

la compression réciproque dans la marche et dans le croisement des membres inférieurs.

Le testicule est sujet à des anomalies de siège dont rend bien compte la migration de cet organe pendant la période fœtale (Voy. le chapitre *Développement des organes génito-urinaires de l'homme*). Lorsque le testicule n'occupe pas sa place habituelle dans le scrotum, on le dit en état d'*ectopie* (έξ, hors, τόπος, lieu). Les diverses espèces d'ectopie sont : abdominale, inguinale, crurale, cruro-scrotale et périnéale.

L'ectopie la plus fréquente et celle qui intéresse surtout le chirurgien est l'*ectopie inguinale*. J'ai déjà longuement insisté, en étudiant le canal inguinal, sur le rôle capital que joue cette anomalie du testicule sur la production de la hernie inguino-interstitielle.

Elle présente d'autres inconvénients : d'abord, le testicule est atrophié et ne jouit pas de ses propriétés fécondantes ; il est soumis à des contusions répétées qui déterminent une inflammation chronique ; l'orchite blennorragique, dont il peut être atteint, est plus grave que l'orchite habituelle ; on a signalé dans ce cas des phénomènes d'étranglement avec péritonite ; enfin, il semble bien démontré que le testicule ectopié est plus prédisposé au cancer qu'à l'état normal.

Il est possible que, naturellement ou sous l'influence de manœuvres prolongées : massage, port d'un bandage en fourche, le testicule reprenne sa situation normale ; aussi ne faut-il guère, à moins d'accidents aigus, songer à une intervention active avant l'âge de quinze ans. A partir de cet âge, on peut mettre à nu le testicule, l'attirer en bas et le fixer au fond du scrotum : c'est l'*orchidopexie*.

Je n'ai pas à discuter dans cet ouvrage la valeur de cette opération, qui est encore, à l'heure actuelle, fortement mise en doute. Je dois dire, toutefois, qu'elle est rationnelle et doit être appliquée lorsque les incisions nécessaires pour libérer le testicule ne privent pas cet organe de ses principaux éléments de nutrition ; sinon, la castration serait préférable.

Le *volume* du testicule est variable suivant l'âge et les individus. Il présente, en général, les dimensions suivantes : longueur, 4 à 5 centimètres ; épaisseur, 2 centimètres et demi ; hauteur (c'est-à-dire distance d'un bord à l'autre), 3 centimètres. Son volume est loin, d'ailleurs, d'être en rapport constant avec la faculté génésique.

La *forme* des testicules est celle d'un ovoïde aplati transversalement. Ils sont suspendus à l'extrémité du cordon, et leur grand axe (fig. 260) est oblique de haut en bas et d'avant en arrière. Il en résulte qu'on leur considère deux faces latérales, l'une externe, l'autre interne ; deux bords : l'un antérieur et inférieur, l'autre postérieur et supérieur ; deux extrémités, l'une antérieure et supérieure, l'autre inférieure et postérieure.

Le *poids* du testicule sain est de 18 à 20 grammes. Dans le cas de testicule unique, le poids augmente : on en a rencontré qui pesaient jusqu'à 70 grammes.

La *consistance* du testicule est ferme, un peu élastique ; elle est d'autant plus ferme que les testicules sont plus gorgés de sperme ; elle diminue notablement chez les vieillards. La consistance augmente dans certaines maladies de l'organe, principalement dans la tuberculose et dans le testicule syphilitique.