

et l'on comprend qu'on puisse un instant songer à l'existence d'une hernie inguinale.

Un homme de trente ans, souffrant de vives coliques, me fut envoyé à Lariboisière pour y être traité d'une hernie inguinale étranglée. Il portait un bandage depuis une vingtaine d'années. Or, il n'y avait pas de trace de hernie, mais bien un lipome de la paroi abdominale dans le point que je viens d'indiquer. Il existe un moyen simple de s'assurer du diagnostic et de le rendre évident. Cherchez, avec l'indicateur, l'orifice externe du canal inguinal par la méthode ordinaire, c'est-à-dire en refoulant le scrotum de bas en haut ; introduisez la pulpe du doigt dans l'anneau : vous sentirez que celui-ci est complètement libre, et, avec l'autre main, vous imprimerez des mouvements à la tumeur et constaterez parfaitement que celle-ci ne siège pas dans le canal inguinal, mais bien sur un plan superficiel.

Les deux fascias sont faciles à distinguer sur certains sujets, surtout chez ceux qui sont maigres. C'est dans leur intervalle que se dépose presque exclusivement la graisse qui commence à envahir la paroi abdominale vers l'âge de quarante ans.

Dans la couche sous-cutanée chemine une artère petite, mais constante, l'*artère sous-cutanée abdominale*, qui se dirige obliquement vers l'ombilic. Ce vaisseau prend naissance, immédiatement au-dessous de l'arcade crurale, du tronc de la fémorale, quelquefois de la honteuse externe, et ne mérite pas de préoccuper l'opérateur.

*Toile celluleuse recouvrant le grand oblique.* — En arrière du fascia superficialis, on rencontre encore une toile celluleuse mince (GGO, fig. 210), immédiatement appliquée sur le grand oblique, dont elle constitue la gaine. Il n'existe jamais de graisse dans cette gaine. Nous verrons plus loin cette toile celluleuse passer au-devant de l'orifice externe du canal inguinal et constituer une enveloppe au cordon spermatique.

*Muscle grand oblique et son aponévrose.* — Le muscle grand oblique de l'abdomen présente à considérer une portion charnue et une portion aponévrotique. Cette dernière est celle dont la connaissance importe le plus au chirurgien, parce qu'elle correspond à la partie de la paroi sur laquelle portent le plus souvent les opérations. De plus, c'est elle qui forme l'orifice externe du canal inguinal ; elle contribue à la constitution de l'arcade crurale et joue le rôle principal dans la formation du canal inguinal. La description de ces diverses parties trouvera naturellement sa place à propos des régions auxquelles elles appartiennent.

Inséré à la face externe et au bord inférieur des sept ou huit dernières côtes par des digitations qui s'entre-croisent avec celles du grand dentelé, et aux deux tiers antérieurs de la lèvre externe de la crête iliaque, le muscle grand oblique se dirige en bas et en avant. Son aponévrose est composée de fibres offrant la même direction que les fibres musculaires, et qui sont divisées en faisceaux reliés entre eux par des fibres arciformes.

L'aponévrose du grand oblique est fort résistante : elle est brillante et nacrée, en sorte qu'il est très facile de la reconnaître au fond d'une plaie sur le vivant ; c'est même le point de repère le plus important durant l'opération, qu'il s'agisse de pratiquer la laparotomie ou la ligature des iliaques ; on peut inciser hardiment les couches sous-cutanées, qui présentent parfois une très grande épais-