

cet égard : mais où s'attache le fascia transversalis dans la moitié interne, lorsque l'aponévrose du grand oblique et le fascia iliaca se sont abandonnés, c'est-à-dire au niveau de l'anneau crural? Surviennent ici les divergences. La vérité est que le fascia transversalis s'attache à l'arcade crurale (fig. 225), de façon à former avec l'aponévrose du grand oblique une gouttière ouverte en haut, dans laquelle est couché le cordon spermatique, et qui constitue le trajet inguinal. Le fascia transversalis s'arrête-t-il définitivement à l'arcade crurale, ou bien descend-il ensuite pour se fixer sur la crête pectinéale au ligament de Cooper? Pénètre-t-il dans l'anneau crural pour se confondre avec la gaine des vaisseaux? Ou bien forme-t-il le *septum crurale* que J. Cloquet a décrit comme une lame fibreuse indépendante? Avec un bon bistouri et de la patience, on peut démontrer ces diverses dispositions et d'autres encore, mais elles n'ont, en vérité, aucune espèce d'importance. Je tiens seulement à faire observer que l'adhérence du fascia transversalis à l'arcade crurale n'est pas telle qu'on ne puisse le décoller avec les doigts au lieu de se servir du bistouri, ce que je conseille toujours de faire dans la ligature de l'artère iliaque externe.

Au niveau de la fossette inguinale externe (fig. 216), le fascia transversalis laisse passer les éléments du cordon spermatique ; mais, au lieu de présenter un trou, comme celui qui est destiné à la saphène interne, par exemple, dans l'aponévrose fémorale, il se laisse déprimer en doigt de gant et accompagne le cordon, auquel il fournit une gaine commune à cet organe et au testicule. De l'inflexion brusque du canal déférent au niveau de cet orifice résulte la formation d'un repli saillant ayant la forme d'un croissant, que J. Cloquet a justement proposé d'appeler *bord falciforme* du fascia transversalis. Nous reviendrons, d'ailleurs, en détail sur ce point en étudiant le canal inguinal.

La dernière couche comprend le péritoine, dont je m'occuperai à propos de la cavité abdominale.

Les divers plans qui composent la paroi de l'abdomen sont séparés les uns des autres par une couche plus ou moins abondante de tissu cellulaire. C'est ainsi qu'on en trouve entre l'aponévrose du grand oblique et le muscle petit oblique, entre celui-ci et le muscle transverse. La plus importante est celle qui sépare le péritoine du fascia transversalis, la couche sous-péritonéale. Elle se condense vers la partie inférieure de la paroi et prend alors l'aspect d'une membrane que A. Cooper appela *fascia propria*. Elle renferme souvent des pelotons adipeux qui jouent un rôle important dans la production de la hernie inguinale de l'adulte. Ces pelotons peuvent s'engager à travers les anneaux et entraîner avec eux le péritoine. Dans la couche sous-péritonéale se trouve l'artère épigastrique pour la première partie de son trajet. On y trouve encore le groupe des veines vésicales antérieures, qui sont parfois variqueuses et se rencontrent toujours sous le bistouri du chirurgien dans la taille hypogastrique. Ces veines constituent même un point de repère au cours de cette opération, car elles reposent directement sur la face antérieure de la vessie.

Le tissu cellulaire qui sépare les couches abdominales l'une de l'autre en facilite la dissection et la division méthodique ; grâce à lui, on reconnaît assez facilement au cours d'une opération le chemin parcouru, mais, par contre, il forme des espaces tout prêts à se laisser envahir par les liquides et les gaz : de là, l'extension rapide que prend le phlegmon de la paroi abdominale, l'envahis-