

permet de fixer le testicule à sa place et de faire la cure radicale de la hernie. Il va sans dire que cette opération ne sera pas pratiquée dans les premiers temps de la vie, mais différée à l'époque où l'âge et la force de l'enfant autorisent les interventions chirurgicales.

MALADIES DU TESTICULE

I. — VICES DE CONFORMATION ET ANOMALIES. — Nous ne nous occuperons dans ce paragraphe, consacré aux vices de conformation et anomalies des testicules, que des arrêts que subissent ces organes dans leur migration, c'est-à-dire de leur ectopie et des changements de rapports que les testicules descendus peuvent présenter avec les parties voisines, c'est-à-dire l'inversion.

L'*hypertrophie* et l'*atrophie testiculaires* congénitales, affections d'ailleurs très rares, ne révèlent leur existence qu'à la puberté, aussi n'avons-nous pas à en parler. Il en est de même de l'*absence réelle* de l'un ou des deux testicules ou *anorchidie vraie*, qui ne peut être sûrement distinguée de la cryptorchidie qu'à l'autopsie. Quant à la *polyorchidie*, on ne connaît de bien authentique jusqu'ici que le cas de Blasius. Enfin la soudure des deux testicules dans le scrotum ou *synorchidie*, que l'on observe normalement chez les kangourous, n'a pas encore été nettement démontrée dans l'espèce humaine.

II. — ECTOPIE. — Quelle que soit la théorie que l'on admette (théorie de l'inégal développement des organes placés au-dessus et au-dessous des testicules invoquée par Robin, Sappey, E.-H. Weber, Cleland, Kölliker, Hertwig et plus récemment par Bramann, ou théorie de la contraction active du *gubernaculum testis* soutenue par Debierre et Pravaz), le testicule, primitivement formé à la face interne du corps de Wolff dans la région lombaire, subit un mouvement de migration progressif et continu, qui l'amène dans les bourses au moment de la naissance. Cet organe parcourt ainsi diverses étapes au cours desquelles il peut subir un temps d'arrêt temporaire ou définitif : on dit alors qu'il est en ectopie.

L'ectopie abdominale et l'ectopie inguinale sont de beaucoup les plus fréquentes : cette dernière, d'après Godard, se rencontrerait 50 fois sur 44 cas, tandis que la première ne compterait que pour 7. Mais à côté de ces ectopies, que permettent de comprendre les théories de la migration des testicules précédemment rappelées, il en est d'autres plus difficiles à interpréter : ce sont les ectopies extra-abdominales d'Englisch, dans lesquelles le testicule, après avoir franchi le canal inguinal, au lieu de descendre dans le scrotum, s'arrête dans le pli cruro-scrotal ou se dévie par suite d'insertion vicieuse du *gubernaculum testis*, ou par toute autre cause encore mal déterminée, du côté du triangle de Scarpa ou du côté du périnée.

Les ectopies cruro-scrotale, crurale, périnéale, sont rares et ne présentent qu'un faible intérêt en pathologie infantile, aussi ne faisons-nous que signaler leur existence. Il en est de même de l'ectopie abdominale, dont les accidents, lorsqu'ils se produisent, se manifestent en général après la puberté.

Mais nous devons traiter avec quelques détails de l'*ectopie inguinale*, qui devient souvent dès la naissance et pendant toute la durée de l'enfance la

source d'indications thérapeutiques aussi délicates à déterminer qu'à remplir.

Pathogénie. — Comme nous l'avons dit, cette variété d'ectopie est de beaucoup la plus fréquente. L'influence de l'hérédité sur sa production ne saurait être contestée, mais ses causes nous échappent complètement. Outre l'insuffisance des contractions du *gubernaculum* et de son allongement proportionnellement au développement de la région sous-ombilicale dont parle Godard, outre les adhérences inflammatoires que le testicule peut contracter au cours de sa migration, on a encore invoqué avec Hunter l'hypertrophie de la glande et avec plusieurs autres auteurs l'étroitesse du trajet inguinal et surtout de son orifice sous-cutané¹.

Avec A. Broca et Bezançon, nous croyons que cette dernière disposition est rare et que, ainsi que le fait remarquer ce dernier auteur, « la trop grande largeur de cet anneau est une cause prédisposante au testicule flottant, en lui ouvrant une route de retour vers le trajet inguinal ».

Anatomie pathologique. — Le testicule peut être arrêté à l'orifice interne ou sous-péritonéal du canal inguinal, dans son trajet, ou à son orifice sous-cutané ; de là trois variétés d'ectopie inguinale : interne, interstitielle et externe. Il est des cas dans lesquels le testicule ectopie est coiffé de son épидидyme et muni de son canal déférent, comme il l'est normalement dans le scrotum ; dans d'autres, l'épididyme et le canal déférent sont descendus dans les bourses, et reliés à la glande par les canaux efférents déroulés. Les divers éléments du cordon groupés autour du déférent conservent leurs rapports normaux. Les auteurs sont divisés sur la question de savoir si le cordon est originellement trop court, ou s'il le devient consécutivement par suite des adhérences que ses replis contractent entre eux et avec les parois du canal inguinal. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'à côté des enfants chez lesquels la brièveté du cordon s'oppose à la descente du testicule, même après l'opération, il en est d'autres chez lesquels le cordon reste suffisamment long et dont le testicule n'en habite pas moins le trajet inguinal.

Le péritoine accompagnant le testicule en ectopie inguinale lui constitue une tunique vaginale, qui, le plus souvent, reste ouverte du côté de la séreuse abdominale. Lorsque l'épididyme descend dans le scrotum, la vaginale l'accompagne et se continue avec la vaginale testiculaire proprement dite par un orifice parfois étroit et d'autres fois largement ouvert. De l'existence de ce sac séreux, il résulte que le testicule est très mobile et peut même être amené au fond des bourses, pourvu que la laxité du cordon le permette. Une des complications fréquentes de l'ectopie inguinale, qui tient à la communication de la vaginale avec le péritoine, est la hernie congénitale intestinale, épiploïque ou intestino-épiploïque. Elle est dite funiculaire si elle occupe la partie supérieure du conduit péritonéo-vaginal ; testiculaire, si l'intestin vient se mettre en contact avec le testicule ; vaginale sous-

⁽¹⁾ On désigne sous la dénomination de *monorchidie* ou de *cryptorchidie simple* l'état d'un individu dont un des testicules est absent des bourses ; l'expression de *cryptorchidie* s'applique à l'état dans lequel les deux testicules sont absents des bourses. L'expression d'*anorchidie simple ou double* employée pour dénommer ces états est incorrecte ; si on voulait la conserver il faudrait y ajouter l'épithète d'*apparente*.

testiculaire, si l'intestin passant au delà du testicule descend dans le fond du scrotum.

Un fait important, bien mis en relief par les recherches de Bezançon, qui sont venues confirmer celles de plusieurs autres auteurs, c'est que les testicules en ectopie inguinale conservent chez les enfants leur intégrité anatomique, en sorte qu'ils « ne semblent pas loin de pouvoir fonctionner, surtout si l'on pouvait les amener dans le scrotum ». On sait, d'après Monod et Arthaud, Tuffier et autres, qu'il n'en est pas de même chez les adultes, dont les testicules ectopiés subissent la dégénérescence scléreuse et cessent de sécréter les spermatozoïdes.

Symptômes. — La vacuité du scrotum, la présence dans un point du trajet inguinal d'une tumeur ovoïde, se déplaçant plus ou moins facilement dans le sens de ce trajet, et faisant naître à la pression une douleur particulière, sont les signes caractéristiques de l'ectopie testiculaire inguinale. Le diagnostic ne présente donc aucune difficulté, et ce n'est qu'un examen superficiel qui pourra faire prendre le testicule ectopié pour un ganglion ou une hernie. Bien que, chez les enfants, la cryptorchidie inguinale ne se traduise que par des modifications de l'habitus extérieur, beaucoup moins sensibles que chez l'adolescent et l'adulte, on a noté chez certains un arrêt dans le développement physique, portant dans les cas de monorchidie sur le côté correspondant au testicule ectopié, de la polysarcie (Le Dentu), de l'hypertrophie mammaire (M. Laugier).

Le testicule en ectopie inguinale devient souvent le point de départ d'accidents et de complications, à la vérité moins fréquents et moins graves dans le jeune âge que plus tard, mais que nous devons néanmoins signaler. Ce sont d'abord des phénomènes nerveux bien étudiés par Bezançon consistant en bizarrerie et inégalité du caractère, en impressionnabilité excessive, en féminisation des sentiments. Certains sont sujets à des absences, à des vertiges, à des pertes de connaissance, à des convulsions épileptoïdes, etc. S'il est vrai que bon nombre d'enfants ne souffrent aucunement de leur testicule ectopié, il en est aussi beaucoup qui éprouvent des souffrances sourdes, continues, et des douleurs vives et de durée variable, lorsqu'ils se tiennent longtemps debout, qu'ils marchent et éprouvent en un mot quelque fatigue. Ces accidents douloureux s'observent principalement chez les petits malades dont le testicule très mobile va et vient dans le trajet inguinal et chez ceux qui ont des hernies concomitantes.

Un phénomène curieux signalé pour la première fois par Nicoladoni, et qui d'après Kocher se produit surtout lorsque le testicule ectopié est en inversion, c'est la torsion du cordon. A cette cause doivent être attribuées en partie, outre les phénomènes douloureux précités, l'inflammation, la suppuration et même la gangrène du testicule que l'on observe parfois. Les traumatismes accidentels ou chirurgicaux, tels que ceux produits par un bandage non approprié, sont aussi capables, cela va sans dire, de provoquer des orchites.

Le pronostic de l'ectopie inguinale uni ou bilatérale chez les enfants est bénin en ce sens qu'elle ne compromet pas l'existence, mais il comporte

quelques réserves en raison de la possibilité des accidents et complications que nous venons de signaler, et auxquels il faut joindre la prédisposition de la glande aux dégénérescences néoplasiques malignes.

Traitement. — Les indications thérapeutiques de l'ectopie testiculaire inguinale doivent être envisagées, comme le fait Bezançon, dans les trois cas suivants: ectopie sans hernie; ectopie avec hernie; ectopie avec accidents et complications. Dans le cas d'ectopie sans hernie, il faut tout d'abord s'efforcer, comme le conseillent Monod et Terrillon, Tuffier, Jalaquier, de favoriser la descente de la glande dans les bourses par des manipulations et des pressions exercées doucement à sa surface, aidées d'exercices corporels modérés, de massage de l'abdomen, d'une ceinture ventrière compressive. Lorsque le testicule a été ainsi entraîné hors du canal, ou que nativement il était situé au-dessous de l'anneau, il est bon de l'empêcher d'y remonter en comprimant ses parois à l'aide d'un bandage à large pelote ou en fourche. Par ces moyens de douceur, on réussit d'autant plus souvent à amener le testicule dans le scrotum, qu'il n'est pas rare de voir cet organe accomplir spontanément sa migration dans la première année. Après un an, cette migration spontanée est exceptionnelle, mais, à la puberté, elle s'accomplit encore assez souvent. On comprend que l'incertitude où l'on est de l'époque à laquelle le testicule a perdu toute chance de descendre seul dans les bourses embarrasse fort le chirurgien pour déterminer l'âge auquel il convient d'intervenir opératoirement. Si rien n'oblige à une intervention plus hâtive, c'est croyons-nous à l'approche de la puberté qu'il convient de pratiquer l'orchipexie. Parmi les causes qui peuvent déterminer à intervenir plus tôt, il ne faut pas oublier les troubles physiques et intellectuels que l'ectopie double est susceptible de produire.

Lorsque l'ectopie se complique de hernie, la conduite des chirurgiens de l'époque antérieure à l'antisepsie, celle recommandée par Gosselin, ne saurait être acceptée de nos jours. La doctrine était alors, en effet, ou de ne rien faire ni contre la hernie, ni contre le testicule ectopié, ou de sacrifier ce dernier, soit en le repoussant dans le ventre, soit en le comprimant pour maintenir la hernie. Actuellement tous les auteurs sont d'accord pour pratiquer la cure radicale de la hernie et fixer le testicule après mobilisation dans le fond des bourses. Dans certains cas exceptionnels, lorsque la glande s'oppose à la réduction de l'intestin, lorsqu'elle est douloureuse ou qu'on suppose qu'elle pourra le devenir, lorsqu'elle est complètement atrophiée, on est autorisé à la sacrifier. En raison des accidents dont la hernie peut devenir le siège, et pour se mettre à l'abri des entraves que des adhérences inflammatoires du cordon pourraient apporter à la libération et à la mise en place du testicule, nous pensons que, sans opérer dans le premier âge, il convient de ne pas trop tarder et d'agir dès que l'état de l'enfant semblera pouvoir le permettre.

Aucune règle absolue relative à l'âge de l'enfant, ou au mode opératoire, ne saurait être formulée lorsque surviennent les accidents précédemment signalés de l'ectopie inguinale. Sans parler du traitement de l'inflammation du testicule, qui dans l'espèce n'est l'objet d'aucune indication particulière,

il est évident que, si la suppuration s'en empare et s'il se développe de la péritonite, il faut intervenir au plus vite pour évacuer le pus, enlever le testicule si besoin est, ouvrir le péritoine s'il est infecté et le laver. La douleur est de tous les accidents celui qui réclame le plus souvent l'intervention. La fixation du testicule à sa place normale ou orchidopexie ne la fait pas toujours cesser, et dans certains cas il faut avoir recours à la castration.

LÉSIONS INFLAMMATOIRES ET ORGANIQUES

I. — ORCHITES ET ÉPIDIDYMITES. — Chez l'enfant comme chez l'adulte, l'inflammation du testicule et de l'épididyme peut être traumatique ou d'origine urétrale, à la suite de toutes les irritations du canal et en particulier de la masturbation, mais dans la grande majorité des cas elle survient au cours d'une maladie infectieuse, telle que les oreillons, la varicelle, la scarlatine, le typhus. Chose digne de remarque, elle serait très rare, si même elle se rencontre, dans la rougeole. Les oreillons qui, on le sait, se compliquent si souvent d'orchite chez les adultes, détermineraient assez rarement cette complication chez les enfants et les adolescents, d'après Crevoisier d'Hurbache (de Strasbourg) et Gintrac (de Bordeaux). Elle frappe le plus souvent un seul testicule et se termine presque toujours par l'atropie.

L'orchite variolique, si bien décrite par Béraud en 1859, est commune chez les enfants, où elle passe souvent inaperçue. Presque toujours bilatérale, elle revêt deux formes anatomiques : tantôt en effet les lésions portent surtout sur la vaginale et l'épididyme, périorchite ; tantôt elles sont à leur maximum dans le parenchyme de la glande. La première forme, de beaucoup la plus commune, se termine presque toujours par la résolution ; la seconde par la suppuration.

D'après Mollière et Augagneur, il n'existerait qu'une seule observation d'orchite scarlatineuse chez un enfant de 10 ans. L'inflammation était surtout caractérisée par l'abondance de l'épanchement dans la vaginale, épanchement qui se résorba très lentement.

II. — TUBERCULOSE DU TESTICULE ET DE L'ÉPIDIDYME. — *Étiologie.* — La tuberculose orchid-épididymaire ne serait pas beaucoup plus rare dans l'enfance qu'après la puberté, d'après Hutinel et Deschamps¹. Cependant Mollière et Augagneur réunissant les statistiques de plusieurs auteurs n'ont trouvé qu'un enfant sur 185 jeunes gens atteints de cette affection, et Jullien, sur 5566 enfants examinés à la consultation de l'hôpital Trousseau, n'en a observé que 17 cas. Le premier âge y semble plus prédisposé, car sur ces 17 enfants 6 avaient moins d'un an, 6 de 1 à 2 ans et 5 de 2 à 15 ans. Les circonstances rendant les tout jeunes enfants plus aptes à contracter la tuberculose testiculaire nous échappent, mais les observations de Giraldès, déjà, et celles plus récentes de Jullien, Launois mettent le fait hors de doute. Hutinel, avec quelques autres auteurs, pense que la tuberculose génitale infantile est très souvent transmise des parents à l'enfant, et Dreschfeld

⁽¹⁾ Étude sur la tuberculose du testicule chez les enfants. *Arch. gén. de méd.*, mars et avril 1891.

ayant observé un cas congénital invoque la translation des bacilles de la mère à l'enfant à travers le placenta. A un âge plus avancé on a accusé la fatigue, les exercices violents, les traumatismes, la masturbation, etc. Fait qui surprendra, mais qui pourtant est bien réel, c'est que tandis que le testicule ectopie est fréquemment atteint d'inflammation et de dégénérescences néoplasiques, il est rarement envahi par la tuberculose. Chez le plus grand nombre d'enfants porteurs de testicules tuberculeux, on rencontre des tubercules dans d'autres organes, et il est souvent difficile de dire si la manifestation testiculaire est primitive ou secondaire. Si l'on en croit Hutinel et Deschamps, les bacilles infectant la glande séminale proviendraient de la cavité intestinale et arriveraient aux testicules par la voie circulatoire.

Anatomie pathologique. — Il est rare que les deux testicules soient atteints et les lésions portent ordinairement sur le seul testicule gauche. L'infection, qui se fait par l'intermédiaire des vaisseaux sanguins et lymphatiques bien plutôt que par les voies spermatiques, débute dans le testicule lui-même et respecte longtemps l'épididyme. Le cordon peut être envahi, et encore cela est-il rare, mais la prostate, les vésicules séminales et la vessie demeurent presque toujours indemnes contrairement à ce que l'on observe chez l'adulte.

Nous n'avons point ici à discuter le point précis où colonisent d'abord les bacilles et où se développent les granulations tuberculeuses, ni à décrire les différentes phases d'évolution de ces dernières. Qu'il nous suffise de dire que les noyaux caséux n'atteignent qu'un faible volume et qu'ils sont dès leur formation entourés d'une zone fibroïde épaisse s'opposant à la destruction des tissus et à la production de ces vastes cavernes et de ces trajets fistuleux, qui serpentent dans les parois du scrotum et viennent s'ouvrir à sa surface en plus ou moins grand nombre. Cependant la fonte caséuse du testicule peut s'observer et l'élimination des produits tuberculeux par les fistules des bourses est un mode de guérison de la maladie ; mais le plus souvent l'organe se sclérose, s'atrophie et peut même disparaître insensiblement au centre du scrotum demeuré intact.

Symptômes. — La tuberculose testiculaire peut revêtir chez l'enfant comme chez l'adulte la forme aiguë ou la forme chronique. La forme aiguë, tuberculose galopante du testicule, orchite tuberculeuse, s'accompagne de tous les symptômes locaux et généraux des inflammations violentes du testicule. Ces symptômes durent seulement quelques jours, après lesquels la douleur, le gonflement du testicule diminuent, mais sans disparaître complètement. En quelques semaines, des foyers caséux peuvent se former à la suite de cet envahissement aigu de la glande par les bacilles et s'ouvrir à l'extérieur ; d'autres fois l'infection, bruyante à ses débuts, sommeille pendant de longs mois et des années et est depuis longtemps à l'état chronique lorsque le ramollissement et les fistules se produisent. Mais, dans la grande majorité des cas, la maladie revêt d'emblée la forme chronique, et s'installe insidieusement jusqu'à ce que le volume relativement énorme du testicule et la formation d'abcès attirent l'attention du petit malade ou de ses parents.

Diagnostic. — Le diagnostic de la tuberculose du testicule ne présente

guère de difficulté lorsque les foyers se sont ramollis et qu'il existe des fistules à la surface du scrotum, car il est peu d'affections de cette glande qui donnent lieu à pareille fistulisation. Lorsque les lésions se réduisent à du gonflement, à des bosselures de l'organe, il est parfois difficile de distinguer le testicule tuberculeux du testicule syphilitique. Les antécédents, fournis par l'examen des ascendants et l'état de santé général du petit malade, constituent les bases de ce diagnostic délicat.

Pronostic. — Le pronostic serait grave d'après Hutinel et Deschamps, puisque sur 9 de leurs malades il y aurait eu 6 morts. Par contre Jullien a pu suivre 9 de ses cas, qui ont tous guéri.

Traitement. — Le traitement doit être avant tout un traitement général : séjour à la campagne, au bord de la mer, vie au grand air, bains salés, etc. Ces mesures hygiéniques sont de beaucoup préférables aux médications antibacillaires troublant les fonctions de l'estomac, dont la conservation est si précieuse chez ces jeunes organismes qui se défendent surtout par l'excellence de leur alimentation et la régularité de leur nutrition. Cependant, on donnera avec avantage l'huile de foie de morue, les iodures, le phosphate de chaux, etc. Ce n'est que tout à fait exceptionnellement que se posera l'indication de la castration, lorsque par exemple le testicule sera en grande partie détruit par la caséification, et le plus souvent mieux vaudra recourir, pour tarir les fistules et foyers de suppuration, aux opérations économiques telles que la cautérisation et la résection des noyaux caséifiés.

III. — SYPHILIS DU TESTICULE. — Observée par un assez grand nombre de cliniciens, la syphilis du testicule chez l'enfant a été étudiée par Hutinel⁽¹⁾ dans un mémoire remarquable qu'ont complété les travaux de A. Fournier⁽²⁾, de Carpenter (de Londres)⁽³⁾, de Taylor (de New-York)⁽⁴⁾ et Seringe⁽⁵⁾.

Étiologie. — Un certain nombre d'observations de testicule syphilitique héréditaire avaient été déjà publiées tant en France qu'à l'étranger, lorsque Hutinel publia son travail. Suivant cet auteur, l'orchite syphilitique infantile serait beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement, car nombre de lésions spécifiques passant inaperçues en clinique sont révélées par l'histologie. Nous ignorons les conditions, qui déterminent les manifestations de l'hérédosyphilis sur la glande séminale. L'affection, qui quelquefois est constituée au moment de la naissance, se déclare le plus souvent du 2^e au 15^e mois. Quelquefois son apparition très tardive n'a lieu qu'à 16, 18, 20 ans.

Anatomie pathologique. — Ordinairement bilatérales, les lésions respectent en général l'épididyme, et, d'après Seringe, elles s'accompagnent d'hydrocèle dans la proportion de 25 p. 100. Cette fréquence conduit à se demander si bien des hydrocèles de l'enfance ne sont pas d'origine syphilitique.

A peine apparentes lorsqu'on regarde à l'œil nu une coupe de testicule, qui paraît seulement congestionnée, plus ferme et plus compacte, les alté-

(1) HUTINEL. *Revue mens. de méd. et de chir.* Paris, 1878, p. 107.

(2) A. FOURNIER. *Syphilis héréditaire tardive.* Paris, 1876.

(3) CARPENTER. *The Practitioner*, septembre 1892.

(4) TAYLOR. *New York med. Journ.*, 18 novembre 1895.

(5) SERINGE. *Thèse de Paris*, 1899.

rations ne se voient bien que par l'étude histologique. Elles portent exclusivement sur le tissu interstitiel, et celles qu'on observe du côté du tube séminifère sont secondaires résultant de l'étouffement de ces éléments nobles par la sclérose conjonctive. Le processus, ainsi que l'avait fait déjà remarquer Hutinel et comme l'ont confirmé les recherches de Pilliet et celles de Seringe, qui a plus spécialement porté son attention sur l'épididyme, est essentiellement sclérogène et aboutit à l'atrophie de la glande, ou haricocèle de Ricord. Cependant par exception il peut aboutir à la formation de gommés, dont Hutinel lui-même, Fournier, Bogdan, Carpenter ont rapporté quelques exemples, et même, mais tout à fait exceptionnellement, de fongus.

Symptomatologie et diagnostic. — Il est en général assez facile de reconnaître l'orchite syphilitique.

Les caractères particuliers que revêt le testicule joints à certaines manifestations cutanées de l'hérédosyphilis rendent ce diagnostic facile. C'est ainsi, dit Hutinel, que lorsque « un jeune sujet cachectique porte, autour de la bouche ou de l'anus, des fissures suspectes, sur les fesses ou sur les membres une éruption douteuse, s'il a les glandes spermatiques dures comme des billes, volumineuses et indolores, il n'est pas téméraire d'affirmer qu'il est syphilitique ». Lorsque les accidents cutanés font défaut, il est plus difficile de reconnaître la nature de l'affection et notamment de la distinguer de la tuberculose. Mais tandis que dans cette dernière les lésions sont le plus souvent unilatérales, elles sont presque toujours bilatérales dans la première. Dans la tuberculose l'épididyme est le plus souvent pris, le ramollissement caséux est fréquent, le cordon est infiltré; dans la syphilis les lésions restent cantonnées au testicule lui-même et évoluent vers l'atrophie. Le traitement lui-même peut servir de pierre de touche, car on sait que si l'iodure de potassium a une heureuse influence sur la régression des lésions syphilitiques il aggrave par contre celles de la tuberculose.

Pronostic. — Il est non seulement grave parce qu'il compromet à jamais la fonction de la glande séminale, mais encore parce qu'il conduit à une « véritable castration sous-albuginée » avec toutes ses conséquences, bien mises en relief par Variot et Bezançon, sur le développement de l'individu, qui risque de demeurer dans l'infantilisme.

Traitement. — Indépendamment du traitement préventif de l'hérédosyphilis, qu'on ne devra pas négliger d'instituer dès les premiers mois de la grossesse dans les cas d'infection suspecte chez les parents, on aura recours aussitôt que le diagnostic aura pu être porté après la naissance à l'administration des préparations mercurielles et iodurées par l'intermédiaire de l'organisme de la nourrice. Des frictions mercurielles, des médications internes à bases d'hydrargyre et d'iodure de potassium seront employées chez les enfants non allaités ou sevrés.

IV. — TUMEURS DU TESTICULE. — *Tumeurs bénignes.* — Toutes les variétés des tumeurs bénignes et malignes qu'on observe chez l'adulte peuvent se rencontrer chez l'enfant. Parmi les tumeurs bénignes dont le nombre est aujourd'hui bien moins considérable qu'il y a quelques années, car les progrès de l'anatomie pathologique en ont distrahit le tuberculome,

le syphilome, nous ne ferons qu'énumérer les kystes simples et les kystes par inclusions fœtales ou tératomes qui, bien que d'origine congénitale, ne révèlent leur existence qu'à une période assez avancée de la vie. Quant aux fibromes, enchondromes, myomes, ils se présentent rarement à l'état de tissu isolé dans le testicule de l'enfant comme dans celui de l'homme, et s'associent presque toujours à des éléments myxomateux, sarcomateux ou épithéliaux, qui en font des tumeurs mixtes et éminemment malignes.

Tumeurs malignes. — Les tumeurs malignes du testicule dans l'enfance forment un groupe clinique bien défini, mais qui comprend comme chez l'adulte des variétés histologiques nombreuses souvent associées pour former des tumeurs mixtes et complexes. Laissant donc de côté la description anatomo-pathologique du sarcome, du myxome, du lymphadénome, de l'épithéliome, du carcinome, nous ne nous occuperons que de l'histoire clinique de ces tumeurs que l'on peut placer sous l'étiquette commune de cancers.

Après l'œil, le testicule est chez l'enfant l'organe le plus fréquemment atteint de cancer. La néoplasie se développe surtout dans les premières années de la vie et peut même être congénitale comme dans le cas de Silcock et de Parker. L'hérédité joue un rôle incontestable dans leur étiologie, mais c'est tout ce que nous savons à ce sujet. Comme nous l'avons déjà dit, l'ectopie favorise la dégénérescence maligne de la glande spermatique.

Le testicule cancéreux se caractérise par l'existence d'une tumeur spontanément douloureuse et très rapidement volumineuse, englobant le testicule et l'épididyme, régulière à sa surface mais bientôt bosselée, de consistance inégale, distendant les bourses, qui se vascularisent et finissent par être absorbées par le tissu pathologique et s'ulcérer. Le cordon, qui reste longtemps sain, se prend à la longue et parfois bien après les ganglions de la fosse iliaque. A ce moment, la généralisation ne tarde pas à se produire et le petit malade succombe à la cachexie.

En général, la marche de l'affection est rapide.

Le pronostic est d'autant plus grave que la récurrence, même après une exérèse hâtive, est la règle. Le fait de Parker, dans lequel un myxocondrome chez un enfant de 5 ans, après castration ne récidiva pas, est tout à fait exceptionnel.

Si le diagnostic, au début du mal, peut présenter quelque incertitude avec le testicule tuberculeux et syphilitique, le développement rapide de la tumeur, l'envahissement des ganglions ne tardent pas à faire cesser toute hésitation.

Le seul traitement du cancer du testicule est la castration faite dès que le diagnostic est établi.

V. — MALADIES DU CORDON. — Au nombre des maladies du cordon, que la pathologie infantile nous offre à étudier, nous n'avons guère à décrire ici que les hydrocèles du cordon, dont nous avons déjà esquissé l'histoire à propos des maladies de la vaginale. Ces épanchements de sérosité se font dans la portion funiculaire du canal péritonéo-vaginal. Ils comprennent deux variétés : l'hydrocèle congénitale et l'hydrocèle enkystée ou kyste du cordon.

VI. — HYDROCÈLE CONGÉNITALE DU CORDON. — L'hydrocèle congénitale du

cordons forme une collection liquide occupant la portion funiculaire du canal péritonéo-vaginal, s'étant bien isolé de la vaginale par en bas, mais restant en communication avec la cavité péritonéale par en haut. Cette variété est relativement rare et elle simule souvent une hernie, car la tumeur qu'elle forme est allongée suivant le canal inguinal, molle, réductible et augmentant de volume lorsque le petit malade reste debout, qu'il fait un effort ou qu'il tousse. L'absence de fluctuation, le gargouillement, la réduction brusque et en masse sont les signes auxquels on reconnaîtra la hernie. Comme l'hydrocèle congénitale vaginale, l'hydrocèle congénitale funiculaire guérit souvent seule dans les premiers temps de la vie : que si elle persiste, son traitement ne diffère pas de celui de l'hydrocèle vagino-péritonéale.

VII. — HYDROCÈLE ENKYSTÉE DU CORDON. — *Pathogénie.* — L'hydrocèle enkystée ou kyste du cordon résulte d'une accumulation de sérosité dans le canal funiculaire fermé à ses deux extrémités. On ne saurait en effet accepter que sous toute réserve que cette tumeur se développe de toute pièce dans le tissu cellulaire du cordon. Quant à sa formation aux dépens des débris wolffiens et en particulier du corps innominé de Giraldès, elle ne saurait être acceptée que pour les kystes siégeant tout à fait au voisinage de la partie initiale du cordon, tout près de l'épididyme.

Anatomie pathologique. — Siégeant sous l'enveloppe fibreuse du cordon et le crémaster, l'hydrocèle enkystée du cordon constitue une tumeur à parois ordinairement minces, lisse à sa face interne, mais pouvant présenter des plis qui la cloisonnent et la divisent en loges indépendantes les unes des autres ou communiquant ensemble. Son contenu est le plus souvent une sérosité claire, citrine, mais il peut être épais, sirupeux, rougeâtre ou brunâtre à la suite de l'inflammation chronique et des froissements de la poche. Comme l'hydrocèle congénitale de la vaginale, l'hydrocèle enkystée du cordon se complique souvent de hernie.

Symptômes. — La conformation extérieure des kystes funiculaires varie suivant leur siège : sont-ils placés à la partie initiale du cordon, au-dessous de l'anneau sous-cutané du canal inguinal, ils sont arrondis et globuleux : dans le trajet inguinal, ils sont un peu allongés : cette dernière forme s'accroît lorsque la tumeur occupe à la fois et le trajet inguinal et la partie supérieure des bourses ; souvent alors ils sont bilobés. Quelle que soit leur configuration, les kystes du cordon sont tous rénitents, élastiques et assez souvent transparents. On peut leur imprimer certains mouvements de va-et-vient dans le canal et parfois les réduire complètement dans l'abdomen. Cette réductibilité peut en imposer pour une hernie, mais la forme généralement sphéroïdale de la tumeur kystique, son absence de pédicule, sa consistance ferme et résistante, sa transparence sont des signes qui permettront rarement l'hésitation. Dans le doute une ponction exploratrice lèvera toutes les difficultés.

Traitement. — Si l'hydrocèle enkystée du cordon ne disparaît pas spontanément dans les premiers temps de la vie ou ne cède pas aux applications résolutes, elle est justiciable des divers modes de traitement de l'hydrocèle vaginale et de l'hydrocèle funiculaire congénitales.