

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'hermaphroditisme apparent ou pseudo-hermaphroditisme 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.

II. — LÉSIONS INFLAMMATOIRES. — Chez les enfants du premier âge, le scrotum, incessamment souillé par les urines et les matières fécales, devient facilement le siège d'érythème, de rougeur érysipélateuse, d'éruption eczémateuse, d'exulcérations et d'ulcérations. Ces dernières lésions, qui en raison de l'effraction de l'épiderme peuvent devenir le point de départ d'accidents infectieux locaux ou à distance, ne sauraient être traitées avec trop de soin. Un emmaillotage méthodique, des lavages antiseptiques mais non irritants, tels que ceux pratiqués à la solution boriquée, surtout l'emploi de poudres absorbantes, préviendront le plus souvent les lésions épidermiques. Que si elles se produisent, les glycérolés et les pommades au tanin, à l'oxyde de zinc, à l'aristol, etc., en assureront vite la guérison.

III. — INFILTRATION SÉREUSE. — En raison de sa grande laxité, le tissu cellulaire du scrotum se laisse très facilement infiltrer par la sérosité sanguine, et, indépendamment des causes communes à l'adulte et à l'enfant susceptibles de déterminer l'œdème des bourses, nous devons signaler cet état de déchéance organique qui constitue l'athrepsie. Dans tous les cas, l'infiltration séreuse du scrotum à la naissance est l'indice d'une faiblesse native. Au lieu d'occuper la totalité des bourses, l'œdème est fréquemment alors localisé à la partie déclive du scrotum où il forme une tumeur tendue, luisante, transparente et souvent fluctuante.

IV. — TUMEURS. — Les parois scrotales chez les enfants peuvent être le siège de toutes les variétés de tumeurs rencontrées chez l'homme fait : nous signalerons plus particulièrement les tumeurs vasculaires ou angiomes et les kystes dermoïdes ou tératomes, dont la description a été faite si complètement par le professeur Lannelongue dans son traité des kystes congénitaux, auquel nous renvoyons le lecteur. La variété d'épithéliome, qu'on a dénommée cancer des ramoneurs, sans être spéciale à l'enfance, s'observe souvent de 8 à 15 ans chez les sujets dont le scrotum est soumis aux poussières et autres causes d'irritation professionnelle.

V. — HYDROCÈLE. — L'épanchement de sérosité dans la tunique vaginale peut être, chez l'enfant comme chez l'adulte, le résultat d'une inflammation de la séreuse, consécutive elle-même à une inflammation du testicule ou de l'épididyme. Cette hydrocèle acquise du jeune âge ne diffère à aucun point de vue de celle qu'on observe après la puberté et dans tout le reste de l'existence.

a) *Hydrocèle infantile.* — Mais il est une variété d'hydrocèle infantile chez les nouveau-nés dont nous devons dire quelques mots. Elle serait assez fréquente. Bien que sa pathogénie soit encore obscure, il est probable qu'elle résulte du froissement de l'épididyme au cours d'un accouchement prolongé et difficile et d'une vaginite séreuse consécutive. Nous en avons observé un grand nombre dans notre service des enfants, et il nous semble qu'elle se rencontre le plus souvent chez des nouveau-nés chétifs et malingres. Le scrotum distendu par la sérosité vaginale atteint parfois le volume d'un poing d'adulte. Il est lisse et régulier, et forme une tumeur translucide sur laquelle se détachent des arborisations vasculaires plus ou moins nombreuses. Comme le liquide s'est accumulé dans une vaginale close de toutes parts, la tumeur

est irréductible. Il est de règle que le liquide se résorbe, et que la tumeur disparaisse dans les 5 ou 4 semaines qui suivent la naissance. Si elle persiste, on peut lui appliquer le traitement par la ponction avec injection d'alcool ou de teinture d'iode ou bien avec cautérisation au nitrate d'argent, comme nous le dirons au paragraphe suivant.

b) *Hydrocèle congénitale.* PATHOGÉNIE. VARIÉTÉS. — L'hydrocèle congénitale a pour caractéristique de tenir à la persistance totale ou partielle du canal vagino-péritonéal, qui resterait perméable, d'après Camper, chez les 8/10 des nouveau-nés; d'après Ch. Féré, chez les 6/10 des enfants d'un mois; d'après Zuckerkandl, chez les 4/10 des enfants de trois mois; d'après H. Sachs, chez les 5/10 des enfants de six mois à un an, et qui serait complètement oblitéré, d'après Ramonède, 185 fois sur 215 sujets de quinze à vingt-quatre ans.

L'hydrocèle congénitale comprend plusieurs variétés reconnues déjà par J. Cloquet : l'hydrocèle vagino-péritonéale proprement dite, dans laquelle la communication persiste entre le péritoine et la vaginale ; l'hydrocèle péritonéo-funiculaire, dans laquelle l'oblitération siège à la partie inférieure du canal, au voisinage du testicule ; l'hydrocèle vagino-funiculaire, dans laquelle l'oblitération a lieu à l'entrée du canal inguinal, à la partie supérieure du canal ; l'hydrocèle enkystée du cordon, dans laquelle l'oblitération existe à l'entrée et à la sortie du canal funiculaire, la portion moyenne étant distendue par le liquide. A côté de ces variétés classiques, A. Broca a décrit des hydrocèles diverticulaires développées aux dépens de diverticules du canal vagino-péritonéal.

Nous ne savons rien des causes qui déterminent l'oblitération anormale du canal vagino-péritonéal. En ce qui concerne sa non-oblitération, on a invoqué avec Verneuil, J.-L. Faure l'existence d'une péritonite tuberculeuse localisée. La même pathogénie de bacillose du conduit vagino-péritonéal simple, et avec Phocas, Broca et Pilliet, Jonnesco, R. Petit, l'existence d'une péritonite expliquerait les autres variétés d'hydrocèle non communicante. Cette opinion, qui se vérifie dans un assez grand nombre de cas, ne saurait être généralisée, et l'irritation de la séreuse par le va-et-vient du testicule, comme l'a fait remarquer Labat, et par toutes les autres causes joue également un rôle.

SYMPTÔMES, DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC. — *L'hydrocèle vagino-péritonéale proprement dite ou communicante* révèle le plus souvent son existence dès les premiers jours de la vie, mais il n'est pas rare qu'elle apparaisse assez tard vers la puberté, au moment où, par exemple, le testicule retenu jusqu'alors à l'anneau, achève sa migration et établit ainsi la communication.

Les caractères de l'hydrocèle congénitale sont ceux de l'hydrocèle acquise commune : tumeur régulière, lisse, à parois souples, de consistance égale dans tous les points, élastique, fluctuante et éminemment transparente ; mais il en est deux qui lui sont particuliers et dont l'un est véritablement pathognomonique : la conformation de la tumeur et sa réductibilité. Au lieu d'être ovoïde et de se terminer du côté du canal inguinal par un bord net et arrondi, l'hydrocèle congénitale a une forme allongée se prolongeant par

une sorte de pédicule dans le trajet inguinal et jusque dans la fosse iliaque. Dans les cas où existent les étranglements signalés par Ramonède dans le canal vagino-péritonéal, le liquide distendant les portions intermédiaires, la tumeur est moniliforme et multiloculaire. La réduction s'obtient par une pression lente et continue, et elle est plus ou moins rapide suivant que l'orifice de communication avec le péritoine est plus ou moins largement ouvert. Certaines hydrocèles congénitales, qui ne se réduisent que très difficilement, ou même sont tout à fait irréductibles par la pression, disparaissent par le repos au lit pendant la nuit. Comme le fait remarquer Guersant, il est probable que dans ce cas le liquide qui, repoussé par la main, applique l'une contre l'autre les sinuosités du conduit et se ferme le passage à lui-même, filtre invisiblement dans le ventre dans le décubitus dorsal. La tumeur réduite se reproduit en général assez vite; la station verticale, les efforts, les cris et la toux activent sa réapparition, et la main éprouve à ce moment une impulsion qui n'est pas sans analogie avec celle des hernies. Dans toute hydrocèle congénitale, il convient de rechercher avec soin la position du testicule et de s'assurer qu'il n'existe pas de hernie concomitante. C'est là le seul point délicat de diagnostic que comporte cette affection. La sonorité et le gargouillement feront reconnaître la présence de l'intestin, les épiplocèles étant exceptionnelles chez les enfants.

Le pronostic de l'hydrocèle congénitale est peu grave chez les jeunes enfants, car le plus souvent l'affection guérit toute seule. Lorsqu'elle persiste, elle constitue un danger pour l'avenir, les inflammations secondaires ou primitives de la vaginale peuvent en effet gagner le péritoine.

L'hydrocèle péritonéo-funiculaire est très rare ou du moins a été rarement notée, car on l'a très souvent prise pour une hernie inguinale. En outre, il arrive souvent que l'oblitération du canal se faisant du côté de la cavité péritonéale transforme cette variété en hydrocèle enkystée du cordon. Le cas de Ch. Monod et Terrillon et celui de Gross, dont on ne saurait contester l'authenticité, permettent d'en décrire la symptomatologie d'ailleurs simple. Il existe dans la région inguinale une tumeur arrondie, indolente, molle, fluctuante, réductible à des degrés divers et avec plus ou moins de facilité suivant la largeur de l'orifice s'ouvrant dans le péritoine. Lorsque cet orifice est large, la tumeur disparaît d'elle-même dans la station horizontale; lorsqu'il est étroit, cette disparition est plus lente et il faut y aider par des pressions plus ou moins fortes. Avec un peu d'habitude, il sera toujours facile de distinguer cette tumeur liquide de la tumeur gazeuse ou pâteuse formée par une entérocele ou une épiplocèle.

L'hydrocèle vagino-funiculaire comprend un très grand nombre de variétés suivant la forme qu'affecte la dilatation du canal vagino-péritonéal, la hauteur à laquelle s'est faite l'oblitération. C'est ainsi qu'on peut avoir affaire à des hydrocèles cylindriques, multilobées, à des hydrocèles en bissac présentant une poche scrotale et une poche inguinale, ou iliaque, ou même abdominale. Toutes ces variétés, dont on devine aisément la symptomatologie, ne laissent pas que de présenter de grandes difficultés de diagnostic.

L'hydrocèle enkystée du cordon peut être scrotale, funiculaire, ou ingui-

nale. En général elle est facile à reconnaître par ses caractères de tumeur lisse, régulière, indolente, irréductible, transparente. Cependant parfois ce n'est qu'avec la plus grande difficulté qu'on parvient à la différencier des tumeurs des éléments du cordon et de toutes celles qui peuvent faire saillie dans l'aîne.

TRAITEMENT. — La première indication à remplir dans le traitement de l'hydrocèle communicante, c'est de provoquer une inflammation adhésive qui oblitère le canal vagino-péritonéal : la communication avec la séreuse péritonéale une fois fermée, on voit le liquide contenu dans la vaginale se résorber et ne plus se reproduire, preuve que le liquide vient bien plutôt du péritoine que de la vaginale. Cette indication est simplement remplie par une légère compression exercée sur le trajet inguinal à l'aide d'un bandage ou de tout autre appareil approprié. On a cherché à la réaliser par d'autres moyens moins anodins consistant en application de topiques irritants sur les bourses et le cordon : tels que l'alcool, la teinture d'iode, la teinture de noix de galle, le chlorhydrate d'ammoniaque, les vésicatoires, etc. Si ces moyens ne réussissent pas, on doit se garder d'introduire dans la poche des liquides ou toutes substances destinées à provoquer une inflammation curative de crainte de déterminer une péritonite. Que si l'on se croit autorisé à pratiquer la cure radicale, il vaudra mieux avoir recours à l'incision et l'excision en partie ou en totalité de la poche.

Dans toutes les autres variétés d'hydrocèle, la séparation d'avec la cavité péritonéale rend applicables les divers moyens dirigés contre l'hydrocèle commune pour évacuer le liquide et tarir la sécrétion de la vaginale. Les ponctions répétées suffisent parfois dans les premières années de la vie; plus tard il est nécessaire d'y joindre l'action de liquides modificateurs. Parmi ces liquides, l'alcool absolu, dont on injecte un ou deux grammes suivant le procédé de Monod père, ne présente aucun danger d'après notre expérience; malheureusement le résultat qu'il donne est loin d'être constant; il en est de même du chlorure de zinc au dixième injecté à la dose de 10 à 20 gouttes comme le préconise Polaiillon; la teinture d'iode agit bien plus efficacement, mais aussi elle présente plus de dangers. On ne doit l'employer que dans les hydrocèles dont la communication avec la cavité péritonéale est étroite, et il faut pousser l'injection avec prudence en ayant soin de faire comprimer par les doigts d'un aide le canal péritonéo-vaginal. Un bon procédé de cautérisation de la vaginale après évacuation du liquide, n'exposant pas aux risques que font courir les injections, est celui de Defer. Il consiste à évacuer le liquide avec le trocart et à toucher en plusieurs points la face interne de la vaginale à l'aide d'un stylet cannelé dans la rainure duquel on a coulé du nitrate d'argent.

Les hydrocèles rebelles aux moyens que nous venons d'indiquer sont-elles justiciables de l'incision antiseptique? Pour nous, cela ne saurait être douteux et nous croyons qu'entre les mains d'un chirurgien aseptique cette méthode offre moins de dangers que la méthode des injections. Dans les cas compliqués d'ectopie du testicule et de hernie, l'incision nous paraît être la méthode de choix, car en même temps qu'elle assure la guérison de l'hydrocèle, elle

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-cutané<sup>1</sup>.

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-

<sup>(1)</sup> 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*.