

sement de la paroi par l'urine et les immenses décolllements qui en résultent, de là, le développement du phlegmon stercoral dans certains cas d'anus contre nature et de là aussi la production de la hernie inguino-interstitielle. La laxité de la couche sous-péritonéale explique encore pourquoi on a, dans certains cas, décollé le péritoine avec les doigts dans une grande étendue, croyant être arrivé sur l'enveloppe d'un kyste de l'ovaire; pourquoi on a pu refouler l'intestin sous le péritoine, croyant l'avoir réduit dans la cavité abdominale.

Cette couche peut aussi être le point de départ de lipomes, ce qui permet de diviser ces tumeurs en deux grandes classes dans la région qui nous occupe : *lipomes sous-cutanés, lipomes sous-péritonéaux*. Le diagnostic des lipomes sous-péritonéaux est, le plus souvent, très obscur : à plus forte raison, en est-il de même des phlegmons décrits par Bernutz. Les phlegmons sous-péritonéaux peuvent reconnaître pour point de départ une très petite perforation intestinale produite par un corps étranger. Ils marchent alors très lentement, formant une masse dure, profonde, qui peut en imposer au début pour un cancer de l'épiploon adhérent à la paroi abdominale. Peu à peu, ils se rapprochent de la peau, se ramollissent au centre, s'ouvrent à l'extérieur, donnent issue au corps étranger et se cicatrisent ensuite. Dans un cas de ce genre, rapporté par Gosselin dans sa *Clinique*, le corps étranger était un fragment d'os long de 1 centimètre et demi et large de 3 millimètres.

Lorsqu'il n'existe pas de perforation intestinale, ces phlegmons sous-péritonéaux sont, en général, sous la dépendance d'un état maladif antérieur de l'intestin.

La paroi abdominale peut donc être le siège de tumeurs de nature très variable. Je signalerai encore les gommés et les fibromes. Ces derniers occupent la partie la plus profonde et sont immédiatement en rapport avec le péritoine.

J'en ai indiqué exactement le point de départ dans mon *Traité de chirurgie clinique*.

Je répète qu'il est quelquefois difficile de distinguer les tumeurs développées dans la paroi de celles qui siègent dans la cavité abdominale elle-même; de reconnaître si une collection liquide enkystée occupe l'épaisseur de la paroi ou la cavité. En général, les tumeurs de la paroi font à l'extérieur une saillie mieux limitée, mieux localisée, mieux appréciable au toucher que celles de la cavité, mais le meilleur signe est celui-ci : les tumeurs de la cavité abdominale suivent le mouvement des viscères, c'est-à-dire qu'elles s'abaissent dans les grandes inspirations et remontent dans les expirations, ce qui n'existe pas pour les tumeurs de la paroi. Cependant, quand il s'est produit des adhérences à la paroi ou que celle-ci est très épaisse, la difficulté devient à peu près insurmontable.

Les muscles de la paroi latérale de l'abdomen sont de puissants expirateurs qui maintiennent soumis à une pression continuelle les viscères contenus dans la cavité abdominale. Il en résulte que dans une plaie pénétrante mais n'intéressant que la paroi, pour peu qu'elle ait une certaine étendue, les viscères s'y engagent aussitôt et font hernie à l'extérieur : si la hernie est formée par l'épiploon, il faut, après une désinfection complète de la plaie, lier le viscère, l'exciser, réduire le pédicule et suturer la plaie. Lorsqu'il s'agit d'intestin, on le