE L'URÈTRE. — Ce vice de conformation extrêmement rare surtout dans le sexe masculin se lie presque toujours à l'absence ou au développement rudimentaire de la verge, et nous ne reviendrons pas sur ce que nous en avons dit à propos des malformations du pénis.

VII. — IMPERFORATIONS ET OCCLUSIONS DE L'URÈTRE. — Avec Guyon, on doit distinguer d'abord les occlusions, qui résultent de ce que la muqueuse du gland passant comme un pont au-devant du méat le voile complètement, ou ne laisse d'autres vestiges de sa présence qu'une légère dépression en cul-de-sac. C'est là la variété la plus fréquente. Celles qui sont constituées par la muqueuse de l'urètre tendue à la façon d'un diaphragme dans la continuité du canal sont rares, et on ne connaît que les cas de Duparque, de Zöhrer et de Gourdon. Rares aussi sont les occlusions par transformation de l'urètre en un cordon plein d'une plus ou moins grande longueur, puisque Guyon n'en a relevé que 8 cas.

Ces divers genres d'imperforations peuvent devenir chez le fœtus le point de départ d'accidents graves et même mortels ; c'est ainsi que dans une observation de Simpson la vessie se rompit et que, dans deux cas observés par Depaul et Lefour, la distension de la vessie, des uretères et des reins, devint une cause de dystocie. Parfois les dangers inhérents à l'occlusion sont en quelque sorte conjurés par l'existence d'un canal de dérivation, qui s'ouvre soit à l'ombilic (persistance du canal de l'ouraque), soit dans le rectum, soit en un point quelconque de la verge. Dans ce dernier cas, il faut se garder de confondre ces orifices anormaux de l'urètre imperforé en aval avec l'hypospadias et l'épispadias. Ces fistules congénitales par éclatement de l'urètre en arrière d'une oblitération sont d'ailleurs infiniment rares. Ce sont elles qui fournissent le plus sérieux appoint à la théorie mécanique de l'hypospadias et de l'épispadias formulée par Kauffmann après Duncan et Muller.

Les diverses variétés d'imperforations de l'urètre, occlusion du méat, cloisonnement dans la continuité du canal, substitution d'un cordon plein à la lumière urétrale, s'expliquent sans peine par l'embryologie. Elles résultent soit d'un arrêt du développement dans la constitution en gouttière puis en canal du sillon génital au niveau du pénis et du rempart balanique au niveau du gland, soit d'un défaut d'abouchement des trois segments constituant l'urètre définitif. Un bel exemple de cette malformation se trouve consigné dans le Bulletin de la société scientifique de l'Ouest pour l'année 1894 par MM. Herveau et Lautier. Chez un enfant nouveau-né atteint de rétention il existait au niveau du méat une mince pellicule l'obturant complètement, à la base du gland un second diaphragme valvulaire, enfin un troisième opercule un peu au delà du sillon périnéo-scrotal. Ces trois obstacles furent dans la même séance détruits à l'aide d'un stylet enfoncé avec quelque force presque sans effusion de sang et l'enfant urina par la suite sans difficulté.

⁽¹⁾ STOCHMAN. *Monatsbericht Hoch. u. sex. App.*, 1897.
⁽²⁾ LOW. *Wiener med. Wochenschrift*, 1900.

Traitement. — Les occlusions congénitales de l'urètre réclament, on le comprend, une intervention immédiate aussitôt après la naissance. Elle consiste dans la perforation du diaphragme membraneux à l'aide d'un bistouri ou d'un trocart lorsqu'il siège au méat, à l'aide d'un cathétérisme forcé mais prudent, lorsqu'il occupe la continuité du canal. Lorsqu'on se trouve en présence d'une transformation de l'urètre en un cordon fibreux d'une certaine longueur, l'affection est souvent au-dessus des moyens chirurgicaux; cependant il n'est pas impossible, croyons-nous, de tenter aujourd'hui à l'aide du bistouri et en s'aidant des divers procédés d'urétroplastie le rétablissement de la continuité du canal.

VIII. — RÉTRÉCISSEMENTS CONGÉNITAUX. — Ils sont infiniment rares et ont été même niés par un certain nombre de praticiens autorisés. Leur existence est cependant confirmée par quelques faits indiscutables, notamment par celui rapporté en 1895 à la Société anatomique de Paris par M. Guibé. Sur la pièce, provenant d'un enfant mort quelques heures après sa naissance, il existait à l'union de l'urètre antérieur à l'urètre postérieur un rétrécissement s'opposant au passage d'une sonde cannelée. D'après Getz (de Baltimore) il existerait fréquemment dans l'urètre de très légères strictures congénitales, qui passeraient inaperçues, mais constitueraient pour l'avenir une prédisposition fâcheuse. Chez les individus possédant de tels urètres, on verrait en effet la blennorrhagie et même de simples irritations de la muqueuse, comme celles produites par la masturbation, par le passage d'une urine pathologique, déterminer la production d'un rétrécissement, tandis que les porteurs d'urètres bien conformés échapperaient pour la plupart à cette complication.

La pathogénie des rétrécissements congénitaux, qui peut exceptionnellement se comprendre par l'hypertrophie des replis bordant les lacunes de Morgagni, comme dans un cas d'Oraison (de Bordeaux), trouve bien plus souvent son explication dans l'irrégularité de l'abouchement des divers segments embryogéniques de l'urètre. C'est en effet au point d'union de l'urètre prostatomembraneux que siègent dans la grande majorité des cas les strictures congénitales.

Ne déterminant en général aucun trouble fonctionnel, et c'est pour cela qu'ils sont le plus souvent ignorés, les rétrécissements congénitaux ne sont justiciables d'aucun traitement. S'ils apportaient des troubles à l'émission de l'urine, il serait évidemment indiqué de les sectionner, et leur forme valvulaire donne à penser que cette petite opération serait sans danger.

IX. — ÉTROITESSE DU MÉAT. — Cette malformation est assez fréquente. L'atrésie est dans la majorité des cas constituée par une valvule occupant la commissure inférieure, mais elle peut être aussi formée par un pertuis creusé en plein tissu spongieux. Chez les tout jeunes enfants, l'étréitesse du méat ne détermine que des troubles mécaniques de la miction, mais un peu plus tard il s'y joint des phénomènes réflexes, incontinence, rétention, névralgies vésicales et testiculaires, etc., analogues à ceux que nous avons signalés à propos du phimosis.

Pour remédier à tous ces inconvénients et accidents, il est nécessaire de pratiquer le débridement du méat atrésié. Cette petite opération se fait en

pratiquant sur la commissure inférieure moins vasculaire, plutôt que sur la supérieure, une incision soit à l'aide du méatotome à bascule de Civiale, soit plus simplement à l'aide d'un bistouri ou d'un ténotome boutonné. Il faut savoir que cette incision donne lieu à un écoulement sanguin abondant, mais qu'il est facile d'arrêter par une irrigation d'eau chaude et la compression. Un inconvénient de l'incision simple du méat est la soudure des lèvres incisées et partant la récurrence de la sténose; c'est pour la prévenir qu'il est bon de suturer la muqueuse de l'urètre à la muqueuse du gland en réalisant ainsi une opération analogue à la canthoplastie des ophtalmologistes.

X. — DILATATION CONGÉNITALE DE L'URÈTRE. — Guyon n'en relève que deux cas dans sa thèse: l'un observé par Hendriksz (d'Amsterdam), l'autre par Anger; Forgue en rapporte un troisième vu par Delbovier et cité par Depaul. René Le Fort, reprenant incidemment cette étude, n'a pas rassemblé moins de 14 cas bien authentiques de cette malformation.

Elle consiste dans l'existence d'une poche située au-dessous de la verge, se dilatant pendant la miction pour se vider artificiellement par la pression de l'urine qu'elle retient ensuite. Dans le cas d'Hendriksz seul il existait des replis valvulaires en aval de la poche, dans les deux autres aucun obstacle ne s'opposait à l'issue des urines; la dilatation ne semble donc point la conséquence d'une disposition mécanique, elle reconnaît plutôt pour cause l'absence de développement de la gaine spongieuse de l'urètre; car, dans tous les cas, la paroi de la poche était réduite à la muqueuse du canal et aux téguments. René Le Fort l'explique par la distension, sous la pression de l'urine, de la paroi d'un de ces canaux sous-péniens, borgnes internes, précédemment signalés.

Cette malformation, qui ne saurait compromettre l'existence, fut guérie chez le petit malade d'Hendriksz par la résection d'une portion suffisante des parois de la tumeur et la suture séparée de la muqueuse et de la peau sur une sonde préalablement mise à demeure dans le canal.

XI. — LÉSIONS INFLAMMATOIRES. — En dehors des vices de conformation, la pathologie de l'urètre chez l'enfant se réduit presque exclusivement aux phlegmasies de ce canal. Sans doute on peut observer dans le jeune âge comme dans le reste de la vie des lésions traumatiques diverses du canal, des corps étrangers venus de l'organisme ou introduits par le méat, des rétrécissements, etc.; mais toutes ces affections sont justiciables des principes généraux de la thérapeutique urinaire et elles ne sont la source d'aucune autre indication particulière que celle résultant du petit volume de l'organe.

XII. — URÉTRITES. — Les urétrites méritent une description particulière dans le chapitre des affections acquises de l'urètre chez l'enfant, en raison surtout des problèmes que soulève leur étiologie et de l'importance qu'elles ont en médecine légale.

Signalées par Hunter et Swiedaur à la fin du xviii^e siècle et bien étudiées par Rayer au commencement du xix^e, elles étaient considérées par ces auteurs comme des inflammations non virulentes, résultant du retentissement sur la muqueuse urétrale d'une phlegmasie d'un organe ou d'un appareil plus ou moins éloignés de la zone génito-urinaire (urétrite sympa-

thique de la dentition par exemple), ou d'une affection générale inflammatoire banale (urétrite métastatique), ou constitutionnelle (urétrite lymphatique ou scrofuleuse). Cependant Rayer admettait l'existence chez l'enfant d'urétrites virulentes.

L'avènement de la bactériologie a permis dans ces dernières années seulement d'établir sur des bases solides la classification des écoulements urétraux infantiles. Cette question d'abord étudiée à l'étranger par Cseri¹ et par Rona², a fait l'objet tout récemment dans notre pays de la thèse inaugurale de Genevoix³.

Divisant avec cet auteur les urétrites infantiles en urétrites non gonococciques et urétrites gonococciques, nous leur consacrerons deux paragraphes.

§ I. **Urétrites non gonococciques.** — *Étiologie.* — Un premier groupe étiologique est fourni par le traumatisme sous toutes ses formes : marche prolongée, course ayant déterminé le frottement de la verge par des vêtements trop serrés, exercice de la bicyclette (Béry), etc. Dans cet ordre de cause rentrent le cathétérisme mal fait, les injections irritantes, le séjour dans le canal d'une sonde à demeure ou d'un corps étranger pathologique (calcul) ou accidentel. On comprend que l'onanisme, à la suite de l'excitation, entretenue dans tous les tissus de la verge par ses manœuvres répétées, détermine l'infection du canal par l'intermédiaire de ses saprophytes ou des germes extérieurs transportés au niveau du méat par la main polluante. Les chances de l'infection sont encore plus grandes et la contamination peut même se faire directement lorsqu'il existe une inflammation des organes génitaux externes, telle que l'herpès (Diday), l'impétigo (Descottes, Koplik), l'eczéma.

Les urétrites, dont nous venons de mentionner l'étiologie, peuvent être appelées urétrites de cause externe par opposition aux urétrites de cause interne que nous allons maintenant signaler. Comme le dit Faitout dans une bonne revue sur les urétrites non gonococciques : « elles sont ou liées à un état général, une diathèse, ou bien dues à des ingesta qui peuvent être des aliments, des médicaments à dose raisonnable ou toxique ». Les états constitutionnels, comme la goutte (Legendre, chez un garçon de 14 ans), le rhumatisme (Martineau, Riel, Jullien, chez des jeunes gens), les maladies infectieuses comme la fièvre typhoïde, les oreillons (Barthez et Sanné), agissent par l'intermédiaire de l'urine, du sang ou des autres humeurs soit en modifiant le milieu urétral et en le rendant vulnérable aux organismes, ses hôtes habituels, soit en important à la surface ou dans l'épaisseur de la muqueuse leurs germes spécifiques. C'est aussi par les altérations apportées à la composition des urines que l'ingestion de certains aliments et boissons (asperges, oseille, cresson, raifort, poivre, moutarde, excès de bière, vin blanc, cidre, etc.), ou de certains médicaments (sels de potasse, scille, vins diurétiques à base de cresson, cochléaria, raifort (Desruelles), préparations

(¹) CSERI. *Wien. med. Presse*, XXVII, p. 408-410.

(²) RONA. *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, Wien and Leipzig, 1895, t. XXV.

(³) GENEVOIX. *Les urétrites chez les petits garçons*. Th. de la faculté de Paris, 1904.

arsenicales (Rousseau Saint-Philippe, Delieux de Savignac, Delacour), huile de foie de morue accidentellement cantharidée (Boutin), détermine la supuration de l'urètre en rendant tout à coup offensifs les germes pathogènes.

Les urétrites tuberculeuses doivent prendre rang dans cette catégorie des urétrites de cause interne. Les travaux de Noël Hallé et de Moty et les observations de Bérard et Trillat, de Moizard et Bacaloglu ne permettent plus d'en contester l'existence. Notons cependant qu'elles sont rares et surviennent toujours secondairement à une infection bacillaire de l'appareil génito-urinaire.

Les urétrites non gonococciques, dénommées par les anciens urétrites réflexes, que l'on voit survenir pendant la période de la dentition et lorsque les enfants sont atteints d'oxyures, peuvent s'expliquer par la perturbation que ces phénomènes physiologiques ou pathologiques apportent dans les humeurs de ces jeunes organismes.

Symptômes. — Les urétrites infantiles, non gonococciques, se caractérisent toutes cliniquement par la rapidité de leur évolution. S'allumant en général sans période d'incubation, elles s'éteignent pour ainsi dire du jour au lendemain aussitôt qu'est supprimée la cause qui leur a donné naissance. Elles ne passent ainsi presque jamais à l'état chronique et restent le plus souvent cantonnées à l'urètre antérieur. On peut cependant observer chez les diathésiques la propagation à l'arrière-canal et des complications de cystite, d'urétrite et de pyélonéphrite.

Les caractères physiques de l'écoulement diffèrent peu de ceux de l'urétrite des adultes, et il serait téméraire de vouloir le différencier par son abondance, sa consistance fluide, son aspect séreux ou séro-purulent, sa coloration moins verte; l'examen bactériologique est le seul *criterium* qui permet de le reconnaître.

En général, la réaction inflammatoire locale est moins vive : il n'y a pas de tuméfaction du méat, de gonflement du gland, d'œdème du prépuce, de lymphangite de la verge; les douleurs de la miction sont moins aiguës.

Le pronostic des urétrites de l'enfance est peu grave pour le moment et aussi pour l'avenir, car elles ne deviennent pas le point de départ de rétrécissement. Cependant cette complication aurait été signalée à la suite de l'urétrite tuberculeuse infantile.

Traitement. — Le traitement, des plus simples, doit d'abord consister dans la suppression de la cause. Quelques bains locaux émollients et antiseptiques, à la solution boriquée particulièrement, au besoin des injections de solutions légèrement cathartiques, ou astringentes, suffiront à dessécher le canal si, la cause supprimée, l'écoulement tardait à disparaître.

§ II. **Urétrites gonococciques.** — Grâce au travail de Genevoix nous pouvons en donner une étude didactique.

Étiologie. — L'urétrite blennorragique serait beaucoup moins fréquente en France qu'en Allemagne et en Amérique, ce qui sans doute tient à ce que l'attention des médecins de notre pays n'est attirée que depuis peu de temps sur ce point de pathologie infantile.

D'après Moncorvo (de Rio-de-Janeiro) la blennorragie génitale se ren-

contrerait chez les enfants des deux sexes dans la proportion de 1 garçon pour 5 filles.

Bien que pouvant s'observer à tous les âges de l'enfance l'urétrite gonococcique des petits garçons se rencontrerait plus particulièrement de 5 à 4 ans et de 9 à 12. La raison en est pour les tout jeunes enfants que les femmes perverses, qui les contaminent, s'adressent à des petits encore incapables de faire le récit de l'attentat dont ils sont victimes, mais ayant des organes génitaux suffisamment développés, et pour les plus âgés qu'ils peuvent se livrer volontairement au coït par suite de précocité sexuelle ou d'entraînement vicieux.

La contamination de l'urètre des petits garçons, tout comme celle de la vulve chez les petites filles, peut se faire en dehors de tout acte vénérien par l'apport des gonocoques sur la face interne du prépuce, le gland et le méat à l'aide d'un contact quelconque. Cette contamination masculine est toutefois moins fréquente que la contamination féminine. On l'a vue se produire à la suite du partage d'un lit avec une personne atteinte de blennorragie, à la suite du port d'un caleçon infecté (Fraser Harris). Dans la grande majorité des cas l'urétrite gonococcique des petits garçons est le résultat d'un coït infectant volontaire ou involontaire (attentat à la pudeur).

Symptomatologie. — Les caractères de l'écoulement blennorragique infantile sont ceux de l'écoulement des adultes : séreux au début, puis très rapidement crémeux, jaune verdâtre pour devenir au déclin moins épais et moins foncé. En raison du développement du prépuce presque toujours prononcé dans le jeune âge et de l'étrécissement relative de son orifice, le pus a de la tendance à stagner dans le sac préputial et partant à déterminer de la balano-posthite, de l'œdème du fourreau et du phimosis. La miction toujours douloureuse est accompagnée parfois de souffrance atroce au point que l'enfant se retient le plus possible d'uriner (Viger). Chaumier a observé dans un cas de l'incontinence d'urine. Rôna et Bouillet signalent des érections persistantes et pénibles.

L'évolution de la blennorragie de l'enfant ne diffère guère de celle de l'adulte. La durée varie de 4 ou 6 semaines à 2 ou 3 mois. Elle peut passer à l'état chronique et durer près de 2 ans (Moncorvo).

Toutes les complications sont susceptibles de se rencontrer. Notons l'œdème du prépuce et la lymphangite (Rôna); l'adénite inguinale (Bouillet); la cystite du col (Rôna, Viger, Moncorvo); l'épididymite rarement. Des rétrécissements ont été rencontrés par Kammer, Bokay, Rôna. Le rhumatisme blennorragique est tout à fait exceptionnel, mais en revanche l'ophtalmie purulente est très fréquente.

Diagnostic. — Si le plus souvent il est facile de reconnaître l'existence de l'urétrite blennorragique des petits garçons, la coexistence d'un phimosis, d'un œdème prononcé du prépuce jointe à l'indocilité du malade ne permettant pas de découvrir le gland rend assez souvent ardu le diagnostic avec la balanite. L'examen bactériologique a une importance capitale, et seule la constatation des gonocoques est susceptible de faire affirmer la nature blennorragique de l'écoulement. Ce premier point doit d'abord

être élucidé par le médecin légiste, mais il lui faut ensuite chercher l'origine de l'infection. Pour remplir sans parti pris sa tâche, il se rappellera que le petit garçon peut être contaminé accidentellement en dehors de tout acte vénérien, et que lorsque celui-ci a été commis, il peut l'avoir été volontairement par précocité sexuelle avec des petites filles également irresponsables ou involontairement à la suite d'attentat.

Traitement. — Les recommandations et prescriptions relatives à la prophylaxie se déduisent naturellement de ce que nous connaissons des causes et moyens de contagion. Quant au traitement curatif, il ne diffère de celui de la blennorragie des adultes que par les doses des médicaments tant externes (injections) qu'internes (suppressifs). Empruntons à Genevoix en terminant les formules suivantes qui, selon lui, seraient bien supportées par les enfants.

| | |
|-------------------------------|------------|
| 1° Extrait de cubèbe. | 1 partie. |
| Poudre de sucre | 7 parties. |
| Poudre de gomme | 2 parties. |

4 cuillerées à café par jour dans un peu d'eau.

| | |
|--|---------------|
| 2° Copahu solidifié officinal. | 0,50 centigr. |
| Cubèbe | 0,20 centigr. |

Pour une pilule. A 4 ans, 4 par jour dans de la confiture.

SCROTUM

I. — VICES DE CONFORMATION. — Il convient de distinguer, dans l'étude des vices de conformation du scrotum, ses arrêts de développement proprement dits, et son absence de déroulement.

Les arrêts de développement se lient intimement à l'évolution de l'urètre, et nous n'avons pas à revenir sur ce que nous avons dit à ce sujet à propos de l'hypospadias périnéo-scrotal. Rappelons seulement que, dans cette malformation, les deux replis génitaux non venus à coalescence forment, de chaque côté du pénis atrophié et dépourvu d'urètre, un relief rappelant tout à fait les grandes lèvres. L'aspect des organes génitaux externes chez les jeunes enfants mâles ainsi vicieusement conformés est à première vue celui que présentent les petites filles, et, comme nous l'avons dit plus haut, ainsi s'expliquent les erreurs de sexe commises par des observateurs inattentifs. Considérés souvent comme de vrais hermaphrodites, ces sujets ne doivent en réalité que figurer dans le cadre de l'hermaphrodisme apparent ou pseudo-hermaphrodisme externe.

L'absence de déroulement du scrotum est la conséquence de l'arrêt des testicules dans leur migration. Même lorsque ces deux organes sont retenus à l'anneau inguinal ou dans un point plus élevé de leur trajet, il est rare que le scrotum fasse complètement défaut, seulement il se présente sous l'aspect d'un sac rudimentaire et ratatiné au-dessous de la verge. Le raphé médian existe toujours, mais il est déjeté du côté opposé au testicule descendu, lorsqu'un seul a effectué sa migration complète.