

nifestement une dépendance du péritoine, puisqu'on retrouve assez souvent cette continuité après la naissance et qu'elle persiste même chez quelques sujets durant toute la vie. Il existe alors un canal *vagino-péritonéal* qui donne, le plus souvent, passage à une hernie *vaginale*.

On désigne encore cette hernie sous le nom de *congénitale*, expression qui peut induire en erreur, puisqu'elle implique que les enfants sont venus au monde avec une hernie. Or, il n'en est rien : sur un total de 23 292 enfants nés ou déposés à la Maternité de 1807 à 1812, Chaussier ne trouva qu'un cas de hernie inguinale au moment de la naissance. La hernie vaginale se produit donc plus tard ; elle peut même ne survenir qu'à l'âge de vingt ou trente ans, sur des sujets offrant la persistance du canal péritonéo-vaginal.

Le diagnostic de la hernie vaginale chez l'adulte est extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible, et, au cours d'une opération, on n'en peut affirmer l'existence que si l'intestin est en contact immédiat avec le testicule, sans interposition du sac. Néanmoins, il s'en faut de beaucoup que l'intestin hernié soit toujours en contact avec le testicule ; il peut être arrêté par un cloisonnement dans le cordon au-dessus du testicule : c'est ainsi que Morel-Lavallée, en disséquant, à l'hospice des Enfants-Trouvés, une trentaine de hernies dans la tunique vaginale, ne trouva que deux fois l'intestin en rapport immédiat avec le testicule.

En pratique, on peut accepter que toutes les hernies inguinales des enfants et des jeunes gens appartiennent au groupe des hernies congénitales, et j'ai déjà dit plus haut qu'il faut toujours, dans ces cas, pratiquer la cure radicale de la hernie.

A la naissance, la communication entre le péritoine et la tunique vaginale est généralement interrompue ; cependant, les hydrocèles des petits enfants peuvent communiquer à cet âge avec le péritoine par un canal étroit ; aussi, ne faut-il pas employer l'injection iodée, d'autant plus que l'affection a une tendance à disparaître spontanément.

A la place du canal vagino-péritonéal on trouve plus tard un cordon celluleux plein, étendu de l'orifice supérieur du canal inguinal au cul-de-sac supérieur de la tunique vaginale. Une dépression en doigt de gant du péritoine au niveau de la fossette inguinale externe témoigne de l'existence primitive de ce canal, et c'est à cette disposition, parfois très prononcée, que sont dues la plupart des hernies inguinales de l'adulte, qui appartiennent de ce fait au groupe congénital.

Le canal vagino-péritonéal peut ne pas être oblitéré dans tout son parcours. Qu'il reste sur le trajet du cordon spermatique un point non oblitéré et que cette petite cavité close se remplisse de sérosité, on aura de cette façon un kyste du cordon ; il peut même s'en rencontrer plusieurs superposés en forme de chaquet, ainsi que l'a signalé J. Cloquet, ce qui, d'ailleurs, est bien en rapport avec la disposition que M. Ramonède a signalée comme normale dans son étude sur le canal péritonéo-vaginal. Il est assez fréquent de constater chez les enfants l'existence de ces kystes, qui sont facilement confondus avec le testicule non encore complètement descendu, ou que l'on regarde comme un troisième testicule. Ils sont mobiles, glissent sous les doigts, rentrent et sortent dans le canal inguinal et paraissent réductibles : aussi, les confond-on souvent aussi avec des hernies. Une simple ponction avec un fin trocart peut, à la rigueur, amener la guérison, mais il est préférable d'extirper ces kystes au bistouri.