

seur sur les sujets gras ; le premier point de ralliement doit être l'aponévrose du grand oblique. Les fascias qui la recouvrent n'offrent pas la même couleur, ils sont d'un blanc mat. Du moment que l'aponévrose du grand oblique est découverte et incisée, il faut redoubler d'attention et ne diviser le reste de la paroi qu'à très petits coups de bistouri.

Je n'ai qu'à mentionner ici les muscles petit oblique et transverse, qui forment la cinquième et la sixième couches. Remarquons seulement que la direction des fibres diffère pour chacun des trois muscles de l'abdomen, ce qui augmente la résistance. Malgré cette disposition, la paroi cède parfois sous l'influence de causes diverses et il en résulte des hernies ventrales ou éventrations.

Tantôt c'est une contusion qui a déterminé une déchirure musculaire avec hématome intra-pariétal, et l'on voit apparaître plus ou moins longtemps après l'accident une hernie ventrale. Ces hernies sont même susceptibles de s'étrangler, et j'en ai vu un exemple.

Les éventrations les plus intéressantes pour le chirurgien sont celles qui surviennent fréquemment à la suite des laparotomies et nous préoccupent si vivement aujourd'hui. Il en est que nous ne saurions guère éviter, par exemple celles qui succèdent à un drainage prolongé. C'est un des grands reproches que l'on a faits à la méthode de traitement par pédicule externe dans l'hystérectomie abdominale ; mais ce reproche n'est pas justifié. Si le chirurgien prend soin de suturer bien exactement le péritoine *au-dessus* du pédicule, celui-ci se trouve alors isolé et séparé de la cavité abdominale. Comme mes collègues, j'ai renoncé à ce procédé opératoire mais non pour ce motif (1).

La véritable raison des éventrations post-opératoires est l'imperfection de la suture. Les chirurgiens sont encore divisés sur le meilleur mode à employer. La plupart suturent chaque plan isolément. D'autres, et je suis du nombre, préfèrent la suture en un temps comme plus simple, plus rapide, plus sûre et plus exempte d'accidents ultérieurs.

La septième couche est formée par le *fascia transversalis*. Décrit pour la première fois par A. Cooper, le fascia transversalis est une membrane fibreuse qui n'existe que dans la portion sous-ombilicale de la paroi abdominale, et qui, comme le fascia iliaca, ne présente de résistance qu'au voisinage de l'arcade crurale et à deux ou trois travers de doigt au-dessus. Immédiatement en rapport avec la face postérieure du muscle transverse, il se fixe en dedans au bord externe du tendon du muscle droit de l'abdomen ; en haut et en arrière, il se perd insensiblement dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Ce qu'il importe de préciser, ce sont les insertions inférieures décrites d'une façon si diverse et souvent si obscure dans les auteurs. Elles diffèrent dans la moitié externe et dans la moitié interne de l'arcade crurale.

Dans la moitié externe, le fascia transversalis s'implante solidement (fig. 223 et 224) sur le fascia iliaca, qu'il rencontre à angle presque droit ; pas de doute à

(1) J'ai très rarement observé des éventrations à la suite des nombreuses hystérectomies, avec pédicule externe, que j'ai pratiquées pendant une période d'une quinzaine d'années. L'une des premières, sinon la première hystérectomie dont je présentai l'observation à l'Académie de médecine en 1879 et à propos de laquelle je proposai la substitution du mot hystérectomie à celui d'hystérotomie, ne fut pas suivie d'éventration et j'ai encore vu la malade l'année dernière (1902) (note de la onzième édition).