

Les *nerfs* viennent des branches antérieures des nerfs dorsaux et lombaires.

*Action.* — Il comprime les viscères abdominaux ; il fléchit le tronc en abaissant le thorax ; il est expirateur.

## PYRAMIDAL.

Petit muscle, dont l'existence n'est pas constante, situé à la partie inférieure et antérieure de l'abdomen (fig. 86, E).

*Insertions.* — Il s'insère en bas au pubis et à la symphyse pubienne ; de là ses fibres se portent : les internes verticalement en haut ; les externes obliquement en haut et en dedans, et vont se perdre en se terminant en pointe sur la ligne blanche, à une hauteur qui varie suivant les sujets.

*Rapports.* — Il recouvre le droit antérieur de l'abdomen ; il est enfermé dans la même gaine.

*Action.* — Tenseur de la ligne blanche.

## APONÉVROSES ABDOMINALES.

Les aponévroses abdominales sont formées par la réunion des feuillets aponévrotiques de terminaison des muscles grand oblique, petit oblique et transverse ; ces feuillets, d'abord très-distincts, se réunissent sur la ligne médiane, non-seulement entre eux, mais encore avec ceux du côté opposé, et forment la *ligne blanche*. Nous considérerons donc à ces aponévroses abdominales une partie moyenne, la ligne blanche, et deux parties latérales parfaitement semblables, une à droite, l'autre à gauche.

## A. LIGNE BLANCHE.

On donne le nom de *ligne blanche* à un raphé fibreux étendu de l'appendice xiphoïde à la symphyse des pubis ; on peut considérer cette ligne blanche comme la continuation du sternum, qui, chez certains animaux, se prolonge jusqu'au pubis (fig. 86, G, G). Latéralement, la ligne blanche est comprise entre les bords internes des muscles droits de l'abdomen. Il résulte de la disposition de ces muscles que la ligne blanche est beaucoup plus large à sa partie supérieure qu'à sa partie inférieure, et qu'elle est beaucoup plus large chez les personnes hypodermiques ou chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants.

La ligne blanche présente un assez grand nombre de trous qui donnent passage aux nerfs et aux vaisseaux ; l'ouverture la plus importante que l'on rencontre sur son trajet est l'*anneau ombilical*, qui laisse passer chez le fœtus les vaisseaux ombilicaux. Cet orifice se cicatrise après la naissance, et ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'il persiste.

*Ombilic.*

L'*ombilic* est situé à peu près à la partie moyenne de l'abdomen, plutôt même un peu au-dessous de ce point ; il existe d'ailleurs des différences assez notables suivant les sujets (fig. 86, F). La cicatrice qui résulte de la réunion des vaisseaux qui, chez le fœtus, passent par l'ombilic, est très-solide. L'ouverture ombilicale est constituée par l'écartement des fibres de la ligne blanche ; cet écartement est comblé, à l'état normal, par la réunion des trois vaisseaux ombilicaux et par l'ouraque oblitérés. La peau est très-adhérente au pourtour fibreux de l'anneau.

L'anatomie de la région ombilicale a été parfaitement exposée par M. Richet (1). Il a fait connaître l'exacte disposition des parties qui concourent à former l'anneau ombilical, et a donné l'explication des diverses formes de hernies que l'on observe dans ce point. Nous allons exposer aussi succinctement que possible le résultat de ces importants travaux. Vu à l'extérieur, l'anneau ombilical se présente sous la forme d'un anneau irrégulièrement quadrilatère, à angles très-mousses, et dont les bords sont constitués par des faisceaux fibreux formés par les aponévroses abdominales qui s'entrecroisent de manière à limiter l'espace qui doit laisser passer le cordon. A la face postérieure de l'anneau sont deux faisceaux de fibres curvilignes semi-circulaires qui embrassent, l'un la demi-circonférence supérieure de l'anneau, l'autre la demi-circonférence inférieure et s'entrecroisent suivant le diamètre transversal de cet orifice. Quelle est l'origine de ces faisceaux ? Lorsqu'on dissèque l'ouverture ombilicale chez les sujets nouveau-nés qui ont succombé dans les huit jours qui suivent la naissance, on peut voir que le contour de l'anneau, à sa face péritonéale, est surmonté d'une sorte de bourrelet rougeâtre dont l'épaisseur est variable. Il est formé par des fibres pâles ayant l'apparence des fibres musculaires de la vie organique. L'examen au microscope fait voir qu'ils sont constitués par des fibres élastiques aplaties, sinueuses, non striées en travers, ayant beaucoup d'analogie avec celles de la tunique moyenne des artères.

Dans l'ouverture circonscrite par ces fibres passent l'ouraque et les vaisseaux ombilicaux, et l'on peut voir sur les enfants morts quarante ou cinquante heures après la naissance, que sur ces vaisseaux, dans le point qui correspond à cette espèce de sphincter, existe déjà une rainure circulaire, quelquefois même un commencement de division indiquant nettement le rôle qu'il est appelé à jouer. Sur les enfants chez lesquels la section de ce cordon est sur le point de s'achever, ces fibres enserrant la veine, mais surtout les artères et l'ouraque, dans une sorte de collet contractile, et les éléments du cordon commencent

(1) Richet, *Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale*, 1857, p. 546.

de leur côté à contracter adhérence avec l'infundibulum de la peau attirée vers l'ouverture ombilicale. Sur les enfants plus âgés, les faisceaux deviennent de moins en moins saillants, les fibres sont plus blanches, adhèrent de plus en plus aux fibres tendineuses avec lesquelles elles finissent par se confondre, constituant une sorte d'anneau profond qui double et renforce celui qui est formé par les aponévroses abdominales entrecroisées.

Ces fibres élastiques constituent un véritable sphincter ombilical qui se resserre insensiblement, et les vaisseaux se trouvent progressivement coupés comme ils le seraient par une ligature. A la fin de la première année, tous les éléments qui se réunissent pour fermer la cicatrice ombilicale, c'est-à-dire la peau qui adhère aux artères et à la veine, les faisceaux élastiques convertis en tissu fibreux, constituent un bouchon solide, résistant, qui ferme à peu près complètement l'espace laissé libre par les fibres aponévrotiques.

Les deux artères et l'ouraque contractent rapidement des adhérences, soit entre elles, soit avec l'orifice abdominal; sollicitée vers la partie inférieure, la cicatrice ombilicale s'enfonce et est attirée en bas. Quant à la veine, elle n'est point entraînée en haut par un mécanisme analogue, et ne se réunit pas d'une manière aussi intime au segment supérieur de l'anneau. Il en résulte qu'il reste à la partie supérieure de l'ombilic un petit espace dans lequel on peut, même chez l'adulte, faire pénétrer un stylet, et par lequel les viscères peuvent s'engager pour constituer la hernie ombilicale; ce petit espace est généralement rempli par un peloton adipeux. Par suite de cette disposition, dans les cas où l'abdomen prend un développement considérable par le fait de la grossesse, d'une hydropisie, etc., l'ombilic s'agrandit, et le point qui cède le premier est celui où la cicatrice adhère le moins solidement, c'est-à-dire la demi-circonférence supérieure. Cet espace est encore augmenté par la traction que les artères et l'ouraque exercent sur la partie inférieure de l'anneau.

La face postérieure de l'ombilic est doublée, chez l'adulte, par une lame fibreuse à laquelle M. Richet donne le nom de *fascia umbilicalis*. Cette aponévrose commence à 3 ou 4 centimètres au-dessus de l'anneau ombilical, recouvre la partie postérieure de la veine, et descend bien rarement au-dessous de la cicatrice ombilicale: il en résulte que la veine, ou le cordon fibreux qui la remplace se trouve renfermé dans un véritable canal, *canal ombilical*, constitué en arrière par la face antérieure de cette aponévrose, en avant par la face postérieure de la paroi abdominale. Cette lamelle existe surtout chez les individus forts, bien musclés; elle disparaît par suite de la distension de la cavité abdominale; dans ce canal, la veine est entourée d'une grande quantité de tissu adipeux.

*Rapports de la ligne blanche.* — En avant, avec la peau, qui est très-adhérente, surtout au niveau de l'ombilic; en arrière, avec le péritoine. Inférieurement, ses rapports avec le péritoine varient sui-

vant l'état de distension ou de plénitude de la vessie: en effet, lorsque la vessie est distendue, le péritoine est repoussé en arrière; le réservoir de l'urine se met alors en contact avec la paroi abdominale, disposition qui permet d'arriver dans sa cavité par la ligne blanche, soit pour la ponction, soit pour la taille sus-pubienne. En haut, la ligne blanche est en rapport avec l'appendice xiphoïde; en bas, avec la symphyse pubienne.

La ligne blanche est formée par l'entrecroisement des fibres aponévrotiques des muscles grand oblique, petit oblique et transverse, entrecroisement qui a lieu non-seulement de droite à gauche, mais encore d'avant en arrière pour l'aponévrose du grand oblique, et d'arrière en avant pour l'aponévrose du transverse.

Elle a pour tenseurs les muscles pyramidaux.

#### B. PARTIES LATÉRALES DES APONÉVROSES ABDOMINALES ANTÉRIEURES.

Du côté externe de la ligne blanche partent deux feuillets, l'un qui se porte en avant du muscle droit antérieur de l'abdomen (fig. 86, H, H), l'autre qui se porte en arrière de ce muscle. Arrivé au bord externe du muscle droit, le feuillet antérieur de la gaine se dédouble, le feuillet le plus superficiel se continue avec les fibres du muscle grand oblique, le feuillet profond avec celles du petit oblique. La lame fibreuse qui passe en arrière du muscle droit antérieur se dédouble également; le feuillet le plus antérieur se réunit au feuillet postérieur de la lame antérieure, et se continue avec les fibres du muscle petit oblique; le plus profond avec celles du muscle transverse. Ces feuillets constituent donc au muscle droit antérieur une gaine fibreuse sur laquelle nous reviendrons après avoir décrit chacune des aponévroses des muscles larges des parois de l'abdomen.

#### *Aponévrose du grand oblique.*

Cette aponévrose est quadrangulaire, plus large en bas qu'en haut; sa partie moyenne est plus étroite que sa partie supérieure. Elle est en rapport en avant avec la peau, en arrière avec l'aponévrose du petit oblique, à laquelle elle adhère, et avec les fibres les plus internes du muscle petit oblique.

Elle s'insère par son bord interne à la ligne blanche, ou plutôt elle concourt à former la ligne blanche; son bord externe, auquel s'attachent les fibres musculaires du grand oblique, s'étend de l'épine iliaque antérieure et supérieure au cartilage de la huitième côte. Son bord supérieur, oblique en bas et en dehors, donne insertion à des fibres du muscle grand pectoral. Son bord inférieur est le plus important, il contribue à former l'arcade crurale et le canal inguinal.

*Arcade crurale.*

On donne le nom d'*arcade crurale*, d'*arcade fémorale*, de *ligament de Fallope* ou de *Poupart* (fig. 87. 5), à une bandelette fibreuse étendue de l'épine iliaque antérieure et supérieure au pubis. Elle est formée par des fibres propres et par des fibres dépendantes de l'aponévrose du grand oblique. Elle est dirigée de haut en bas et de dehors en dedans, en formant une légère courbure à concavité supérieure. Elle limite avec l'os iliaque un vaste espace triangulaire qui établit une communication entre le membre inférieur et l'abdomen; cet espace est rempli de dehors en dedans par le muscle psoas iliaque, le nerf crural, la veine et l'artère fémorales et le muscle pectiné.

L'*arcade crurale* présente une portion directe et une portion réfléchie.

*Portion directe* (*bandelette ilio-pubienne* de Thompson). — Elle se fixe à l'épine du pubis et à la symphyse pubienne. Elle forme le pilier externe ou inférieur du canal inguinal. Ses fibres se continuent en partie avec celles de l'aponévrose fémorale.

La portion directe de l'*arcade crurale* présente un *bord antérieur*, auquel se fixent en haut l'aponévrose du muscle grand oblique, en bas l'aponévrose fémorale. Un *bord postérieur*, sur lequel s'insère en dedans le *fascia transversalis*; en dehors, le *fascia iliaca*. Cette partie externe de l'*arcade crurale*, c'est-à-dire celle qu'on observe au niveau du psoas, se confond intimement avec la portion réfléchie, avec l'aponévrose fémorale et l'aponévrose iliaque. Une *face supérieure*, qui en dehors donne attache à des fibres du muscle petit oblique et du muscle transverse; en dedans, elle est creusée comme d'une gouttière à concavité supérieure; elle est en rapport avec le cordon et les vaisseaux spermatiques chez l'homme; elle forme la paroi inférieure du trajet inguinal. Une *face inférieure*, dont la portion externe reçoit le *fascia iliaca*; la portion moyenne se recourbe en haut et se confond avec la paroi supérieure pour former la gouttière du canal inguinal. C'est au-dessous de cette portion libre d'adhérence osseuse ou aponévrotique que passent les vaisseaux fémoraux. La portion la plus interne est décrite sous le nom de *portion réfléchie*.

*Portion réfléchie*. — Étroite en dehors, plus large en dedans, elle a la forme d'un triangle; elle est désignée sous le nom de *ligament de Gimbernat*. On lui considère deux faces et trois bords. Les deux faces regardent: la supérieure, en haut et en arrière vers l'abdomen; l'inférieure, en bas et en avant. De cette face part souvent une lamelle fibreuse qui se confond avec l'aponévrose fémorale. Son bord antérieur répond à l'*arcade fémorale*; son bord postérieur à la crête pectinéale; son bord externe est concave, tranchant, et forme la partie interne du pourtour de l'*anneau crural*, que nous décrivons un peu plus loin. Son sommet répond à l'épine pubienne, au point où s'insère la bandelette ilio-pubienne.

*Anneau inguinal et canal inguinal.*

On appelle *canal inguinal* un trajet creusé entre les muscles larges de l'abdomen, et qui donne passage, chez l'homme, au cordon spermatique, chez la femme au ligament rond de l'utérus. Ce trajet est pourvu de deux orifices, l'un *cutané* (fig. 87. 6), l'autre *abdominal*.

L'*anneau cutané* est formé par l'écartement des fibres aponévrotiques du grand oblique; il résulte de cet écartement deux faisceaux fibreux appelés *pilliers de l'anneau*. L'un, le *pilier supérieur* ou *interne* (fig. 87. 7), est plus large, plus mince, descend obliquement vers l'épine du pubis, passe en avant de la symphyse, et s'insère, celui du côté gauche sur la crête et l'épine du pubis du côté droit, et réciproquement. Le *pilier inférieur* ou *externe* (fig. 87. 8) s'attache à l'épine du pubis. Du bord inférieur de ce pilier se détache la lamelle fibreuse dont nous avons déjà parlé, et sur laquelle nous reviendrons à propos du canal crural, le *ligament de Gimbernat*. Ces deux piliers circonscrivent un orifice triangulaire, dont le grand diamètre est oblique de haut en bas et de dehors en dedans, dont la base correspond à l'espace qui sépare la symphyse de l'épine du pubis, et limité au sommet par des fibres arciformes qui vont d'un des piliers à l'autre, et en dedans par le *ligament de Colles*, formé par les fibres du pilier interne du côté opposé. Du pourtour de l'*anneau* s'étend, sur le cordon testiculaire, une gaine fibreuse très-fine, distincte du *fascia superficialis*.

A partir de cet anneau, le *canal inguinal* se porte de bas en haut et de dedans en dehors, parallèlement à l'*arcade crurale*. Sa *paroi antérieure* est formée par l'aponévrose du grand oblique, et par quelques fibres charnues du petit oblique, principalement celles qui contribuent à former le muscle crémaster. Sa *paroi supérieure*, peu distincte, est formée par les fibres musculaires du petit oblique et du transverse. Sa *paroi postérieure*, par le *fascia transversalis*; sa *paroi inférieure*, par la gouttière qui forme la face supérieure de l'*arcade crurale*.

La longueur du canal inguinal chez l'adulte est de 4 centimètres environ, quelquefois, mais rarement, de 6 centimètres; le canal du côté droit a paru à M. Jobert plus large que le canal du côté gauche.

L'*orifice abdominal du canal inguinal* est moins exactement circonscrit que l'*orifice externe*; cet orifice n'est pas une simple fente du *fascia transversalis*, on remarque au contraire, en dedans, un bord fibreux concave, plus fort que le bord du côté externe. De la circonférence de cet anneau se détache une lamelle fibreuse dépendant du *fascia transversalis*, qui recouvre le cordon et l'accompagne jusque dans le scrotum.

*Rapports*. — Le canal inguinal est traversé par le *cordon spermatique*. Les divers éléments de ce cordon, épars dans l'abdomen, se réunissent au niveau de l'*anneau abdominal*, et ce n'est qu'après

l'avoir franchi; qu'ils forment un véritable cordon. Il se compose du canal déférent; des artères spermatique, déférentielle et funiculaire, de leurs veines correspondantes; des nerfs génito-cruraux et du plexus

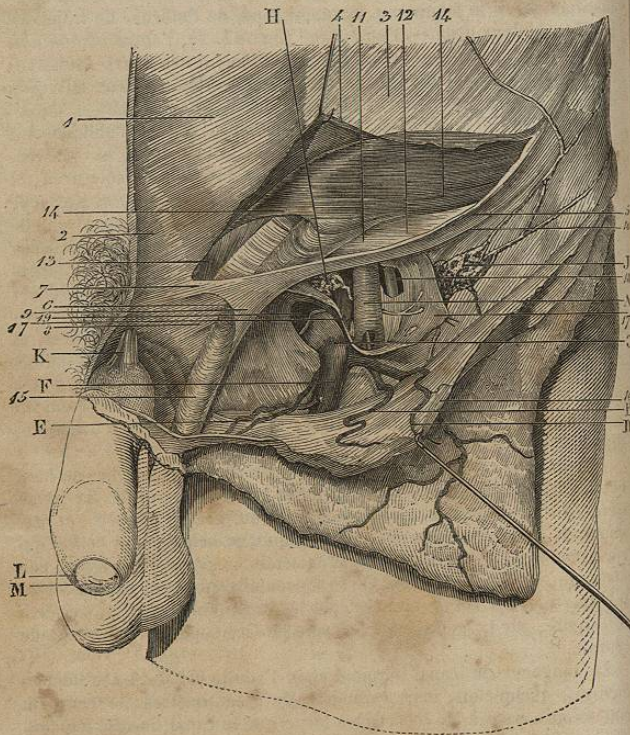


FIG. 87. — Canal inguinal et canal crural, d'après Blandin.

1. Muscle droit antérieur de l'abdomen dans sa gaine. — 2. M. pyramidal dans sa gaine. — 3. Aponévrose du muscle grand oblique. — 4. Bord inférieur de cette aponévrose détachée de l'arcade crurale. — 5. Arcade crurale. — 6. Orifice externe du canal inguinal. — 7. Pilier interne de l'anneau inguinal. — 8. Pilier externe. — 9. Expansion fibreuse qui part du pourtour de l'anneau et se rend au cordon spermatique. — 10. Insertion de l'aponévrose fémorale sur l'arcade crurale. — 11. Insertion du fascia transversalis sur l'arcade crurale. — 12. Fascia transversalis qui forme la paroi postérieure du canal inguinal. — 13. Insertion du fascia transversalis sur la paroi postérieure de la gaine du muscle droit.

spermatique; du muscle crémaster (fig. 87. 15); de la gaine fibreuse formée par le prolongement du fascia transversalis; et enfin, au niveau de l'anneau inguinal externe, le cordon reçoit une nouvelle gaine fibreuse (fig. 87. 9), qui s'attache au pourtour de cet anneau.

L'orifice abdominal du canal inguinal est complètement fermé par le péritoine. On remarque sur la paroi postérieure de l'abdomen trois fossettes séparées par deux saillies. La première, *fossette inguinale externe*, par laquelle se forment les hernies obliques ou inguinales externes, est limitée en dedans par l'artère épigastrique, qui se trouve alors au côté interne du collet du sac. La seconde, *fossette inguinale interne*, est limitée en dehors par l'artère épigastrique, en dedans par l'artère ombilicale: les hernies qui se font par cette fossette sont appelées hernies inguinales internes ou directes; l'artère épigastrique se trouve en dehors du collet du sac. Enfin, entre la saillie de l'artère ombilicale oblitérée et le bord externe du muscle droit, se trouve la *fossette vésico-inguinale*: c'est par cet orifice que se font les hernies sus-pubiennes.

#### Canal crural.

Nous avons déjà dit que la partie supérieure et interne de la cuisse communique avec la cavité abdominale par un espace triangulaire formé en avant par l'arcade crurale, en arrière par le bord antérieur de l'os iliaque et le bord supérieur du pubis; cet espace est comblé en dehors par le muscle psoas iliaque, renfermé dans une gaine fibreuse spéciale qui contient aussi le nerf crural. Cette gaine fibreuse est renforcée à ce niveau par une bandelette qui, de l'épine iliaque antéro-supérieure, vient s'insérer à l'éminence ilio-pectinée. C'est la *bandelette ilio-pectinée*. L'espace compris entre la gaine du psoas en dehors et le ligament de Gimbernat en dedans est désigné sous le nom d'*anneau crural*. Il est formé: en avant par l'arcade fémorale; en arrière par le pubis, recouvert par le ligament sus-pubien de Cooper; en dedans par la base du ligament de Gimbernat; en dehors par la gaine du psoas. L'anneau crural, ainsi décrit (Deville) n'est autre chose que l'ouverture supérieure de la gaine des vaisseaux fémoraux; on y trouve donc de dehors en dedans l'artère fémorale, puis la veine, enfin les lymphatiques. Quelques auteurs ne désignent sous le nom d'anneau crural que l'espace compris entre le bord externe du liga-

— 14. Muscles petit oblique et transverse. — 15. Anses musculaires du muscle crémaster. — 16. Fascia superficialis. — 17. Aponévrose fémorale ouverte à sa partie antérieure pour laisser voir les rapports des vaisseaux au pli de l'aîne. — 18. Ouverture faite à l'aponévrose crurale et qui laisse voir le nerf crural et la gaine des psoas. — 19. Orifice qui donne passage à la veine saphène interne. — A. Artère fémorale. — B. Artère sous-cutanée abdominale. — C. Veine fémorale. — D. Veines sous-cutanées abdominales. — E. Veines génitales externes superficielles. — F. Veine saphène interne. — J. Ganglion lymphatique placé au devant du canal crural. — H. Ganglion lymphatique engagé dans l'orifice du canal crural. — K. Ligament suspenseur de la verge. — L. Ouverture du prépuce. — M. Orifice du canal de l'urètre.

ment de Gimbernat et les vaisseaux fémoraux ; cet anneau ne donnerait alors passage qu'aux lymphatiques. L'anneau crural est fermé par une membrane fibro-celluleuse, *fascia propria* de Cooper, *septum crural* de J. Cloquet. Cet orifice est l'ouverture la plus évasée d'un entonnoir, connu sous le nom de *canal crural*, dont les parois fibreuses sont formées : la paroi externe par le côté interne de la gaine du psoas ; la paroi postérieure par la gaine du muscle pectiné, et la paroi antérieure par l'aponévrose fémorale, percée en ce point d'un grand nombre de trous qui donnent passage à des vaisseaux lymphatiques ; l'orifice de la veine saphène, considéré comme le sommet de cet entonnoir, n'est autre chose qu'un trou plus grand que les autres. Cette lamelle antérieure est décrite à tort comme une aponévrose particulière sous le nom de *fascia cribriformis*, qui s'insérerait à toute l'étendue de la face externe du contour du ligament de Gimbernat, se continuerait en arrière avec la gaine du pectiné formant en dedans le repli falci-forme de Scarpa.

Le canal crural, ainsi décrit par Deville (1), n'est donc que la partie supérieure et évasée de la gaine des vaisseaux fémoraux, canal limité nettement en haut par l'anneau crural, et artificiellement en bas par une ligne fictive passant au niveau de l'embouchure de la veine saphène.

*Rapports.* — L'anneau crural est en rapport en dehors avec le psoas iliaque ; l'artère épigastrique côtoie son côté externe. Dans certaines anomalies, lorsque l'artère obturatrice naît d'un tronc commun avec l'épigastrique, si ce tronc est très-court, elle côtoie le bord supérieur, puis le bord interne de l'anneau, pour aller, en passant derrière le ligament de Gimbernat, gagner le trou sous-pubien.

#### *Aponévrose du petit oblique.*

Dans les trois quarts supérieurs, l'aponévrose du petit oblique présente deux feuillets : l'un, qui passe en avant du muscle droit, se réunit au feuillet du grand oblique, forme la paroi antérieure de la gaine du muscle droit antérieur ; l'autre, qui passe en arrière et est réuni à l'aponévrose du transverse, forme la paroi postérieure de la gaine même du muscle.

Dans son quart inférieur, le muscle petit oblique n'a qu'un seul feuillet qui passe en avant du muscle droit.

#### *Aponévrose du transverse.*

L'aponévrose antérieure, dans ses trois quarts supérieurs, se réunit au feuillet postérieur de l'aponévrose du petit oblique, et passe en arrière du muscle droit. Dans son quart inférieur, elle passe en avant de ce muscle avec cette même aponévrose.

Il résulte de cette disposition, que la gaine fibreuse qui enveloppe

(1) Deville, *Gazette des hôpitaux*, 1852, nos 141, 142, 144, 145, 147, 148, 150 et 151.

le muscle droit se trouve formée dans les trois quarts supérieurs de quatre feuillets : deux qui passent en avant, ce sont l'aponévrose du grand oblique et le feuillet antérieur de l'aponévrose du petit oblique ; deux passent en arrière, ce sont le feuillet postérieur de l'aponévrose du petit oblique et l'aponévrose du transverse.

Dans le quart inférieur, le muscle droit n'a pas de gaine en arrière. Sa partie antérieure est en rapport avec trois feuillets fibreux, qui sont le feuillet du grand oblique, le feuillet unique du petit oblique et celui du transverse.

L'aponévrose postérieure du muscle transverse se décompose en trois feuillets : l'antérieur s'attache à la base des apophyses transverses des lombes ; le moyen, au sommet de ces mêmes apophyses : c'est entre ces deux feuillets que se trouve le muscle carré des lombes ; enfin, le feuillet postérieur se confond avec l'aponévrose du muscle grand dorsal, et s'attache au sommet des apophyses épineuses : c'est entre ce feuillet et le feuillet moyen que se trouvent les muscles de la masse sacro-lombaire.

#### *Fascia transversalis et aponévrose sous-péritonéale.*

Le péritoine est doublé dans toute l'étendue des parois abdominales par une lame fibreuse à laquelle on a donné le nom d'*aponévrose péritonéale* ; cette aponévrose, très-mince en haut, est bien plus consistante à sa partie inférieure, où elle prend le nom de *fascia transversalis*.

Le *fascia transversalis* (fig. 87) ne serait donc autre chose que la partie inférieure de l'aponévrose sous-péritonéale. Cette aponévrose présente une *face antérieure*, qui est en rapport avec le muscle transverse, et qui forme la paroi postérieure du canal inguinal ; une *face postérieure* en rapport avec le péritoine ; un *bord supérieur*, qui se confond avec l'aponévrose sous-péritonéale ; un *bord inférieur*, qui s'insère sur l'arcade crurale ; un *bord interne*, qui passe en arrière du muscle droit et qui se confond avec l'aponévrose du côté opposé en s'attachant à la ligne blanche. Le *bord externe* s'insère sur le *fascia iliaca*.

Au niveau de l'anneau inguinal interne, le *fascia transversalis* se prolonge sur le cordon spermatique et descend avec lui dans le scrotum, où nous le retrouverons plus tard lorsque nous décrirons les enveloppes du testicule.

#### RÉGION ABDOMINALE SUPÉRIEURE, OU DIAPHRAGMATIQUE.

##### DIAPHRAGME.

*Préparation.* — Faites une incision cruciale à la paroi abdominale antérieure ; enlevez tous les viscères contenus dans la cavité abdominale, en ayant soin de comprendre l'œsophage et le rectum entre deux ligatures, afin d'empêcher l'écoulement des matières dans la cavité abdominale ; placez un billot à la région lom-