

Ce fascia ne donnant pas attache aux muscles, comment se comportent ces derniers au-dessous de l'ombilic?

La figure 212 en donne une idée exacte. Le feuillet antérieur de la gaine du grand droit se divise, comme au-dessus de l'ombilic, en deux lames. La lame superficielle, beaucoup plus large qu'au-dessus de l'ombilic, donne insertion aux fibres du grand oblique et forme l'aponévrose de ce muscle; la lame profonde sert d'attache commune aux muscles petit oblique et transverse: c'est ce que l'on a appelé le *tendon conjoint* de ces muscles. Le muscle transverse et le droit antérieur sont donc recouverts, à leur face profonde, par le fascia transversalis, en arrière duquel on trouve le tissu cellulaire sous-péritonéal et le péritoine.

Il résulte de cette disposition des aponévroses au niveau du bord externe du muscle grand droit que la paroi est très amincie en ce point au-dessus et plus encore au-dessous de l'ombilic (les figures 211 et 212 en fournissent une démonstration très nette). Il en résulte aussi une ligne déprimée située sur le trajet du bord externe de chacun des droits: on la désigne du nom de *ligne de Spiegel*. La paroi abdominale est certainement moins épaisse en ce lieu; mais est-elle pour cela moins résistante? J'en suis sûr: les plans fibreux résistent mieux à la distension que les plans musculaires et je n'ai pas souvenir, pour mon compte, d'avoir observé de hernie ni d'éventration sur le trajet de cette ligne.

Les *artères* de la paroi abdominale antérieure proviennent de sources multiples: la mammaire interne en haut; l'épigastrique et la sous-cutanée abdominale en bas; les dernières intercostales, les lombaires et la circonflexe iliaque en dehors. Il faut noter l'anastomose de l'épigastrique et de la mammaire interne, qui contribue à rétablir la circulation dans le membre inférieur après la ligature des iliaques et de l'aorte. La direction et les rapports de l'artère épigastrique seront plus utilement signalés en étudiant le canal inguinal. Cette artère peut être intéressée dans une plaie de la paroi abdominale et, vu son rapprochement du péritoine, le sang a plus de tendance à s'épancher dans la cavité abdominale qu'au dehors, en sorte que le diagnostic de la blessure artérielle est fort difficile.

Les *veines profondes* suivent exactement le trajet des artères. Il n'en est pas de même des *veines superficielles*: très nombreuses, elles s'anastomosent avec celles du thorax et subissent une dilatation considérable quand il existe un obstacle à la circulation de la veine cave inférieure.

Les *vaisseaux lymphatiques* se divisent également en superficiels et profonds. Les vaisseaux profonds, suivant le trajet des artères et des veines, vont aboutir aux ganglions iliaques ou lombaires. Parmi les vaisseaux superficiels, ceux qui naissent au-dessus de l'ombilic se rendent aux ganglions de l'aisselle; ceux qui naissent au-dessous aboutissent aux ganglions de l'aîne.

Les *nerfs* proviennent des cinq dernières paires intercostales (Voy. fig. 129, p. 402) et des deux branches abdomino-génitales du plexus lombaire.

D'abord situés profondément, ces nerfs cheminent d'arrière en avant entre le transverse et le petit oblique, puis entre celui-ci et l'aponévrose du grand oblique. Arrivés au bord externe du muscle grand droit, ils fournissent un rameau *perforant* qui se porte d'arrière en avant pour se distribuer à la peau, et un rameau, qui, pénétrant dans la gaine du grand droit, anime ce muscle et aboutit finalement aux téguments de la ligne médiane.

Il existe un vice de conformation de la paroi abdominale consistant en l'absence d'une portion de la région antéro-latérale. On observe en même temps