

formés qui écarte les faisceaux fibreux, attire au dehors le péritoine, et constitue ainsi une des causes de la production de la hernie. Récemment, M. Lucas Championnière a de nouveau insisté sur ce rôle pathogène de la graisse sous-péritonéale et du lipome herniaire.

Il est impossible de tracer un tableau clinique tant soit peu exact de tumeurs aussi disparates, dont la plupart sont des tumeurs intéressantes seulement par leur rareté. Nous dirons seulement que les tumeurs extrasacculaires se présentent sous la forme de tumeurs nettement délimitables, paraissant surajoutées à la hernie dont elles altèrent la forme, et demeurant au dehors après la réduction. La fluctuation, la transparence caractérisent les kystes, mais, d'une manière générale, le diagnostic est surtout intéressant à faire avec les autres tumeurs qui peuvent siéger dans une région donnée : il ne saurait donc pas être abordé ici.

Les tumeurs intrasacculaires sont habituellement une cause d'irréductibilité partielle, soit par leur volume, soit par les adhérences dont elles s'entourent.

Elles sont parfois perceptibles à la palpation, mais il est facile de les confondre avec les noyaux durs et irréguliers de l'épiploon enflammé.

Parfois elles s'accompagnent de phénomènes douloureux, ou d'accidents d'étranglement interne : tel est surtout le cas du cancer, qui peut se présenter ainsi sous une forme ressemblant à la tuberculeuse herniaire. Mais il n'est guère possible d'esquisser un diagnostic différentiel entre ces deux affections, l'une et l'autre rares et encore incomplètement étudiées.

Aussi le diagnostic sera-t-il fait le plus souvent au cours d'une intervention rendue nécessaire par ces divers accidents. Les tumeurs bénignes seront enlevées et l'on fera après la cure radicale ; quant aux tumeurs malignes, on peut concevoir des cas où il serait possible de tenter une opération curative en réséquant l'intestin et le sac ; mais comme, le plus souvent, il y a des lésions de même genre dans la cavité abdominale, il faudra se résigner à l'impuissance et s'abstenir de toute intervention.

Hernies irréductibles. — TUFFIER, *Bull. de la Soc. anat.*, 5 nov. 1886. — BOIFFIN, Hernies adhérentes au sac, thèse de Paris, 1887. — GROSS, RÖHMER et VAUTRIN, *Nouv. élém. de pathol. et de clin. chir.*, t. II, Paris, 1893, p. 702. — H. HARTMANN, Quelques causes rares d'irréductibilité des hernies (*France méd.*, mars 1897).

Tumeurs herniaires. — BENNETT, *Dublin. med. Journ.*, oct. 1866. — ENGLISH, Ueber Ovarial hernien (*Stricker's med. Jahrbücher*, 1871, Bd III, p. 335). — SONNENBURG, *Arch. für klin. Chir.*, Bd XII, p. 309. — WÖLFLE, *Arch. für klin. Chir.*, Bd XXI, 1877, p. 432. — CHAUFFARD, *Bull. de la Soc. anat.*, 1882. — RAOULT, *Bull. de la Soc. anat.*, 1892, p. 304.

III

HERNIES COMMUNES

HERNIE INGUINALE.

La hernie inguinale est celle qui est formée par l'issue des viscères abdominaux hors de leur cavité naturelle, à travers le canal inguinal(1).

Considérations anatomiques. — Le canal inguinal est creusé dans l'épaisseur des parois abdominales (fig. 62 et 63) un peu au-dessus de l'arcade crurale ; c'est un interstice des plans de cette paroi qui livre passage aux éléments du cordon chez l'homme, au ligament rond chez la femme. Plus long chez celle-ci, plus large chez le premier, il a la même constitution chez l'un et l'autre sexe. Il préexiste à la descente de la glande génitale qui, d'abord située dans la cavité abdominale, vers la région lombaire, émigre et descend vers le sixième mois, pour sortir par le canal inguinal, normalement chez l'homme, anormalement chez la femme. Elle est précédée dans cette voie par un prolongement qui, dans le sexe masculin, porte le nom de *gubernaculum testis*. Oblique de haut en bas, d'arrière en avant, de dehors en dedans, ce canal a deux parois qu'écarte le passage du cordon. La paroi *antérieure* est constituée par les fibres tendineuses du grand oblique. En avant d'elle, dans l'épaisseur du *fascia superficialis* qui double la peau, circule une branche de l'artère sous-tégumentaire abdominale, dont la direction est parallèle à peu près à

(1) LEROY DES BARRES, De la hernie inguinale vaginale, thèse de Paris, 1871. — DREYFUS (Gaston), De la hernie inguinale interstitielle dans ses rapports avec l'ectopie du testicule, thèse de Paris, 1877. — FÉRÉ (Ch.), Étude sur les orifices herniaires et sur les hernies abdominales des nouveau-nés et des enfants à la mamelle (*Revue de méd. et de chir.*, 1879, t. III, p. 479, 551 et 643). — RAMONÈDE, Le canal péritonéo-vaginal et la hernie péritonéo-vaginale étranglée chez l'adulte, thèse de Paris, 1883. — DURET (H.), Des variétés rares de la hernie inguinale, thèse d'agrégation. Paris, 1883; Des hernies inguinales congénitales (*Journ. des sc. méd.* Lille, juin 1889). — SACHS (Hugo), Untersuchungen über den Processus vaginalis peritonaei (*Arch. für klin. Chir.* Berlin, Bd XXXV, Heft 2, p. 321). — TUFFIER, Anomalies du canal inguinal et hernies para-inguinales (*Soc. anat.*, 1888, p. 415). — CHAUVÉAU (R.-L.-E.), Des hernies inguinales congénitales, thèse de doctorat. Paris, 20 novembre 1888, n° 29. — BROCA (A.), Les variétés anatomiques et cliniques des hernies inguinales réductibles (*Gaz. hebdomadaire de méd.*, 16 août 1887); *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. INGUINAL. Paris, 1889, 4^e série. t. XV, p. 784. — SCHWARTZ (Ed.), Cure radicale des hernies (*Revue gén. de clin. et de thérap.*, 1889, p. 784). — BRAMANN, Der Processus vaginalis und sein Verhalten bei Störungen des Descensus testicularum (*Arch. für klin. Chir.*, 1890, Bd XL, p. 137). Ind. bibliogr. — TRÉLAT, Clinique chirurgicale. Paris, 1891, t. II, p. 239 et 271. — FELIZET (G.), Les hernies inguinales de l'enfance. Paris, 1894. — BLAISE (Paul), Canal inguinal chez l'adulte, cure radicale de la hernie inguinale, thèse de doctorat. Paris, 1894.

celle de l'épigastrique profondément placée, et qui pour cela s'appelle

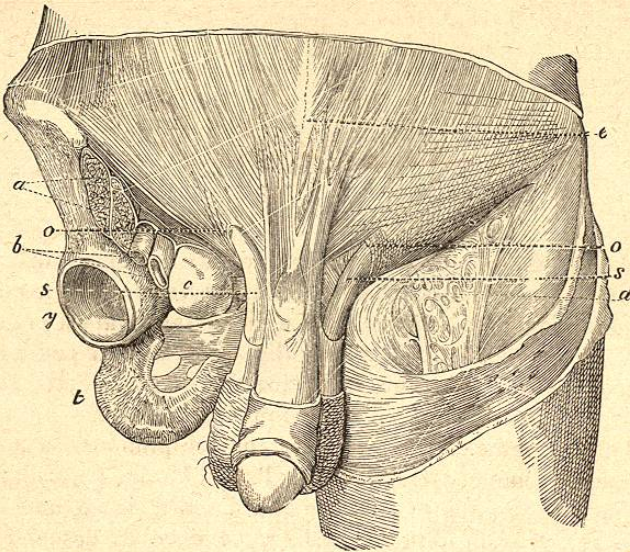


Fig. 62. — Canal inguinal. — a, muscle sous-iliaque; b, artère et veines fémorales; c, hernie crurale à l'état de pointe ou de premier degré; d, fascia cribriformis; e, ligne blanche; o, anneau inguinal externe; s, s, cordon des vaisseaux spermaticques; t, tubérosité de l'ischion; y, cotyloïde.

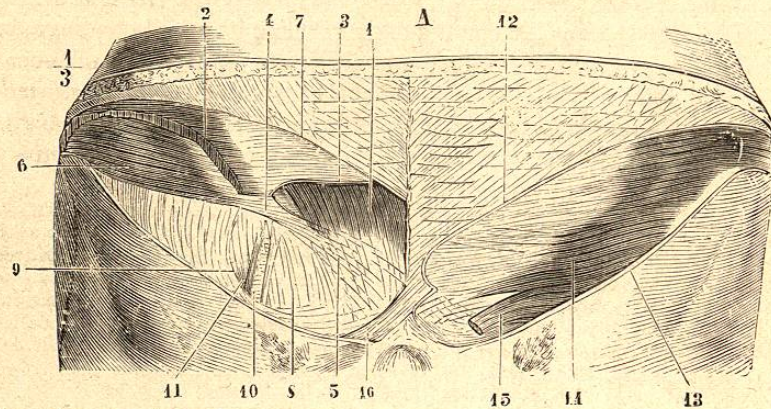


Fig. 63. — Parois du canal inguinal. — 1, muscle grand droit antérieur de l'abdomen; 2, muscle petit oblique échancré; 3, son aponévrose coupée pour montrer le muscle droit; 4, 5, aponévrose du transverse passant en avant du muscle droit; 6, muscle transverse; 7, aponévrose du grand oblique coupée pour montrer les parties sous-jacentes; 8, fascia transversalis; 9, ses fibres arciformes limitant l'anneau inguinal interne; 10, vaisseaux épigastriques vus par transparence à travers le fascia transversalis; 11, anneau inguinal interne; 12, aponévrose du grand oblique coupée; 13, arcade crurale; 14, petit muscle oblique; 15, cordon et crémaster; 16, ligament de Colles.

pelle l'artère épigastrique externe; dans la cure radicale de la hernie inguinale, elle est habituellement intéressée.

D'épaisseur et de résistance variables, ce plan fibreux se creuse en bas d'un orifice qui est l'orifice inguinal superficiel. Deux groupes tendineux, appelés piliers, le limitent : l'un, interne et supérieur, s'insère sur le pubis et la symphyse et va entre-croiser ses fibres sur la ligne médiane avec celles du côté opposé; l'autre, pilier externe ou inférieur, s'insère sur l'épine du pubis. L'orifice inguinal superficiel ainsi délimité a une forme triangulaire allongée, mais il devient ovalaire par le passage, à sa partie supérieure, des fibres arciformes qui le ferment en haut; ainsi restreint, cet orifice mesure normalement chez l'adulte de 30 à 32 millimètres.

La paroi postérieure a été jusqu'ici considérée comme formée principalement par le *fascia transversalis*, qui va se joindre en bas à la

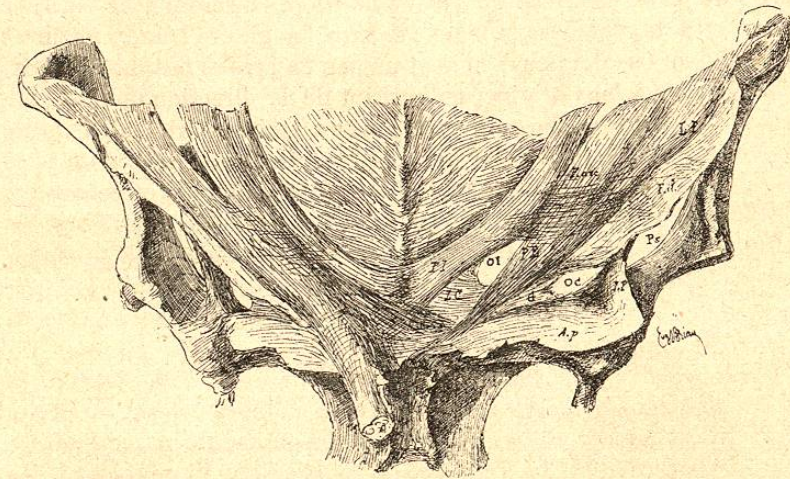


Fig. 64. — Hernie inguinale. — L.F, ligament de Fallope; OI, orifice inguinal; OG, anneau crural; PS, gouttière du psoas iliaque; IP, bandelette iléo-pectinée; G, ligament de Gimbernat; F.il, fascia iliaque; A.p, ap. du pectiné; F.arc, fibres arciformes; PI, pilier int.; PE, pilier ext.; LC, lig. de Colles (pièce sèche préparée par M. Jaboulay).

lèvre interne de l'arcade crurale. Mais sa constitution est un peu compliquée par la présence du *tendon conjoint*, qui, autrefois signalé en Angleterre par Morton en 1841, en France par Roustan en 1843, vient de faire sa réapparition (1).

Grâce à ce tendon, la paroi postérieure du canal inguinal a une constitution différente suivant qu'on l'examine en dedans ou en dehors.

En dedans, en face de l'orifice inguinal superficiel, se trouve le ligament de Colles, c'est-à-dire le faisceau des fibres tendineuses du grand oblique opposé, qui, après leur entre-croisement sur la ligne médiane, vont s'insérer vers la crête pectinéale sur la face supérieure

(1) BLAISE, Canal inguinal chez l'adulte, thèse de Paris, 1894.

du ligament de Gimbernat et concourent à la formation du ligament de Cooper (fig. 64).

C'est seulement par sa partie externe que ce ligament de Colles appartient à la paroi postérieure du canal inguinal. Accolé à lui, lui faisant suite, vient le tendon conjoint. Le tendon conjoint est un plan fibreux continu dû à la fusion des fibres de terminaison inférieures du petit oblique et du transverse, qui ne vont pas s'entrecroiser sur la ligne médiane, mais deviennent obliques et verticales, et vont s'insérer au fond de la gouttière formée par la soudure de l'arcade crurale et de la bandelette ilio-pubienne. Les fibres les plus internes de ce tendon, dit Blaise, sont très obliques, glissent devant le muscle pyramidal, derrière le pilier de Colles, se joignent aux fibres du plan superficiel du petit oblique et s'insèrent avec elles sur le dessus de la symphyse pubienne et entre l'angle et l'épine. Les fibres moyennes descendent en dehors et un peu en arrière des précédentes; elles forment à leur origine, en passant de la direction oblique à la direction verticale, une courbure plus ou moins marquée en forme d'arcade; elles répondent au bord externe du grand droit dont elles s'éloignent peu à peu pour s'insérer, à la suite des précédentes, derrière l'épine pubienne, puis sur la crête pectinéale. Les fibres les plus externes sont les plus faibles et souvent réduites à quelques fibres isolées; elles s'inclinent comme les précédentes en bas et continuent en dehors le plan des fibres moyennes. Elles s'insèrent à la suite sur la crête pectinéale.

Plus en dehors on trouve le *fascia transversalis*, qui double en arrière le tendon conjoint jusqu'au niveau du bord externe du grand droit: il est mince; en bas sa consistance augmente parce qu'il est renforcé par les fibres horizontales de la bandelette ilio-pubienne. En se déprimant, il forme l'orifice inguinal profond. De la lèvre interne de cet orifice au bord du tendon conjoint, la paroi postérieure n'est formée que par le *fascia transversalis*; aussi est-ce son point faible: c'est ici que passent les vaisseaux épigastriques.

Les deux parois du canal inguinal ainsi constituées laissent sortir les éléments du cordon; elles se rejoignent au-dessus et au-dessous de lui pour former les bords du canal. Le bord supérieur diffère suivant les points examinés; vers son tiers externe, il résulte de la réunion de l'aponévrose d'enveloppe du transverse et des plans tendineux ou musculaires du petit oblique ou du transverse; dans son tiers moyen, il est formé par le bord inférieur de ces deux muscles, qui passent en avant du cordon, et dont l'un d'eux, le petit oblique, détache à ce niveau les fibres du crémaster; dans son tiers interne, enfin, il est formé par la rencontre du grand oblique et du tendon conjoint. Quant au bord inférieur, il est formé par l'union du *fascia transversalis* et de la lèvre interne de l'arcade crurale.

L'obliquité du canal inguinal qui résulte de cette constitution

diminue et quelquefois disparaît sous l'influence des hernies qui distendent les deux orifices en sens inverses, l'orifice superficiel en haut et en dehors, l'orifice profond en bas et en dedans, de sorte que les deux orifices arrivent à s'opposer et à ne former qu'un seul orifice.

Le péritoine envoie un prolongement dans le canal inguinal: c'est le canal vagino-péritonéal, appelé chez la femme le canal de Nück; il déprime et refoule le *fascia transversalis*. Sa tendance naturelle est de s'oblitérer, mais il peut persister en totalité ou en partie; les hernies qui se font à sa faveur s'appellent *hernies congénitales*. Celles-ci s'opèrent du côté de la cavité péritonéale par la fossette externe, constituée par l'infundibulum, qui est le vestige du canal péritonéo-vaginal; cette fossette est en dehors de l'artère épigastrique; en dedans de cette artère, en dehors de l'artère ombilicale, est la fossette moyenne qui correspond à un point faible de la paroi postérieure du canal inguinal, et par où s'insinuent souvent les viscères; enfin une fossette interne se trouve entre l'ouraque et l'artère ombilicale.

Étude du contenu et du contenant. Division des hernies inguinales. — La hernie inguinale est donc constituée par le passage des viscères à travers le canal inguinal dans un sac séreux.

CONTENU. — On trouve dans ces hernies de l'épiploon, de l'intestin ou même, quoique exceptionnellement, tout autre viscère abdominal, dont les plus fréquemment constatés ont été la vessie, ou l'ovaire et la trompe.

CONTENANT. — Celui-ci est représenté par le sac séreux, dépendance du péritoine. Quelles sont ses connexions avec le canal inguinal? Deux cas peuvent se présenter: ou bien le sac se trouve compris dans la fibreuse commune du cordon, dépendance du *fascia transversalis*, et la hernie est dite *intrafuniculaire*; ou bien il se trouve en dehors de cette fibreuse commune: la hernie est *extrafuniculaire*.

Hernies intrafuniculaires. — Les hernies *intrafuniculaires* sont les plus nombreuses: elles contiennent les hernies inguinales *congénitales* et aussi celles qui, n'apparaissant que tard et s'appelant pour cela hernies *acquises*, profitent cependant, pour se produire, d'une disposition congénitale, d'un reste du canal péritonéo-vaginal: la dépression infundibuliforme située au niveau de l'orifice inguinal profond.

Postempski (1) tire, des constatations qu'il a faites sur 170 cas de hernies traitées par la cure radicale, cette conclusion que, presque toujours, c'est un vice congénital qui est en cause.

Par définition, les hernies intrafuniculaires sont donc des hernies obliques externes; il faut y distinguer: 1° des hernies congénitales proprement dites; 2° des hernies congénitales acquises.

(1) POSTEMPSKI, *Soc. de chir. ital.*, 1891.

Les *hernies congénitales proprement dites* comprennent celles où persiste plus ou moins complètement le canal vagino-péritonéal. La variété la plus complète est celle où l'intestin ou l'épiploon sont au contact du testicule. Chez l'enfant, cette hernie s'accompagne souvent d'hydrocèle. Dans une autre variété, le sac péritonéal descend jusqu'au milieu du cordon en adhérant à ses éléments constituants. Ceux-ci sont le plus souvent en dedans et en arrière ; quelquefois ils font saillie dans l'intérieur du sac, qui leur forme comme un méso. Mais, en tout cas, il n'y a pas, comme le veut Ramonède, adhérence

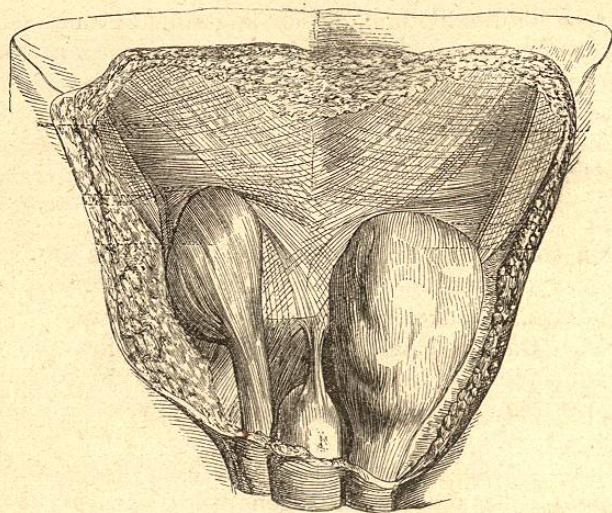


Fig. 65. — Hernies inguinales chez l'homme.

inextricable entre le sac et le cordon, au point que la dissection de ce sac soit impossible.

Les *hernies congénitales acquises* diffèrent des précédentes en ce que le sac, au lieu d'être préformé, se constitue aux dépens du péritoine pariétal qui avoisine l'orifice inguinal profond. C'est par l'infundibulum que commence la dépression et le refoulement de la séreuse. Le sac et son contenu s'insinuent, comme dans la variété précédente, sous la tunique fibreuse commune ; il est à l'intérieur du cordon, mais sa progression peut faire qu'il prenne une situation variable vis-à-vis de ses éléments, soit qu'il les dissocie ou les rejette à la périphérie. Ce sac, d'ailleurs, n'est pas plus adhérent aux éléments du cordon qu'il ne tient à la tunique fibreuse.

Hernies extrafuniculaires. — Ce sont les vraies hernies acquises ; elles se font à la faveur d'un point faible : aussi sont-elles le plus souvent des hernies directes, c'est-à-dire dont l'orifice est en dedans de l'artère épigastrique, et exceptionnellement des hernies obliques

internes se faisant par la fossette interne, ou des hernies obliques externes, profitant de la fossette externe.

Quelquefois, une éraillure du *fascia transversalis* favorise leur apparition ; habituellement, cependant, ce fascia est refoulé par elles.

Les considérations précédentes s'appliquent au sexe féminin, où le canal de Nüek représente le canal péritonéal vaginal et où les hernies congénitales l'emportent de beaucoup sur les hernies acquises.

Mécanisme de production. — La hernie résulte de la rupture de l'équilibre qui existe entre la pression abdominale et la résistance des parois. La nature semble avoir mis un obstacle, grâce à l'obliquité du canal inguinal, dont la disposition ressemble, comme l'a fait remarquer Marcy, à celle de l'entrée de l'uretère dans la vessie ; de même que l'augmentation de la tension intravésicale rapproche les parois de l'uretère, de même la pression abdominale rapproche les parois opposées du canal inguinal. Aussi faut-il habituellement une anomalie, comme la dépression infundibuliforme, ou le canal péritonéo-vaginal, ou un point faible, pour que les viscères puissent forcer le passage et faire irruption au dehors de la paroi. Il peut bien y avoir encore d'autres conditions locales, telles que la longueur inusitée de l'épiploon, une malformation d'un pilier ou des deux piliers, une déformation et un élargissement considérable du canal inguinal, mais des causes plus sérieuses sont celles qui modifient la tension abdominale et agissent sur le contenu du ventre : les unes sont *passives*, les autres *actives*.

Causes passives. — Elles agissent dans les hernies qui sont lentes à venir et n'apparaissent pas avec fracas (Bishop).

Ainsi font : le poids de la masse intestinale, un défaut de proportion entre la capacité abdominale et la masse des viscères, l'élongation du mésentère ou son attache sur un point trop bas placé, qui fait que les viscères ne sont plus maintenus. Cependant, la longueur du mésentère ne saurait être la cause déterminante de la hernie chez l'homme, parce que chez le singe, où le mésentère est très long et où persiste très souvent le canal péritonéo-vaginal, la hernie est rare (Hutchinson, Sutton).

Causes actives. — Les principales agissent par le mécanisme de l'effort, qu'il tienne à des mouvements de la respiration ou à la contraction des muscles abdominaux : c'est le même mécanisme encore qu'empruntent la toux dans les bronchites, l'emphysème, etc., ou la miction et la défécation au cours desquelles on a pu voir se produire des hernies. L'hypertrophie de la prostate chez le vieillard, le phimosis dans le jeune âge, coïncident fréquemment avec la hernie inguinale, et Pye-Smith, Wright, insistent sur la nécessité d'opérer le phimosis pour prévenir la hernie.

Dans toute cure radicale de hernie inguinale, il s'agira de se

préoccuper des causes que nous venons de passer en revue, afin de les supprimer et d'éviter une récurrence.

Variétés. — Il est classique de diviser les hernies inguinales en *acquises* et *congénitales*, mais nous avons vu plus haut que beaucoup de hernies acquises avaient besoin, pour se produire, d'une disposition qui était le reste d'un état congénital. C'est pour cela que nous les avons appelées hernies *acquises congénitales*.

C'est ce groupe de hernies que l'on range dans le groupe des hernies acquises, dans tous les traités, sans rappeler le trait qui les unit au canal vagino-péritonéal, et ce sont les hernies que l'on appelle hernies *obliques externes*; nous allons les étudier avec les hernies acquises.

1° Hernies inguinales acquises.

Elles comprennent les hernies qui se font par les fossettes, que nous avons décrites, sur la face profonde de la paroi abdominale, l'une en dehors des vaisseaux épigastriques, l'autre en dedans, la troisième entre le cordon de l'artère ombilicale et l'ouraque.

A. Hernies obliques externes. — Ce sont celles qui se font par la fossette externe et qui s'échappent par l'orifice inguinal profond. Dans leurs degrés de développement, elles peuvent aller de la simple dépression, qui fait la *pointe de hernie*, jusqu'à la hernie *testiculaire* qui arrive au contact du testicule, en passant par les stades intermédiaires suivants. Reste-t-elle dans l'épaisseur de la paroi abdominale, dans le trajet inguinal : elle est *insterstilielle*, ou *intrapariétale*; bombe-t-elle à l'orifice inguinal externe : c'est le *bubonocèle* ou hernie *inguino-pubienne*. Arrive-t-elle dans les bourses : elle est dite *scrotale* ou *funiculaire*.

Nous n'avons pas besoin de revenir sur les rapports de cette hernie avec les éléments du cordon, ni avec les organes qui lui forment en route comme un canal; nous y avons suffisamment insisté dans les généralités. Nous tenons simplement à rappeler encore que cette hernie profite de la dépression infundibuliforme du canal vagino-péritonéal pour se produire, et que sa situation sous le fascia qui prolonge le *fascia transversalis* est facile à comprendre d'après ce que nous avons dit du mécanisme de sa formation qui la range à côté de la hernie congénitale. Cette hernie est d'ailleurs la plus fréquente de toutes; c'est elle qu'on opère couramment par la cure radicale; c'est elle qui augmente progressivement de volume, atrophiant les plans musculaires et fibreux qui l'entourent, supprimant l'obliquité du canal inguinal, superposant ses deux orifices, qui arrivent à n'en faire qu'un seul et à constituer une véritable éventration.

B. Hernie inguinale directe. — A côté de cette forme banale, se trouve parfois une autre forme de hernie inguinale. Cette dernière s'opère à travers la fossette moyenne, c'est-à-dire en dedans des vaisseaux épigastriques. Le cordon spermatique est donc en dehors d'elle; elle n'est même pas sous l'enveloppe fibreuse du cordon; aussi ne descend-elle pas dans les bourses. Le doigt insinué dans l'orifice inguinal externe ne la rencontre pas.

C. Hernie oblique interne. — Cette variété est encore dite *vésicopubienne*: elle s'échappe par la fossette qui est entre le vestige de l'artère ombilicale et l'ouraque, et reste éloignée encore plus que la variété précédente, du cordon inguinal. Elle a son siège au-dessus de l'anneau inguinal externe, près du bord externe du muscle droit. Verneuil, dans une de ses observations publiée par Lemaistre, dit que la tumeur est située entre la symphyse et l'orifice externe du canal inguinal et qu'elle envahit le mont de Vénus.

D. Hernies par éraillure. — Tout autour de la région du canal inguinal, on peut observer des hernies, par suite de la présence à ce niveau de diverticules congénitaux creusés dans l'épaisseur de la paroi et qui peuvent devenir le siège de hernies qui, parfois même, s'étranglent. Ce sont des diverticules analogues à ceux que l'on trouve sur la ligne blanche ou autour de la région ombilicale. Aussi est-ce à tort, suivant nous, que les auteurs donnent à ces hernies péri-inguinales une origine accidentelle et inattendue (A. Cooper, Scarpa, Velpeau, etc.).

E. Hernies para-inguinales. — Tuffier et Chipault ont décrit des trajets inguinaux accessoires, indépendants du canal inguinal principal, avec des formations herniaires dans leur épaisseur. Ce sont des anomalies qui reconnaissent, comme la variété précédente, une origine congénitale.

Ainsi l'on voit que, pour nous, seules les variétés de hernies directes et de hernies obliques internes ou vésico-pubiennes méritent réellement le nom de hernies acquises.

2° Hernies inguinales congénitales.

On appelle ainsi les hernies qui se font dans le canal vagino-péritonéal persistant en totalité ou en partie.

Ce canal est lié à la descente de la glande génitale, testicule ou ovaire, et offre par suite avec le gubernaculum de cette glande, une certaine connexion. Au troisième mois de la vie intra-utérine, la glande génitale, située, en face de la portion lombaire du futur rachis, est reliée en bas au ligament inguinal de Kölliker: celui-ci est le futur gubernaculum. Lui-même se perd inférieurement dans un amas de tissu cellulaire, que Soulié a appelé *processus vaginal* (1).

(1) Soulié, thèse de Toulouse, et *Soc. de biol.*, 1895.