

De là, les fibres se dirigent transversalement vers la ligne blanche; les inférieures sont obliques en bas et en dedans.

D'autre part, il s'insère à toute l'étendue de la ligne blanche abdominale, et à la tunique fibreuse des bourses par quelques fibres qui descendent le long de l'arcade, et sortent par l'anneau inguinal pour concourir à la formation du muscle crémaster.

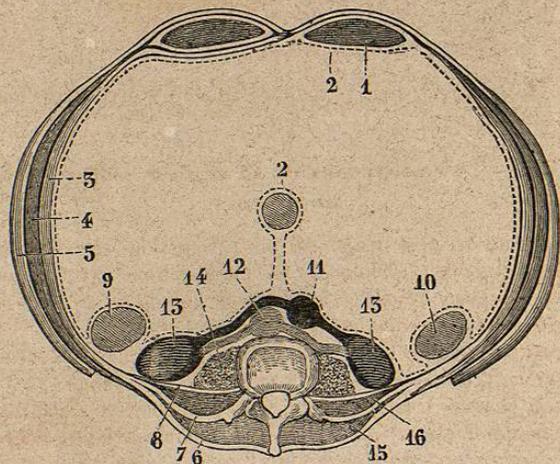


FIG. 34. — Coupe horizontale du tronc au niveau de la deuxième vertèbre lombaire, pour montrer les rapports des muscles et des aponévroses (à droite, la section du muscle droit est supposée faite à la partie inférieure).

1. Coupe du muscle droit, montrant les rapports de ce muscle dans le cinquième inférieur. — 2, 2. Péritoine. — 3. Coupe du transverse. — 4. Petit oblique. — 5. Grand oblique. — 6. Feuillelet postérieur de l'aponévrose du transverse. — 7. Feuillelet moyen. — 8. Feuillelet antérieur. — 9. Coupe du colon descendant. — 10. Coupe du colon ascendant. — 11. Veine cave inférieure. — 12. Aorte. — 13, 13. Reins. — 14. Coupe du psoas. — 15. Coupe des muscles spinaux. — 16. Coupe du carré des lombes.

Rapports. — Recouvert par le petit oblique, le muscle transverse recouvre le péritoine, dont il est séparé à la partie inférieure par le fascia transversalis. Au niveau du muscle droit, son aponévrose passe derrière ce muscle dans ses quatre cinquièmes supérieurs, et au-devant de lui dans son cinquième inférieur. Au niveau de son insertion à la colonne vertébrale, ses trois feuilles forment deux gâines pour le carré des lombes et pour les muscles spinaux. De plus, le feuillet antérieur est en rapport en avant avec le rein et le muscle psoas, le feuillet postérieur est en rapport en arrière avec les aponévroses des muscles petit oblique, petit dentelé infé-

rieur et grand dorsal, dont les feuillets superposés constituent l'aponévrose lombaire.

Action. — Les muscles de l'abdomen sont *expirateurs*. Ils agissent en comprimant les viscères abdominaux, qui refoulent le diaphragme; ils aident ainsi au retrait du poumon. (Rappelons ici que les expirations ordinaires se font sans le secours des muscles, par la seule élasticité des organes.)

Le muscle droit fléchit le bassin sur le thorax, et le thorax sur le bassin, selon qu'il prend son point d'insertion fixe en haut ou en bas.

Tous les muscles de la paroi abdominale reçoivent leurs nerfs des *nerfs intercostaux*.

§ 5. — Aponévroses de la région abdominale antérieure.

On donne le nom d'aponévroses d'insertion aux tendons des muscles larges de l'abdomen. Ces muscles sont enveloppés d'une couche celluleuse appelée *aponévrose d'enveloppe*, par opposition à l'*aponévrose d'insertion*, qui représente le vrai tendon.

Les aponévroses d'insertion des trois muscles larges s'entre-croisent sur la ligne médiane pour former la ligne blanche.

Si l'on considère la ligne blanche comme point de départ, on voit partir de chaque côté quatre feuillets aponévrotiques, dont deux passent en avant du muscle droit: c'est l'*aponévrose du muscle grand oblique*, doublée du *feuillet antérieur de l'aponévrose du petit oblique*. Les deux autres passent derrière le muscle droit: c'est l'*aponévrose du transverse*, doublée du *feuillet postérieur du petit oblique*.

Cette disposition n'existe pas à la partie inférieure de la paroi abdominale. A ce niveau, le petit oblique n'est pas dédoublé, et tous les muscles passent devant le muscle droit.

A l'étude des aponévroses de cette région se rapporte celle de la *ligne blanche*, de l'*ombilic*, de l'*arcade fémorale*, du *fascia transversalis* et du *canal inguinal*.

I. — LIGNE BLANCHE.

Raphé fibreux formé par l'entre-croisement des aponévroses des muscles larges de l'abdomen. Elle s'insère en haut à l'appendice xiphoïde, et en bas à la symphyse pubienne.

Sa largeur est déterminée par l'espace qui sépare les deux muscles droits. Elle est presque linéaire dans le tiers inférieur, où les muscles droits sont très-rapprochés, large de 2 ou 3 centimètres en haut. Dans une foule de points, la ligne blanche présente de petits

orifices losangiques qui donnent passage à des vaisseaux et à des nerfs. Parmi ces orifices, le plus remarquable est constitué par l'anneau ombilical.

II. — OMBILIC.

L'ombilic, ou anneau ombilical, est situé sur la ligne blanche, à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs.

1^o De l'ombilic chez l'adulte. — Selon qu'on l'examine par sa face postérieure ou sa face antérieure, il a une forme différente : 1^o par-devant, il a la forme d'un losange dont les quatre côtés sont formés par les faisceaux aponévrotiques entre-croisés des muscles de l'abdomen ; 2^o par derrière, l'ombilic a la forme d'une boutonnière dirigée transversalement, et formée de deux lèvres courbes qui se regardent par leur concavité. Le pourtour de l'ombilic est complètement fibreux.

Rapports. — La peau de cette région est rétractée, elle forme des plis et une dépression profonde ; le tissu cellulaire sous-cutané s'amincit et devient très-dense à ce niveau, il adhère intimement à la peau et au pourtour fibreux de l'ombilic, de sorte que dans cette région la peau est très-peu mobile. Sur la face postérieure de l'ombilic, on constate aussi une adhérence considérable du péritoine.

Chez les sujets bien musclés, et chez l'homme surtout, Richet a décrit et figuré une lamelle fibreuse connue sous le nom de *fascia umbilicalis*. Cette lamelle, triangulaire, a une face postérieure couverte par le péritoine, une face antérieure séparée de la ligne blanche par un espace rempli de graisse, deux bords latéraux qui s'insèrent sur la face postérieure de la gaine fibreuse du muscle droit, une base qui se perd insensiblement à 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'ombilic, et un sommet qui correspond à la partie inférieure de l'anneau ombilical.

Ce que l'on trouve dans l'anneau ombilical, chez l'adulte. — L'ombilic est divisé en deux parties bien distinctes. La moitié inférieure est fermée par un tissu de cicatrice qui réunit entre eux l'ouraque et les cordons fibreux qui remplacent les artères ombilicales. La moitié supérieure contient la veine ombilicale et une certaine quantité de tissu graisseux qui communique en avant avec le tissu graisseux sous-cutané, et en arrière avec l'espace situé entre la ligne blanche et le fascia umbilicalis. Cet espace, désigné par Richet sous le nom de *gouttière ombilicale*, renferme la veine ombilicale, qui se porte vers le foie.

2^o De l'ombilic chez le fœtus. — Chez le fœtus, il existerait, d'après Richet, au pourtour de l'anneau ombilical, du côté du péritoine, un relief rougeâtre composé de fibres musculaires lisses et de fibres élastiques, auquel cet auteur donne le nom de *sphincter*

ombilical. A cet âge, l'ombilic n'est pas déprimé, il est large et arrondi. La veine ombilicale, les artères ombilicales et l'ouraque le traversent et le ferment complètement. C'est par suite du développement que se montre le tissu graisseux qui existe chez l'adulte.

Modifications de l'ombilic à la naissance. — A la naissance, le sphincter ombilical se contracte, exerce une constriction sur les vaisseaux qui traversent l'ombilic, et, agissant à la manière d'un fil à ligature, détermine la chute du cordon.

Les artères ombilicales et la veine ombilicale oblitérées se transforment en cordons fibreux qui font l'office de ligaments. Ces cordons sont au nombre de quatre : trois se portent en bas sur la vessie : ce sont les artères ombilicales et l'ouraque ; un seul se porte en haut vers le foie, c'est la veine ombilicale. A mesure que l'enfant se développe, la cavité abdominale s'agrandit, le foie et le bassin s'écartent. En s'écartant, ils exercent sur l'ombilic une traction plus ou moins considérable au moyen des cordons fibreux : or, ces cordons étant au nombre de trois du côté du petit bassin, on comprend que l'anneau ombilical sera tiré vers le bassin avec une force bien plus considérable que celle qui tirera l'anneau en haut, où il n'existe qu'un cordon fibreux. Cette traction différente, exercée par ces cordons sur les deux moitiés de l'anneau ombilical, explique le relâchement de la partie supérieure qui se remplit de tissu graisseux, et la résistance de la partie inférieure, contre laquelle adhèrent l'ouraque et les artères ombilicales.

Pathologie.

L'ombilic est le siège de fistules et de hernies.

Les fistules peuvent être séreuses ou urinaires.

Les *fistules séreuses* laissent écouler de la sérosité qui vient du péritoine à travers une fissure de cette membrane (rares).

Les *fistules urinaires* s'observent plus souvent ; l'urine suinte par l'ombilic, elle passe par l'ouraque, qui est resté perméable.

Les *hernies ombilicales* ont toutes un *sac*, c'est-à-dire une enveloppe péritonéale ; cela n'est plus discutable aujourd'hui. On doit distinguer les hernies congénitales, celles du nouveau-né et celles de l'adulte.

La hernie ombilicale *congénitale* existe avant la naissance ; les viscères sortent par l'ouverture ombilicale. La tumeur paraît formée de trois lobes, parce que la veine et les artères ombilicales forment trois sillons à sa surface, et qu'elles viennent se réunir à son sommet, d'où semble partir le cordon ombilical. Comme la peau n'existe pas au niveau de la tumeur (puisque celle-ci empêche la formation de l'ombilic), le péritoine forme la seule enveloppe, ce qui rend le pronostic de cette hernie extrêmement grave.

La hernie *du nouveau-né* se produit au moment de la naissance, ou peu de temps après; la cicatrice ombilicale est déjà formée, et l'intestin passe par la moitié supérieure de l'anneau, partie la plus faible. Cette hernie est ordinairement petite, et on la guérit assez facilement, pourvu qu'elle soit maintenue par un bandage convenable (l'anneau se rétrécissant pendant la croissance).

La hernie *de l'adulte* guérit difficilement; elle se fait également par la portion supérieure de l'anneau.

L'*étranglement* des hernies ombilicales est très-grave; rarement l'opération est suivie de guérison. On débride en haut sur la ligne blanche, pour éviter la veine ombilicale, qui reste perméable dans quelques cas.

III. — ARCADE FÉMORALE.

Encore appelée *arcade crurale*, *ligament de Fallope*, *ligament de Poupart*, l'arcade fémorale est une bandelette fibreuse, étendue obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, et un peu d'arrière en avant. Sa forme est celle d'une gouttière à concavité supérieure. Elle décrit une légère courbe à convexité inférieure. On peut, pour faciliter la description, lui considérer deux extrémités, deux faces et deux bords.

Extrémité interne. — Elle s'insère sur l'épine du pubis, en se confondant avec le pilier externe de l'anneau inguinal.

Extrémité externe. — Elle s'insère sur l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Face supérieure. — En forme de gouttière, cette face, dans le tiers externe, donne insertion aux fibres des muscles petit oblique et transverse. Elle constitue dans ses deux tiers internes la paroi inférieure du canal inguinal.

Face inférieure. — La face inférieure, convexe, forme avec le bord antérieur de l'os coxal un espace triangulaire qui fait communiquer la cavité abdominale avec les parties profondes de la cuisse. Le muscle *psaos-iliaque* passe dans la moitié externe de cet espace et adhère intimement à l'arcade fémorale. La moitié interne correspond à la bandelette *ilio-pectinée* et au ligament de Gimbernat, ainsi qu'à l'orifice supérieur de la gaine des vaisseaux fémoraux placé entre la bandelette et le ligament. Au niveau de cet orifice, les vaisseaux fémoraux touchent l'arcade.

Bord antérieur. — Le bord antérieur donne attache à l'aponévrose du muscle grand oblique par sa lèvre supérieure, et à l'aponévrose fémorale par sa lèvre inférieure.

Bord postérieur. — Il donne insertion au fascia transversalis.

Structure. — L'arcade crurale est formée de deux parties : la portion directe, et la portion réfléchie.

1^o *Portion directe.* — C'est un simple ligament, qui s'insère par son extrémité externe à l'épine iliaque antérieure et supérieure, et par son extrémité interne à l'épine du pubis.

2^o *Portion réfléchie.* — La portion réfléchie de l'arcade crurale est formée par la terminaison des fibres aponévrotiques du muscle grand oblique sur la portion directe. Ces fibres, comme nous l'avons déjà dit plus haut, contractent une adhérence intime avec le bord antérieur de l'arcade crurale, pour aller se terminer ensuite, les externes sur l'aponévrose du muscle *psaos-iliaque*, avec laquelle elles se confondent; les moyennes, sur l'éminence *ilio-pectinée*, par un faisceau appelé *bandelette ilio-pectinée*; les internes, sur la crête pectinéale, par un faisceau considérable appelé *ligament de Gimbernat*.

Bandelette ilio-pectinée. — Elle divise l'espace compris entre l'arcade crurale et l'os coxal en deux parties : l'une externe, dans laquelle passent le muscle *psaos-iliaque* et le nerf crural; l'autre interne, qui constitue l'orifice supérieur de la gaine des vaisseaux fémoraux, ou *anneau crural* de quelques auteurs. Cette bandelette paraît s'insérer en haut sur le milieu de l'arcade fémorale, et s'attache en bas sur l'éminence *ilio-pectinée*. Au premier aspect, on dirait qu'elle n'est autre chose qu'une portion épaissie de l'aponévrose du muscle *psaos*.

Ligament de Gimbernat. — Il constitue un faisceau fibreux de forme triangulaire, situé à la partie la plus interne de l'espace compris entre l'arcade crurale et l'os coxal. Ce ligament présente :

1^o Une *face inférieure* (qu'on est toujours tenté d'appeler antérieure, parce que l'on ne se rappelle pas assez l'inclinaison considérable du bassin sur la colonne vertébrale), en rapport avec du tissu cellulaire.

2^o Une *face supérieure*, qui regarde la cavité abdominale et qui est recouverte par le péritoine.

3^o Un *bord antérieur*, confondu avec la partie interne de l'arcade crurale.

4^o Un *bord postérieur*, qui s'insère sur la partie interne de la crête pectinéale. Au niveau de cette crête, le ligament de Gimbernat confond ses insertions avec le ligament de Collès, avec le bord supérieur de l'aponévrose pelvienne, avec l'aponévrose d'enveloppe du

muscle pectiné, et avec le feuillet profond de l'aponévrose fémorale pour former le *ligament pubien* de Cooper.

5° Un *bord externe* concave, base du triangle; il forme l'angle interne de l'anneau crural.

6° Un *sommet* qui répond à l'épine du pubis, au point d'insertion de l'arcade fémorale.

(Nous avons déjà dit que le ligament de Gimbernat et la bandelette ilio-pectinée sont considérés par quelques auteurs comme une dépendance directe de l'arcade fémorale.)

Pathologie.

On croyait autrefois que les hernies crurales s'étranglaient sur le ligament de Gimbernat; aussi cherchait-on à lever l'étranglement en incisant ce ligament. Ce n'est que très-exceptionnellement que l'étranglement a lieu à ce niveau; c'est, presque toujours à l'une des ouvertures du fascia crebriformis.

IV. — FASCIA TRANSVERSALIS.

Entre le péritoine et le muscle transverse, il existe une couche celluleuse appelée *fascia propria*. A mesure qu'on se rapproche de la partie inférieure de la paroi abdominale, cette couche celluleuse s'épaissit et constitue une aponévrose qui double la face postérieure du canal inguinal; cette aponévrose s'appelle *fascia transversalis*.

Le fascia transversalis se présente différemment selon les sujets. Chez les uns, il forme seulement une lamelle celluleuse; chez les autres, une couche fibreuse. Dans la majorité des cas, comme le fait observer Richet, il présente la disposition suivante: il est formé de deux lamelles, l'une fibreuse accolée à la face postérieure du muscle transverse, c'est le *fascia transversalis fibreux* de Richet, ou le *vrai fascia transversalis* de Thompson; l'autre celluleuse, située entre la précédente et le péritoine, c'est le *fascia transversalis celluleux* de Richet ou le *fascia transversalis* de Thompson.

1° **Fascia transversalis fibreux.** — C'est une lamelle fibreuse, triangulaire, formée de fibres verticales et horizontales entrecroisées. On peut lui considérer trois bords et deux faces.

Bord supérieur. — Il se confond insensiblement avec le fascia propria.

Bord interne. — Il s'insère sur le bord externe du muscle droit, et, pour mieux dire, sur le bord externe de la gaine fibreuse de ce muscle; il y a donc un fascia à droite et un fascia à gauche.

Bord externe ou inférieur. — Il s'insère sur le bord postérieur de l'arcade fémorale. (Selon Thompson, ce bord ne ferait

que s'accoler à l'arcade. Sa moitié externe s'insérerait sur l'aponévrose du muscle psoas-iliaque, tandis que sa moitié interne glisserait sous l'arcade pour aller tapisser la face profonde de la paroi antérieure de la gaine des vaisseaux fémoraux.) La partie la plus interne de ce bord, au lieu de se terminer à l'arcade fémorale, se porte sur le pubis pour former sur l'anneau crural une lamelle fibreuse que, en 1817, Jules Cloquet décrivit sous le nom de *septum crurale*.

Face postérieure. — Elle est en rapport avec le fascia transversalis celluleux, qui la sépare du péritoine (voy. fig. 37).

Face antérieure. — Elle est en rapport avec la partie inférieure du muscle transverse, et constitue la *paroi postérieure du canal inguinal*.

2° **Fascia transversalis celluleux.** — C'est une couche celluleuse située entre le péritoine et le fascia transversalis fibreux. Elle n'a pas de limites précises comme la couche fibreuse, et son existence n'est pas constante. L'artère épigastrique est logée dans l'épaisseur de cette membrane, qui se confond en haut avec le fascia propria, comme le fascia fibreux. Elle passe derrière les muscles droits, qu'elle sépare du péritoine. Elle se confond en bas et en dehors avec le tissu cellulaire sous-péritonéal de la fosse iliaque et du petit bassin. C'est cette couche celluleuse sous-péritonéale qui facilite le glissement du péritoine, lorsque celui-ci est entraîné dans la formation des hernies.

V. — RÉGION ILIO-INGUINALE ET CANAL INGUINAL.

La *région ilio-inguinale* représente un triangle limité en bas par l'arcade crurale, en dedans par le bord externe du muscle droit de l'abdomen, en haut par une ligne étendue horizontalement de l'épine iliaque antérieure et supérieure au muscle droit. On y trouve d'avant en arrière: 1° la peau; 2° le tissu cellulaire sous-cutané; 3° l'aponévrose d'enveloppe du muscle grand oblique; 4° l'aponévrose d'insertion du même muscle; 5° la partie inférieure des muscles petit oblique et transverse; 6° le fascia transversalis fibreux; 7° le fascia transversalis celluleux; 8° le péritoine, doublé du tissu cellulaire sous-péritonéal.

C'est entre ces diverses couches qu'est placé le *canal inguinal*. On donne ce nom impropre à un trajet oblique situé dans la région ilio-inguinale, immédiatement au-dessus de l'arcade crurale.

Le canal inguinal suit la direction de l'arcade fémorale, c'est-à-dire qu'il se dirige en bas, en dedans et en avant. Selon J. Cloquet et Richet, il est de 4 ou 5 millimètres plus long chez la femme que

chez l'homme, sa longueur moyenne étant de 5 centimètres et demi, mesurée au niveau de l'arcade crurale.

Ce canal présente à étudier deux orifices, trois parois et un contenu.

Dissection. — Pour préparer le canal inguinal, faites une incision un peu en dehors de la ligne médiane, depuis le pubis jusqu'à un point voisin de l'ombilic; une incision oblique, le long de l'arcade, crurale partira de l'extrémité inférieure de la précédente. Vous relèverez le lambeau limité par ces deux incisions jusqu'à une hauteur de 8 à 10 centimètres. Mettez à nu les fibres blanches du grand oblique et une portion du cordon spermatique à sa sortie de l'anneau inguinal. Pour voir le contenu du canal et les parois postérieure et inférieure, il suffit d'inciser la paroi antérieure obliquement en haut et en dehors, et de renverser cette paroi en bas.

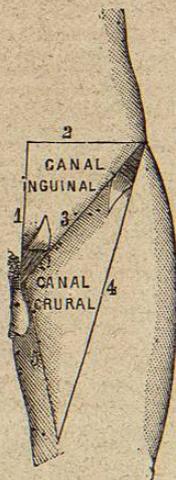


FIG. 35. — Dissection du canal inguinal et du canal crural (côté gauche).

1, 2. Incisions interne et inférieure pour le canal inguinal. — 3. Limite au niveau de laquelle le lambeau cutané doit être relevé. — 4. Incision supérieure et externe pour le canal crural et le triangle de Scarpa. — 5. Limite au niveau de laquelle le lambeau cutané doit être renversé.

Orifice cutané. — Appelé encore *superficiel* ou *anneau inguinal*, cet orifice, de forme ovulaire, est situé au-dessus du corps du pubis, en avant du muscle droit. Son grand diamètre, oblique en bas et en dedans, a une longueur de 2 centimètres et demi à 3 centimètres. Il est limité en dedans par le *pilier interne* ou *supérieur*, dépendance du grand oblique, qui s'insère par quelques fibres à l'angle du pubis, les autres fibres allant concourir à la formation du ligament antérieur de la symphyse du pubis. En dehors, il est limité par le *pilier externe* ou *inférieur*, dépendance du grand oblique, qui s'insère par quelques fibres à l'épine pubienne, les autres fibres s'entre-croisant au-devant de la symphyse pubienne avec celles du côté opposé. En bas, il est limité par l'espace qui sépare l'angle de l'épine du pubis et par le *ligament de Colles*, ou

pilier postérieur, qui s'y insère. En haut, il est limité par des fibres aponévrotiques minces, venues du grand oblique du côté opposé; ces fibres, qui décrivent des courbes convexes en bas et en dedans, sont désignées sous le nom de *fibres intercolonnaires* ou de *fibres en sautoir*. Elles préviennent l'écartement des deux piliers interne et externe (voy. fig. 36).

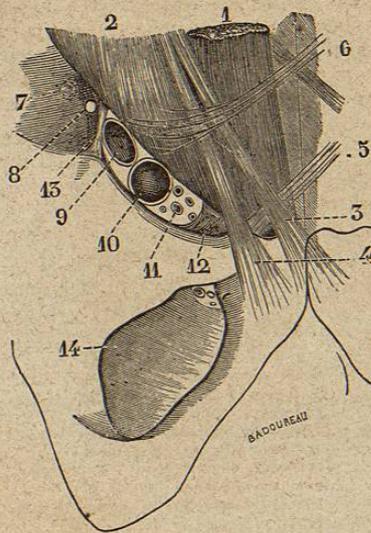


FIG. 36. — Canal inguinal et anneau crural (côté droit).

1. Muscle droit. — 2. Grand oblique. — 3. Pilier interne de l'anneau inguinal (faisceau du grand oblique). — 4. Pilier externe (faisceau du grand oblique). — 5. Pilier postérieur ou ligament de Colles venu du grand oblique du côté opposé. — 6. Faisceau venu du côté opposé pour former les fibres arciformes de l'anneau inguinal, orifice limité par les faisceaux fibreux 3, 4, 5 et 6. — 7. Coupe du psoas-iliaque. — 8. Coupe du nerf crural situé dans le muscle. — 9. Artère fémorale. — 10. Veine fémorale. — 11. Lymphatiques. Ces trois sortes de vaisseaux sont contenus dans l'anneau crural, anneau dont l'angle interne est limité par le ligament de Gimbernat, 12, le côté externe par la bandelette ilio-pectinée, 13. — 14. Membrane obturatrice, échancrée à la partie supérieure pour le passage du nerf et des vaisseaux obturateurs.

Cet orifice est placé sous la peau. Il est traversé par les éléments du cordon spermatique. L'aponévrose d'enveloppe du muscle grand oblique se jette sur le cordon, qu'elle accompagne jusqu'au fond des bourses, où elle constitue la tunique celluleuse.

Orifice péritonéal. (Fig. 37.) — Appelé aussi *profond*, il est situé sur le milieu d'une ligne qui irait directement de l'épine iliaque supérieure à l'épine pubienne, à 2 centimètres au-dessus de l'arcade fémorale.

Le nom d'*orifice* est impropre, il n'y a pas d'ouverture à ce niveau, attendu que le fascia transversalis est très-adhérent aux organes qui viennent du canal inguinal, et qui se séparent sous le péritoine, pour se porter dans diverses directions : vaisseaux spermatiques, canal déférent. Lorsqu'on renverse la paroi abdominale sur les cuisses du sujet, on voit cependant une légère dépression, *fosslette inguinale externe*, qui correspond à ce point.

Au moment de la naissance, cette ouverture existe, elle est l'orifice péritonéal d'un petit canal, *canal vagino-péritonéal*, qui fait communiquer le péritoine avec la tunique vaginale; mais ce canal s'oblitére bientôt après, le péritoine disparaissant, et le prolongement que le fascia transversalis envoie aux organes du canal inguinal se resserrant sur eux.

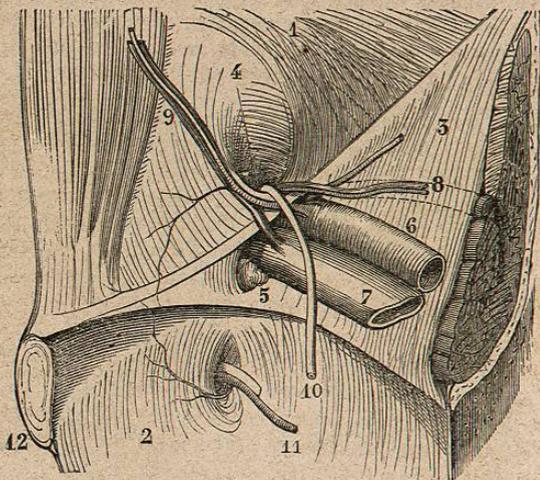


FIG. 37. — Canal inguinal du côté droit, vu du côté du péritoine.

1. Bord supérieur du fascia transversalis. — 2. Obturateur interne. — 3. Fosse iliaque et artère circonflexe iliaque. — 4. Orifice péritonéal du canal inguinal. On y voit le canal déférent, 10, qui se porte vers le petit bassin, et les vaisseaux spermaticques, 8, qui glissent sur la face antérieure du psoas-iliaque pour se porter vers la région lombaire. — 5. Anneau crural. En dedans de cet anneau on voit le ligament de Gimbernat. — 6. Artère iliaque externe. — 7. Veine iliaque externe. — 8. Vaisseaux spermaticques. — 9. Vaisseaux épigastriques; l'artère, à son origine, embrasse la concavité du canal déférent. — 10. Canal déférent. — 11. Vaisseaux et nerf obturateurs. — 12. Pubis.

En examinant avec soin le point où le canal déférent traverse le fascia transversalis pour se porter dans le petit bassin, on remarque une sorte de croissant fibreux, à concavité externe et supérieure, embrassant le canal déférent et paraissant formé par le tiraillement exercé par celui-ci sur le bord de l'ouverture.

Paroi antérieure. — Rigide, épaisse et résistante, elle est formée par l'aponévrose d'insertion du muscle grand oblique.

Paroi postérieure. — Plus ou moins résistante selon les sujets, cette paroi est formée par le fascia transversalis fibreux, et au niveau de l'orifice cutané, par la face antérieure du muscle droit.

Paroi inférieure. — Concave, très-étroite, cette paroi est constituée par la face supérieure de l'arcade fémorale.

La paroi inférieure est intimement confondue avec l'antérieure et la postérieure; mais ces deux dernières ne se réunissent pas en haut: elles sont séparées par le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse, qui plongent dans l'intérieur du canal et qui sortent par l'anneau inguinal avec les éléments du cordon, pour concourir à la formation du muscle crémaster. Ces muscles peuvent être considérés comme faisant partie du contenu du canal, puisqu'ils sont situés entre les parois antérieure et postérieure.

Contenu. — Ce sont les éléments du cordon spermatique; on y trouve: le canal déférent, l'artère spermatique, l'artère déférentielle d'Astley Cooper, les veines spermaticques, les vaisseaux lymphatiques, le plexus spermaticque, le plexus déférentiel. Tous ces organes sont enveloppés immédiatement, dans l'intérieur du canal, par une couche fibreuse dépendant du fascia transversalis, et plus superficiellement par les fibres musculaires inférieures des muscles petit oblique et transverse. L'artère funiculaire, branche de l'épigastrique, et des filets nerveux du grand abdomino-génital et du petit abdomino-génital, branches collatérales du plexus lombaire, se distribuent aux enveloppes du cordon.

Chez la femme, le canal inguinal renferme seulement le ligament rond, ainsi qu'un prolongement du péritoine qui s'enfonce dans la grande lèvres et qu'on appelle *canal de Nuck*.

Rapports. — Le canal inguinal est recouvert par la peau en avant, et par le fascia transversalis celluleux et le péritoine en arrière. On trouve sur sa face postérieure l'artère épigastrique, qui croise sa direction et qui sépare deux dépressions. L'une de ces dépressions, située en dehors de l'artère, correspond à l'orifice péritonéal du canal inguinal et porte le nom de *fossette inguinale externe*. L'autre, située en dedans de l'artère, correspond à l'orifice cutané et porte le nom de *fossette inguinale interne*. En bas, le canal inguinal est en rapport avec l'anneau crural, l'artère et la veine fémorales.

Développement. — Jusqu'au septième mois de la vie intra-utérine, le canal inguinal n'est qu'une ouverture; à cette époque, les deux orifices sont situés en face l'un de l'autre. A partir du septième mois, le testicule traverse cette ouverture et entraîne le péritoine, qui doit former plus tard la tunique vaginale. Le canal séreux inclus dans le canal inguinal, et qui fait communiquer le péritoine avec la tunique vaginale, est connu sous le nom de *canal vagino-péritonéal*. Les deux orifices s'écartent par suite du développement

du bassin et de la paroi abdominale, et à la naissance le canal de communication des deux séreuses s'oblitére dans la majorité des cas.

Pathologie.

Les *hernies inguinales* se montrent toutes à l'orifice cutané du canal inguinal, et se portent ensuite vers le scrotum.

La variété la plus commune est la *hernie inguinale externe* : l'intestin refoule le péritoine au niveau de la fossette inguinale externe, s'en forme une enveloppe, et parcourt toute la longueur du canal inguinal avant de sortir par l'anneau inguinal. Dans cette variété de hernie, le *collet* (ouverture établissant la séparation entre la cavité du péritoine et celle du sac) est situé en dehors de l'artère épigastrique.

Si le canal vagino-péritonéal n'est pas oblitéré et si cette hernie se montre, il n'y a pas de *sac*, et l'intestin pénètre directement dans la tunique vaginale : c'est la *hernie inguinale congénitale*.

La *hernie inguinale interne* est formée par l'intestin refoulant directement la paroi postérieure du canal inguinal au niveau de la fossette inguinale interne, et passant par l'anneau inguinal. Ici le *collet* de la hernie est situé en dedans de l'artère épigastrique.

Par exception, l'intestin qui doit former la hernie inguinale peut refouler le péritoine dans la fossette vésico-pubienne, entre l'ouraque et l'artère ombilicale oblitérée, et se diriger ensuite en bas et en dehors pour sortir par l'anneau inguinal : c'est la *hernie inguinale oblique interne* de Velpeau.

§ 6. — Muscles de la région postérieure du tronc.

1° Dos : 4 COUCHES.

- | | |
|----|--|
| 1° | Trapèze. |
| 2° | { Rhomboïde.
Grand dorsal. |
| | { Petit dentelé postérieur et supérieur. |
| 3° | { Petit dentelé postérieur et inférieur. |
| | { Sacro-lombaire. |
| 4° | { Long dorsal.
Transversaire épineux. |

2° NUQUE : 3 COUCHES.

- | | |
|----|--|
| 1° | { Splénius.
Angulaire de l'omoplate. |
| 2° | { Grand complexus.
Petit complexus.
Transversaire du cou. |
| | { Grand droit postér. de la tête.
Petit droit postér. de la tête. |
| 3° | { Grand oblique.
Petit oblique.
Interépineux. |

Dissection et généralités. — Cette région, limitée en haut par la ligne courbe supérieure de l'occipital, en bas par la crête iliaque et le sommet du coccyx, sur les côtés par le bord externe du muscle grand dorsal inférieurement et celui du trapèze supérieurement, prend le nom de *nuque* à la partie supérieure, et de *dos* à la partie inférieure. Le dos et la nuque se confondent par les extrémités des muscles qui se

portent d'une région à l'autre. On trouve de chaque côté de la ligne médiane dix muscles dans la nuque et huit dans le dos. Ils se superposent par couches, comme l'indique le tableau ci-contre, dont l'étude facilitera la connaissance des rapports qu'ils affectent entre eux. Ces couches sont désignées sous les noms de première, deuxième, troisième, en allant de la peau vers les os.

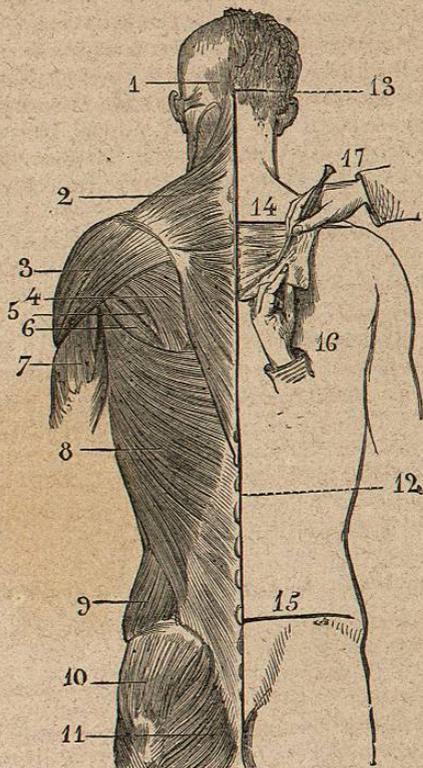


FIG. 38. — Muscles du dos.

1. Occipital. — 2. Trapèze. — 3. Dectoïde. — 4. Sous-épineux. — 5. Petit rond. — 6. Grand rond. — 7. Triceps. — 8. Grand dorsal. — 9. Grand oblique de l'abdomen. — 10. Moyen fessier. — 11. Grand fessier. — 12, 13, 15. Incision verticale pour la dissection des muscles du dos et de la nuque. — 14. Incision horizontale au niveau de laquelle on commence la dissection. — 16. Main gauche soulevant un lambeau de peau. — 17. Main droite portant le tranchant du scalpel au fond de l'angle formé par la peau et l'aponévrose.

Placez un billot sous la poitrine du sujet. Faites trois incisions : une verticale, étendue de la protubérance occipitale externe au coccyx ; deux