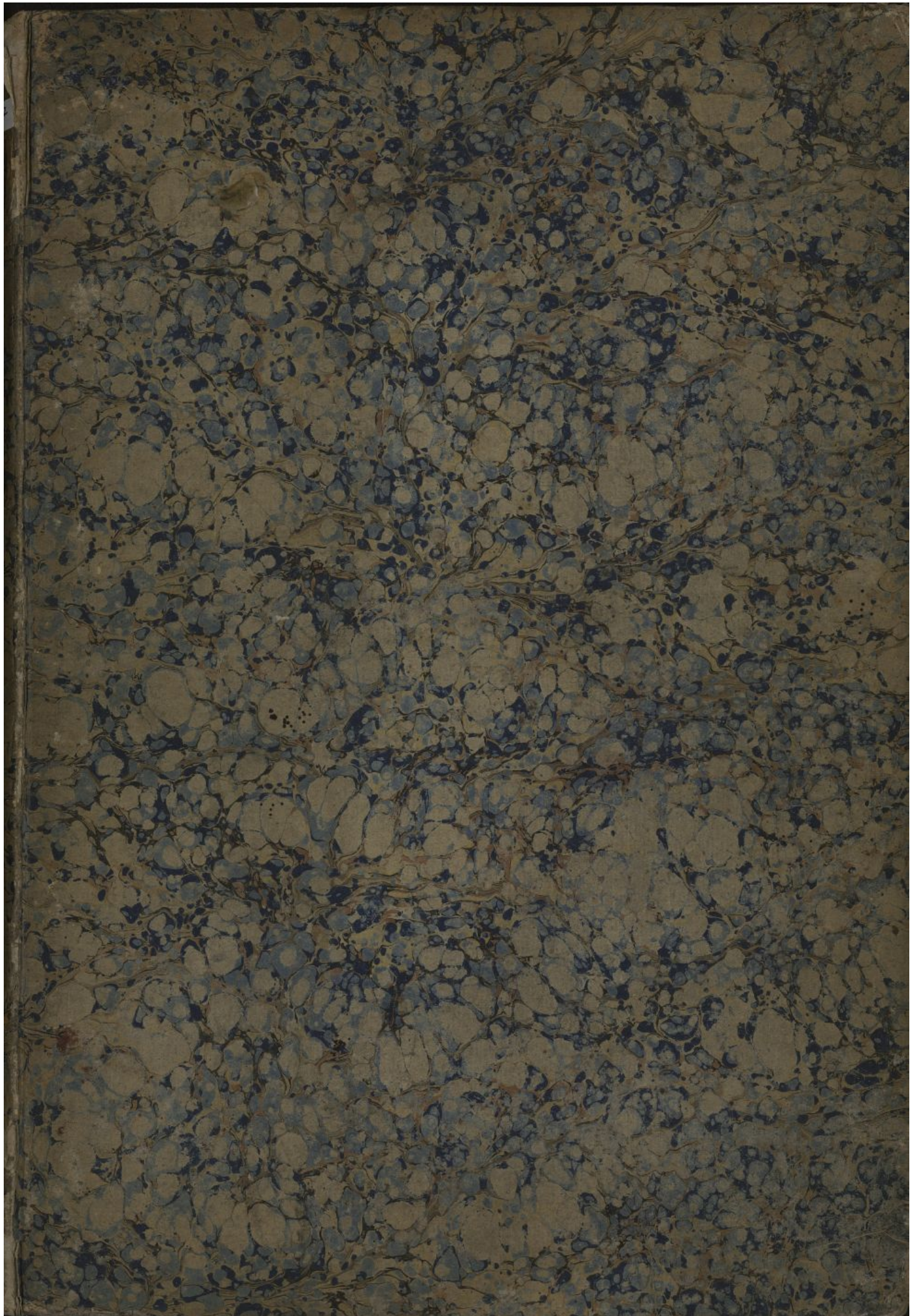


Gautier d'Agoty, Jacques-Fabien.

**Anatomie des parties de la
génération, et de ce qui concerne la
grossesse et l'accouchement, jointe a
l'angéologie de tout le corps humain,
avec des planches imprimées en
couleur, selon le nouvel art, Seconde
édition augmentée de la coupe de la
symphise. Par M. Gautier Dagoty
Pere, anatomiste pensionné du Roi.**

*A Paris : Chez Demonville, Imprimeur-Libraire de
l'Académie Française, rue Saint Séverin, vis-à-vis
celle Zacharie, aux armes de Dombes, 1778.*

Cote : 2307



□

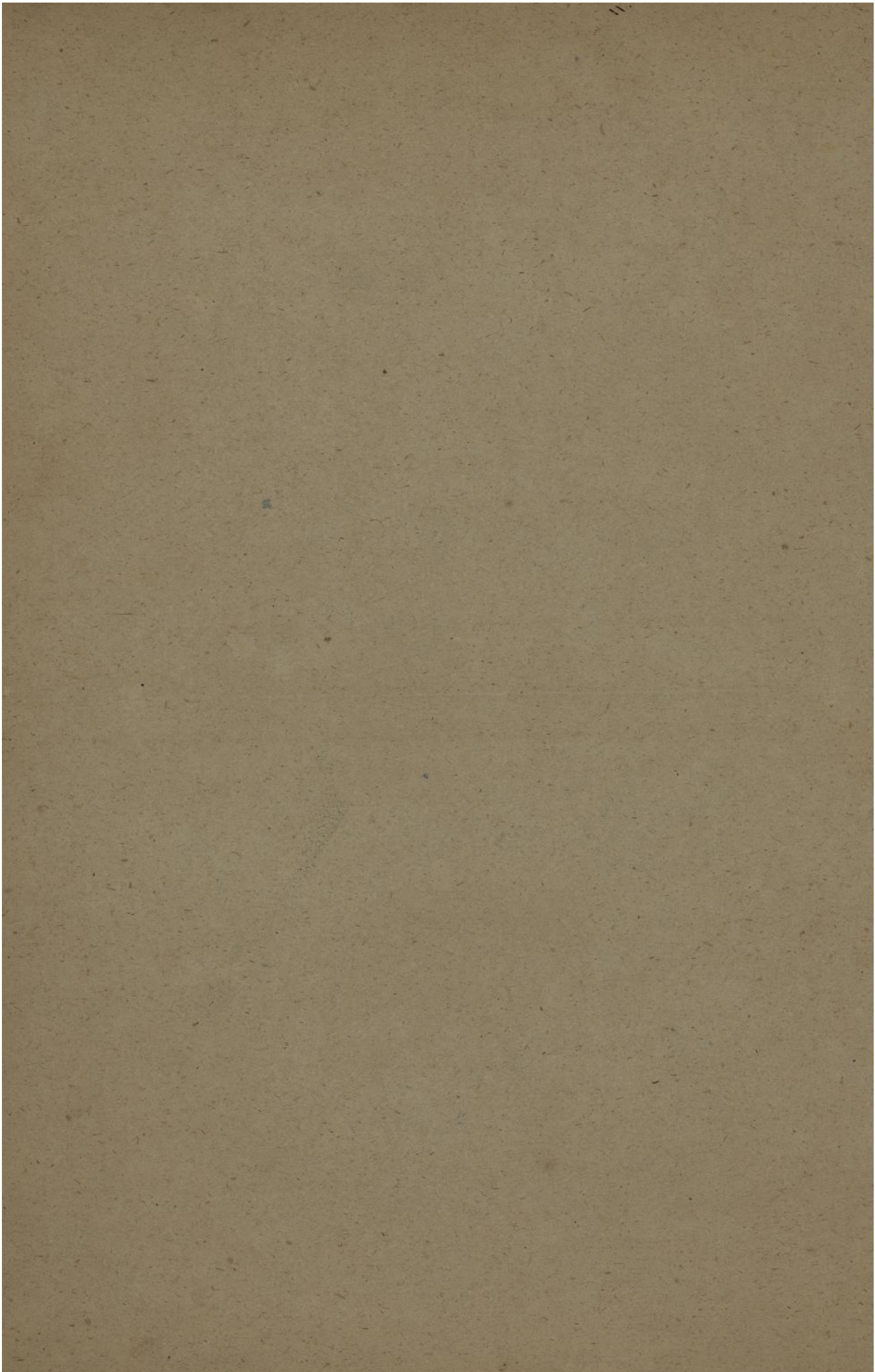
D:OK



2307

Van Vrangot 42015

A. Linder



ANATOMIE
DES PARTIES
DE LA GÉNÉRATION,
ET DE CE QUI CONCERNE
LA GROSSESSE
ET L'ACCOUCHEMENT,
JOINTE A L'ANGÉOLOGIE
DE TOUT LE CORPS HUMAIN,
AVEC DES PLANCHES IMPRIMÉES EN COULEUR,
SELON LE NOUVEL ART,

SECONDE ÉDITION,
AUGMENTÉE DE LA COUPE DE LA SYMPHISE.

PAR M. GAUTIER DAGOTY Pere, Anatomiste Pensionné du Roi.

Impersēdus adhuc infans genitricis ab alvo. (Ovid.)



A PARIS,
CHEZ DEMONVILLE, Imprimeur-Libraire de l'Académie Française, rue Saint
Severin, vis-à-vis celle Zacharie, aux Armes de Dombes.

M. DCC. LXXVIII.
AVEC APPROBATION, ET PRIVILÈGE DU ROI.

ANATOMIE

DES PARTIES

DE LA GÉNÉRATION,

ET DE CE QUI CONCERNE

LA GROSSESSE

ET L'ACCOUCHEMENT,

JOINTES A L'ANATOMIE

DE TOUT LE CORPS HUMAIN,

AVEC DES PLANCHES IMPRIMÉES EN COULEUR,

SELON LE MATHÉMATIEN.

SECONDE ÉDITION.

ACCOMPAGNÉE DE LA COUPE DE LA SYMPHISE.

Par M. GAVIUS LACROIX, Médecin de l'École de Médecine de Paris.

Paris chez M. LACROIX, Libraire, Palais National, ci-devant de la Nation, ci-après de la Liberté, ci-devant de la Concorde, ci-après de la République, ci-devant de la Nation, ci-après de la Liberté, ci-devant de la Concorde, ci-après de la République.

PARIS.

Chez BENOIST, Libraire, Palais National, ci-devant de la Nation, ci-après de la Liberté, ci-devant de la Concorde, ci-après de la République.

M. DCC. LXXVIII.

AVEC PERMISSION ET PRIVILEGE DU ROI.

TABLE GÉNÉRALE ET DÉTACHÉE :

Pour la commodité des Etudiens : on ajoute cette Table ici , que l'on peut couper & détacher du Livre , pour parcourir les Planches & les Figures , ce qui m'a déjà été demandé plusieurs fois.

ANGELOGIE.

Les Artères.

LE CŒUR (Planc. I. fig. I.) 1. 2. 3. 4. 2 la pointe, 1. 3. la base, 3 l'oreillette droite. (Planc. VIII. fig. III.) 1. 2. 3. L'oreillette droite ouverte; 1. le haut de l'oreillette; 2 l'issue des veines coronaires; 3 le trou oval. fig. V. b. c. Le canal artériel; (Planc. VIII. fig. IV.) le Timus a.
L'AORTE SUPÉRIEURE. (Planc. I. fig. I.) 5. Sa Courbure; (Planc. VIII. fig. III.) e. Sa croiffe; fig. V. b.
Les Carotides (Planc. I. fig. I.) 6. Le Tronc commun gauche; 15 l'Interne; 16 l'Externe; 10 le Tronc commun avec la Sousclavière.
Les Sousclavières (Planc. I. fig. I.) 7, 12. La Cervicale (id.) 8, 15.
La Mammaire interne (Planc. III. fig. I.) 4. 20. 21. (Planc. VII. fig. I.) d.
La Mammaire externe (Planc. I. fig. I.) 97. (Planc. VII. fig. I.) e.
La Thyroïdienne (id.) a.
La Sublinguale. (id.) b.
La Maxillaire inf. (id.) c. La Maxillaire ext. (id.) d.
La Maxillaire int. (id.) e.
Ses rameaux. f. g. h.
Branche du Muscle Masseter i.
L'Occipitale (id.) k.
L'Auriculaire (id.) l.
L'AXILLAIRE. Planc. I. fig. II. 13.
La Brachiale (id.) 40. fig. II. 40.
La Cubitale (id.) 41, fig. II. 41.
La Radiale (id.) 42, fig. II. 42.
L'Intéressuse. (id.) 43. fig. II. 43.
Les Collatérales du bras (id.) 44, fig. II. 44.
L'AORTE INFÉRIEURE (Planc. I. fig. I.) 68 (Planc. II. fig. II.) g. (Planc. III. fig. I.) 10. (Planc. VI. fig. V.) I.
Le Tronc cœliaque (Planc. I. fig. I.) 69. (Planc. II. fig. II.) Sa Coupe. b.
La Mésenterique supérieure (Planc. I. fig. I.) 73 (Planc. II. fig. II.) c.
La Mésenterique inf. (Planc. I. fig. I.) 74. (Planc. II. fig. II.) o.
Les Reinales & Capsulaires. (Planc. I. fig. I.) 75 (Planc. II. fig. II.) h sur le rein droit. (Planc. I. fig. I.) 56 su, le gauche, &c. 57 & 58.
Les Spermatiques (Planc. I. fig. I.) 76. (Planc. II. fig. II.) m. n. (Planc. III. fig. I.) 14.

LES ILIAQUES COMMUNES (Planc. I. fig. I.) 77. (Planc. III. fig. I.) 22 les internes (Planc. VI. fig. V.) K. L.
Les Iliques externes (Planc. I. fig. I.) 78 (Planc. II. fig. II.) qq. (Planc. VI. fig. V.) M.
L'Arrière sacrée (Planc. II. fig. II.) r.
Les hypogastriques (Planc. I. fig. I.) 79. (Planc. II. fig. II.) r. f. s. Planc. VI. fig. VI.) M. (Planc. VI. fig. V.) L. fig. VII. v. (Planc. VIII. fig. III.) m; celles qui vont joindre le cordon.
L'Obturatrice. (Planc. IV. fig. II.) c.
L'Honteuse interne (Planc. I. fig. I.) 83. (Planc. II. fig. I.) H. (Planc. III. fig. I.) 26.
Les Epigastriques. (Planc. VII. fig. I.) l.
LES CRURALES. (Planc. I. fig. I.) 80. (Planc. II. fig. I.) 93.
L'Honteuse externe. (Planc. I. fig. I.) 81. (Planc. III. fig. I.) 26.
La Poplitée (Planc. II. fig. I.) 94.
La tibiale postérieure ses anastomoses (Planc. II. fig. I.) 95, 97 (Planc. IV. fig. I.) 19.
La Tibiale antérieure (Planc. II. fig. I.) 96. (Planc. IV. fig. I.) 18.
La Peronière. (Planc. II. fig. I.) 98. (Planc. IV. fig. I.) 28.
L'ARTÈRE PULMONAIRE Planc. I. fig. I.) 4. (Planc. VIII. fig. III.) l. fig. V. c.

Les Veines.

LA VEINE CAVE SUPÉRIEURE (Planc. I. fig. I.) 17. 18. Sa Bifurcation 18 (Planc. III. fig. I.) 11 (Planc. VIII. fig. III.) 7. i.
Les Sousclavières. (Planc. I. fig. I.) 19.
Les Jugulaires. (Planc. I. fig. I.) Le tronc commun des jugulaires gauches. 20 Le tronc de la droite 21. Celui de la jugulaire interne 22.
Les Vertébrales (id.) 23, 24.
La Mammaire externe (id.) 25.
Les Thoraciques inf. (id.) 26.
L'Scapulaire (id.) 29.
Les diaphragmatiques. (id.) i.
Les Médastines (id.) k.
Les Mammaires internes (id.) l.
Les Thymiques (id.) m.
Les Pericardines (id.) n.
Les Guturales, ou Tracheales. (id.) o.
L'AXILLAIRE (Planc. I. fig. I.) 25.
La Céphalique (id.) 30. & fig. II. (Planc. III.) 15.

La Basilique (id.) 31; & fig. II. Son rameau interne, 32 (Planc. III.) 16.
La Veine profonde (id.) 33, & fig. II.
La Mediane céphalique (id.) 34 & fig. II.
La Mediane basilique (id.) 35 & fig. II.
Les Rameaux internes de l'avant-bras (id.) 36.
L'Union des Medianes. (id.) 37.
La Mediane de Riolan (id.) 38, & fig. II. (Planc. III.) 17.
Les Salvatelles (id.) 39; & fig. II.
Les Veines pulmonaires (Planc. VIII. fig. V.) d.
LA VEINE CAVE INFÉRIEURE (Planc. I. fig. I.) 45 (Planc. II. fig. II.) ii. II. (Planc. VIII. fig. III.) g. fig. IV. c. fig. V. aa.
Les Veines hépatiques (Planc. I. fig. I.) 46.
Les Emulgentes (fig. I. Planc. I.) 44 Ses divisions 55 (Planc. II. fig. II.) mm. nn. (Planc. III. fig. I.) 12; les Surcinales 13.
Les Spermatiques (Planc. I. fig. I.) 59. (Planc. II. fig. II.) oo. pp. (Planc. III. fig. I.) Leur naissance 7.

LES ILIAQUES COMMUNES. (Planc. I. fig. I.) 60.
Les Iliques externes antérieures (id.) 61; endroit d'où partent les Hypogastriques 63; leur sortie du bassin (Planc. II. fig. I.) 23.
Les Hypogastriques, ou iliaques internes postérieures. (Planc. I. fig. I.) 62.
La Sciatique, (Planc. II. fig. I.) 87.
La grosse veine du Penis (Planc. I. fig. I.) 82; La Veine ombilicale. (Planc. VIII. fig. V.) f.
LES CRURALES (Planc. I. fig. I.) 64. endroit d'où partent les Inguinales & les Honteuses 66 (Planc. II. fig. I.) 86; (Planc. III. fig. I.) 24.
La Saphène (Planc. II. fig. I.) 67; (Planc. II. fig. I.) 84; (Planc. III. fig. I.) 17, 25. a.
La Saphène externe (Planc. II. fig. I.) 88.
La poplitée (id.) 89.
La Tibiale antérieure (id.) 90.
La Tibiale postérieure (id.) 91; la Peronière (id.) 92.
LA VEINE PORTE (Planc. I. fig. I.) 47; (Planc. III.) Coupe 6; (Planc. VIII. fig. IV.) e.
Le Conduit veineux (id.) d; fig. III. f.
La petite Mésaraïque (Planc. I. fig. I.)
La grande Mésaraïque (id.) 48; l'endroit d'où part la Veine pilorique (id.) 50.
L'Splénique (id.) 51, la Cistiqne, la Duodenale (id.)

LES MUSCLES.

Les Muscles de la tête & du col.

Les Occipitaux (Planc. I. fig. I.) N.
Le Crotaphite (Planc. VII. fig. I.) l.
L'Sternomastoïdien (Planc. I. fig. I. M.) (Planc. VII. fig. I.) P.
Le Pterigoïdien externe (Planc. VII. fig. I.) 1.
Le Pterigoïdien interne (id.) 2.
Portion du Digastrique (id.) o.
Le Milohyoïdien (id.) 3.
Le Genihyoïdien (id.) 4.
L'Stylohyoïdien (id.) 5.
L'Sternohyoïdien (id.) 6.
Le Costohyoïdien (id.) 7.
Le Genyoïglose (id.) 8.
Le Basioïglose (id.) 9; à côté, le Keratoglose & l'Styloglose.

Muscles du Corps & des extrémités supérieures.

7. Coupe de l'Oblique externe (Planc. III. fig. I.) aa. & dd. (Planc. V. fig. I.) coupe L. M. (Planc. VII. fig. I.) h.
L'oblique interne (Planc. VII. fig. I.) h.

Le Muscle droit (id.) h.
Le Pyramidal. (id.) l.
Le grand Dentelé en partie (Planc. III. fig. I.) S (Planc. V. fig. I.) F.
Le Deltoïde (Planc. I. fig. I.) A. (Planc. III. fig. I.) c. (Planc. V. fig. I.) A.
Le Pectoral. (Planc. I. fig. I.) Coupe B (Planc. III. fig. I.) E.
Le grand Dorsal (Planc. V. fig. I.) B. (Planc. III.) extrémité F.
L'Scapulaire (id.) C.
Le grand rond. (id.) D. (Planc. III.) G.
Le petit Rond. (id.) a.
Le sous-Epineux (id.) E.
Le grand Anconé. (id.) G. (Planc. III.) I.
L'Anconé externe (id.) H.
L'Anconé interne (Planc. I. fig. I.) E. (Planc. III.) L.
Le Brachial (Planc. I. fig. I.) C. (Planc. III.) Portion M.
Le Coraco Brachial. (Planc. III.) Portion H.
Le Biceps. (id.) D. (Planc. V.) Portion. K.
Le long Supinateur. (Planc. III.) N; (Planc. V.) l.
Le court Supinateur. (Planc. I. fig. I.) G.
Le Cubital interne. (id.) H. (Planc. III.) R.

Le Cubital externe (Planc. III. O.)
Le Radial externe (id.) T.
Le Radial interne (id.) P.
Le rond Pronateur. (id.) Q.
Le carré Pronateur. (Planc. I. fig. I.) D.
Le Sublime (id.) F.
Le long Palmaire (Planc. III.) S.
L'Extenseur commun (id.) V; ses tendons c.
Les premiers Extenseurs du pouce (id.) X; les seconds a.
Le Thenar (id.) b.

Muscles des extrémités inférieures.

Le moyen Fessier. (Planc. III.) K.
Le grand Fessier. (Planc. V.) N; son extrémité inférieure (Planc. III.) I; (Planc. VI. fig. I.) A.
Le Fascialata (id.) B. Portion (Planc. III.) V.
Le Péclineux (Planc. III.) L. du côté droit ff.
Le Vaste externe (Planc. II. fig. I.) n. (Planc. IV. fig. I.) H. (Planc. VI. fig. I.) D. attache (Planc. III.) H.
Le vaste interne (Planc. II. fig. I.) Portion

p. ses Fibres tendineuses. q. (Planc IV. fig. I.)
 L, X.
 Le Triceps (Planc. II. fig. I.) o. (Planc. IV.
 fig. I.) M. portion du côté droit. W.
 Le Grefle antérieur. (Planc. IV. fig. I.) K.
 son attache (Planc. III.) 9. 9. (Planc. V.)
 portion P.
 Le Crural (Planc. III.) Son attache e. e.
 (Planc. IV. fig. I.) G.
 Le Couturier (Planc. III.) attaches supé-
 rieures T. (Planc. V.) portion P.
 Le Grefle interne (Planc. II. fig. I.) r.

(Planc. III.) N. (Planc. VI. fig. I.) P.
 Le Biceps (Planc. VI. fig. I.) E.
 Le demi-Nerveux (id.) o.
 Le demi-Membraneux (id.) N.
 Le Jartier (Planc. VI. fig. I.) C.
 Les Jumeaux (Planc. II. fig. I.) Coupe s.
 Planc. VI. fig. I.) F.
 Le Tibial antérieur (Planc. IV. fig. I.) A.
 Le Tibial postérieur (Planc. II. fig. I.) Attaches
 t; son Tendon (Planc. VI.) F.
 Le long Peronier (id.) C. (Planc. VI. fig. I.) I.
 Le court Peronier (Planc. VI. fig. I.) M.

Le moyen Peronier (id.) H.
 Le long Extenseur commun (id.) K. (Planc.
 IV. fig. I. D. (Planc. VI. fig. I.) L.
 Le Piedeux, ou court Extenseur (Planc. IV.
 fig. I.) E.
 Le grand Fléchisseur des Orteils (Planc. IV.
 fig. I.) h. Son Tendon h.
 L'Extenseur propre du pouce (id.) B.
 Le grand Fléchisseur du pouce. (id.) son
 Tendon i.
 Les Intersosseux (Planc. II. fig. I.) u.
 Coupe du Tendon d'Achille. G.

LES OS.

Les Os de la Tête.
 Le Coronai (Planc. I. fig. I.) a.
 Les Parietaux (id.) b.
 L'Apothèse Mastoïde (Planc. VII. fig. I.) k.
 Le Zigmatique. (id.) d. son apophyse e.
 (Planc. VII. fig. I.) la Fosse Zigmatique. c.
 Le Maxillaire fig. g. (id.) (Planc. VII. fig.
 I.) a.
 L'Os Unguis (id.) h.
 Les Orbites (id.) i. La Fente orbitaire k;
 le trou optique l. le Trou orbitaire m; le
 trou fourcillier n.
 La Mâchoire inférieure (Planc. I. fig. I.) o.
 la Symphise p; la Bâse du Menton q; l'Apo-
 thèse coronioïde r; le Trou mentonnier. x (Planc.
 VII.) a.

Les Dents incisives (id.) t.
 Les Dents canines (id.) v.
 L'Apothèse condiloïde (Planc. VII.) e.
Les Os du Tronc.
 L'Sternum (Planc. III. fig. I.) A; la Four-

chette de ces Os g. (Planc. VII. fig. I.)
 Coupe c.
 La Clavicule (Planc. I. fig. I.) Coupe C.
 (Planc. VII. fig. I.) a.
 Les Fausses côtes (Planc. VII. fig. I.) c. le
 bord de ces côtes f.
 L'Os pubis (Planc. I. fig. I.) a. (Planc. IV.
 fig. III.) D.
 L'Os des isles (Planc. IV. fig. III.) c. le bord
 de la Cavité condiloïde b. (Planc. I. fig. I.) la
 Crête antérieure a. (Planc. III.)
 L'Os sacrum (Planc. IV. fig. III.) B.
 L'Os ischion (id.) E.
 Première Vertèbre des Lombes (id.) A.

Les Os des extrémités supérieures.
 Les Os du bras, dit humerus (Planc. I. fig.
 I.) le Condyle interne e. le Condyle externe f.
 L'Os du Coude (id.) la partie supérieure h.
 Le Rayon. (id.) la tête de cet Os. g.
 Les Orbiculaires du Carpe (id.) i. r. la pre-
 mière Phalange du pouce.

Les Os des extrémités inférieures.

Le Femur. (Planc. I. fig. I.) K. la tête de
 cet Os l. l. m. col. m. le grand Trochanter n.
 (Planc. II. fig. I.) nn. le petit Trochanter oo.
 La Rotule (Planc. II. fig. I.) r. (Planc. IV.
 fig. I.) a. La partie supérieure du Femur.
 (Planc. IV. fig. III.) F.
 Le Tibia (Planc. II. fig. I.) S. la tête de cet
 Os. t. la bafe u. v. la Maléole interne u. les
 Tubérosités de la tête du Tibia (Planc. IV. fig.
 I.) b. le Corps du Tibia c. sa partie externe d.
 la Maléole interne e.
 Le Peroné (Planc. II. fig. I.) x. la tête de
 cet Os y. la bafe z. la Maléole externe f.
 (Planc. IV. fig. I.)
 Le Calcaneum (Planc. II. fig. I.) a.
 L'Astragal. (id.) b.
 L'Os Naviculaire, ou scaphoïde (id.) c.
 Le Cuboïde (id.) d.
 Les trois Cuneiformes a. (id.) e.
 Les Os du Metatarse (id.) 1. 2. 3. 4. 5.

LES VISCERES

Les glandes Thiroïdes (fig. I. Planc. I.) a.
 La Trachée artère (id.) b.
 Les Poumons (Planc. VIII. fig. I.) f.
 Le Sein (Planc. III.) a. b. l'Aréole & le Mam-
 melon b. le Sein ouvert & ses Ramifications c. d. e.
 L'Estomac (id.) j. la Rate & le Pilore m.
 Le Duodenum (id.) l.
 Le Pancreas II. (id.)
 Portion de la Rate (id.) m
 Le Rectum (id.) q
 Le Foie (id.) les bords i. (Planc. I. fig. I.)
 le Conduit cystique. cc. le Cholidoque cd. la
 Vescicle du fiel. bb. (Planc. III.) i. la Vescicle K.
 Le Rein (Planc. I. fig. I.) c. le gauche e.
 Pareïtre (id.) d. f. (Planc. II. fig. II.) d. e.
 les Uretères f; le Rein ouvert fig. III. A. B. C.
 D. la Substance corticale A. le. Intervalles des
 calices B. les Mammelon D. les Bassinets E. le
 Tronc de l'Uretere F.

Les Glandes Sureinales i. l.
 La Vessie (Planc. I. fig. I.) h. l'Ouraque i.
 (Planc. II. fig. II.) f. l'Ouraque cc. (Planc. III.)
 y. la Vessie comprimée (Planc. V.) h. le Meur
 urinaire (Planc. VI. fig. II. III. & IV.) L. E. (id.)
 V. G. la Vessie comprimée (Planc. VIII. fig. I.)
 (Planc. VI.) i. l'ouverture de la Vessie (Planc. II.
 fig. IV.) C. D. le fond intérieur (id.) F. ouverture
 des Uretères (id.) G. le col intérieur de la
 vessie (id.) H. (id. fig. VI.) la vessie B. &
 les Uretères.

Les Parties de l'Homme.

La Verge. (Planc. I. fig. I.) k. la Verge &

le gland g. (Planc. II. fig. II.) coupe de la
 Verge D. (Planc. IV. fig. II.) Coupe des
 Corps caverneux L. (id. fig. IV.) le Corps
 caverneux O. le Bulbe à découvert P. (Planc.
 II. fig. VI.) Q. les Corps caverneux R.
 Le Canal de l'Uretere (Planc. II. fig. IV.)
 dd. son extrémité Q. le milieu S. le Verumon-
 tanum cc. les Orifices des Prostates bb. fig. VI. S.
 Les Testicules (Planc. I. fig. I.) m. les Epi-
 didimes n. les Vaisseaux déférens o. (Planc. II.
 fig. VI.) les Vescicles O. M. le Canal déférent
 L. fig. II. le Testicule coupé. E. E. le Testicule
 entier id. F. F. le Canal déférent. G. G.

Muscles de la Verge & de l'Anus.

Les Erecteurs. N. (Planc. IV. fig. II.)
 Les Accélérateurs a. (id.)
 Les Transverses b. (id.)
 Les Protastiques supérieurs. e. (id.)
 Les Protastiques inférieurs d. (id.)
 Le Spineter de l'Anus e. (id.)

Parties de la Femme.

L'Uterus (Planc. III.) r. les Ovaires S. & les
 Trompes, le morceau étrangé t. u. les ligamens
 ronds V. les ligamens larges. X. (Planc. IV.
 fig. III.) coupe de la Matrice dilatée G.
 l'entrée du Vagin. H. (Planc. V.) coupe de
 la Matrice b. les Trompes recourbées f. les
 Ovaires g. (Planc. VI.) fig. III.) coupe de la
 Matrice N. fig. V. l'Uterus R. les ligamens

ronds P. les Trompes Q. les Ovaires X. les
 Ligamens larges T. fig. VI. les Ligamens lar-
 ges N. les Ovaires O. (Planc. VIII. fig. II.)
 la Matrice ouverte a. les Ovaires. b. les Trom-
 pes c. les Ligamens ronds d. les Ligamens lar-
 ges e.

Le Vagin (Planc. VI. fig. V.) S. le Mont
 de Vénus A. le bord des grandes lèvres D.
 fig. II. & III. le Mont de Vénus A. la Four-
 chette C. l'Anus D. les grandes Lèvres E. les
 Caroncules F. les Nymphes G. le Clitoris P.
 (Planc. VII. fig. I.) la Fourchette distendue i.
 (Planc. VIII. fig. II.) le Vagin ouvert par sa
 partie postérieure f. l'entrée de l'Uterus g. les
 Nymphes h. le Clitoris i. le Meur Urinaire k.
 les Lacunes l.

Le Fœtus.

Le Fœtus (Planc. V. fig. I.) d. dans sa situa-
 tion naturelle au huitième mois, ou environ.
 le Cordon Ombilical c. (Planc. VI. fig. II.)
 le Fœtus culbuté & la tête dans le bassin Q.
 l'Amnios ouvert p. (Planc. VII. fig. I.) la
 tête du Fœtus prête à déboucher, qui appuie
 sur la Fourchette A. fig. III. le Placenta A. vu
 postérieurement a. l'Amnios b. le Chorion c.
 le Cordon d. la Veine ombilicale qui se plonge
 dans le sinus de la Veine porte e.
 Voyez pour l'Angéologie du Fœtus, l'expli-
 cation ci-dessus, où elle est comprise.

Fin de la Table.

A N A T O M I E
DES PARTIES DE LA GÉNÉRATION
DE L'HOMME ET DE LA FEMME,
REPRÉSENTÉES AVEC LEURS COULEURS NATURELLES,
SELON LE NOUVEL ART,
JOINTE A L'ANGÉOLOGIE
DE TOUT LE CORPS HUMAIN,
ET A CE QUI CONCERNE LA GROSSESSE
ET LES ACCOUCHEMENS.

S I les anciens Philosophes ont donné à l'Anatomie, toute imparfaite qu'elle fût de leur temps, le premier rang parmi les Sciences naturelles, à cause de l'excellence de son objet, quelle considération ne mérite-t'elle pas aujourd'hui, étant devenue la plus certaine de toutes les parties de la Médecine, par les utiles & savantes découvertes qu'on y fait encore tous les jours ?

Il seroit superflu de vouloir prouver son excellence à ses Amateurs, & à ceux qui en font leur étude. Son objet, qui est le Corps Humain, ouvrage le plus parfait qu'ait produit la main du Créateur ; son but, qui est la santé, bien si précieux, en font assez connoître l'importance.

Les Anatomistes ont beaucoup d'obligation à *André Celsus*, qui découvrit la circulation du sang, dès l'année 1593 ; à *Harvée*, qui la démontra en l'année 1627 ; à *Virungus*, qui a trouvé le canal pancréatique ; à *Asellus*, qui a fait voir les veines lactées ; à *Pecquet*, qui le premier a démontré le canal torachique ; mais ils n'en ont pas moins aux célèbres Anatomistes qui ont enseigné au Jardin Royal, & desquels je me dis Elève, avec raison, ayant disléqué plusieurs années avec M. Duverney, avec qui j'entrepris d'abord de

donner mon premier Cours d'Anatomie ; mais il ne vit éclore sous ses yeux que la première partie de cet Ouvrage, c'est-à-dire, la Myologie & quelques pièces du cerveau. Après sa mort, je suivis son plan & ses intentions ; & les augmentations même que je donne aujourd'hui, sans son secours, tiennent cependant à ce plan général, qu'il avoit si habilement imaginé, & dont il m'avoit souvent entretenu. Le Public n'aura pas peine à croire que pour l'exécution, il ne m'ait fallu employer plusieurs années dans des recherches nécessaires depuis ma première Edition. La vue des Planches de cette partie ici, où l'Angéologie est exposée dans son plus grand jour, suffira pour assurer ce fait. Je n'ai rien négligé ; & pour la plus grande utilité des Etudiants, je joins à mes Planches, & à leurs explications, des dissertations courtes, qui les mettront en état de concevoir aisément les parties contenues dans chaque Planche.

J'y ajoute un abrégé de la fonction de chaque viscère en particulier, afin que rien ne manque de tout ce qui peut faciliter la connoissance des principales sécrétions qui se font dans le Corps Humain.

L'ANGÉOLOGIE, PLANCHES I^{ère} ET II^{ème}.

Ces deux Planches représentent une Angéologie complète.

PREMIERE PLANCHE.

Angéologie de la Tête, de la Poitrine, du Bas-Ventre, & des extrémités supérieures.

FIGURE PREMIERE.

- | | |
|---|--|
| <p>1. 2. 3. 4. LE Cœur.
 2. Sa Pointe.
 1. 3. Sa Base. 3. L'Oreillette droite.
 4. L'Artère pulmonaire.
 5. L'Aorte & sa courbure.
 6. Le tronc commun de la Carotide gauche.
 7. La Souclavière gauche.
 8. L'Artère cervicale.
 9. La Mammaire externe.
 10. Le tronc commun de la Carotide droite & de la Souclavière.
 11. Les troncs communs des Carotides droites.
 12. La Souclavière.</p> | <p>13. La Cervicale. (<i>Planche I. fig. I.</i>) l'Axillaire (<i>id. fig. II.</i>)
 15. La Carotide interne.
 16. La Carotide externe. (<i>Voyez la carotide externe détachée.</i>)
 <i>Branches antérieures.</i>
 a. La Thyroïdienne, première branche.
 b. La Sublinguale, deuxième branche.
 c. La Maxillaire inférieure, troisième branche.
 d. La Maxillaire externe, ou antérieure.
 e. La Maxillaire interne. Celle-ci est divisée en trois rameaux.
 f. Celui qui va à la fente orbitaire.
 g. Le second qui va dans le canal de la mâchoire inférieure.</p> |
|---|--|

A

- H.** Le troisième; qui monte entre la carotide externe & la carotide interne. Cette artère ainsi divisée, est la cinquième branche antérieure de la carotide.
i. Sixième branche qui va au muscle masséter.

Branches postérieures.

- k.** L'Occipital, septième branche, première branche postérieure.
l. L'Auriculaire, huitième branche de la carotide externe, & seconde branche postérieure.
 17. 18. La veine cave supérieure.
 18. Sa bifurcation.
 19. Les Sousclaviers.
 20. Le tronc commun des Jugulaires gauches.
 21. Le tronc de la Jugulaire externe droite, & ses ramifications.
 22. Celui de la Jugulaire interne.
 23. 24. Les Vertébrales.
 25. La Mammaire externe.
 26. Les Torachiques inférieures.
 27. Origine de la Céphalique gauche. 28. Celui de la basillaire.
 29. La Veine scapulaire.
 30. La Céphalique droite.
 31. La Basilique du même côté.
 32. Rameau interne.
 33. La Veine profonde.
 34. La Médiane Céphalique.
 35. La Médiane Basilique.
 36. Rameau interne & profond de l'Avant-bras.
 37. L'union des Médianes.
 38. La Médiane de Riolan.
 39. Les Salvateles.
 (*Voyez pour ces veines la fig. II.*)
 40. L'Artère Brachiale.
 41. La Cubitale.
 42. La Radiale.
 43. L'Interosseuse.
 44. Les Collatérales du bras.
 45. La Veine cave inférieure.
 46. Les Veines hépatiques.
 47. Le tronc de la Veine porte, & ses divisions dans le foie.
 48. La petite Mésaraïque.
 49. (au lieu de 49.) La grande Mésaraïque.
 50. L'endroit où part la Veine portique.
 51. La Veine splénique, la Veine cystique & la duodénale partent de cet endroit; l'une pour la vésicule du foie, & l'autre pour le duodénum. (On les verra ailleurs).
 54. Les Emulgentes.
 55. Ses divisions sur les reins.
 56. Artères émulgentes dans le rein droit.
 57. & 58. Les Surrénales du rein gauche, & les glandes surrénales.
 59. Les veines Spermatiques.
 60. Les Iliques communes.
 61. Les Iliques externes, antérieures.
 62. Les Hypogastriques, ou Iliques internes postérieures.
 63. Endroit d'où partent les Epigastriques.
 (*On verra ailleurs d'autres divisions plus détaillées.*)
 64. Les Veines crurales.
 66. Endroit d'où partent les Inguinales & les Honteuses.
 67. La Saphène.
 (*Ces dernières veines ici appartiennent aux extrémités inférieures.*)
 68. L'Aorte descendante inférieure.
 69. Le tronc Cœliaque, divisé en trois, l'Artère hépatique, l'Artère splénique & la coronaire stomacale.
 73. La Mésentérique supérieure, ou grande Mésentérique.
 74. L'Artère mésentérique inférieure.
 75. Les Artères rénales & capsulaires.
 76. Les Spermatiques.
 77. Les Iliques communes.
 78. Les Iliques externes. (*On voit ici les Epigastriques.*)
 79. Les Hypogastriques.
 80. Les Crurales.
 81. L'honteuse externe*. Les trois branches crurales.
 82. La grosse veine du penis.
 83. Les Artères de l'honteuse interne qui l'accompagnent.

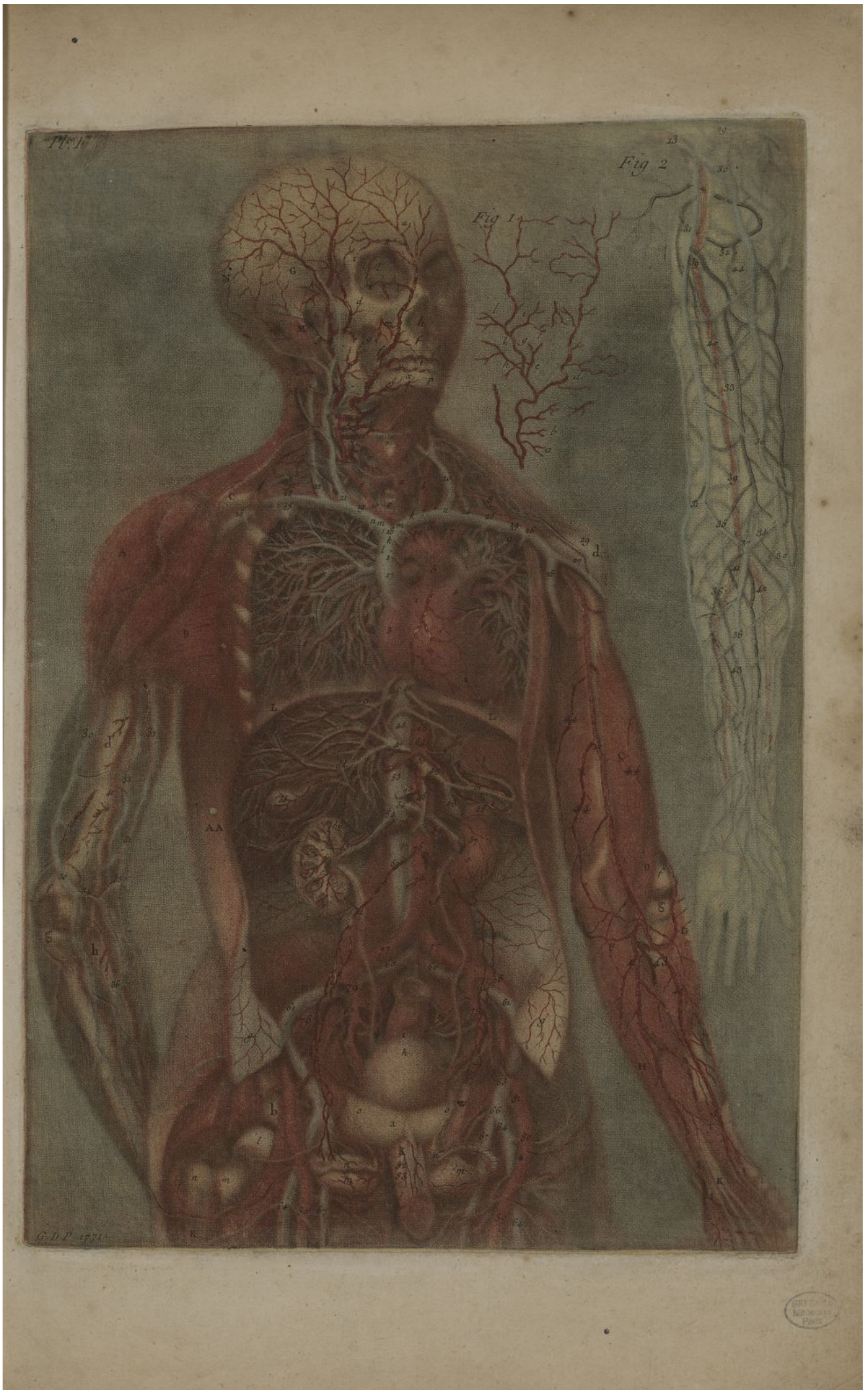
- A.** Le Dectoïde. **AA.** Coupe des muscles du bas-ventre;
B. Coupe du pectoral.
C. Le Brachial.
D. Portion de ce muscle.
E. L'Anconé interne.
F. Le Sublime.
G. Le court Supinateur.
H. Le Cubital interne.
I. T. Le Quarré pronateur.
K. Les Tendons du sublime.
L. Coupe du Diaphragme.
M. Coupe du Sternaomastridien.
N. Les Occipitaux.

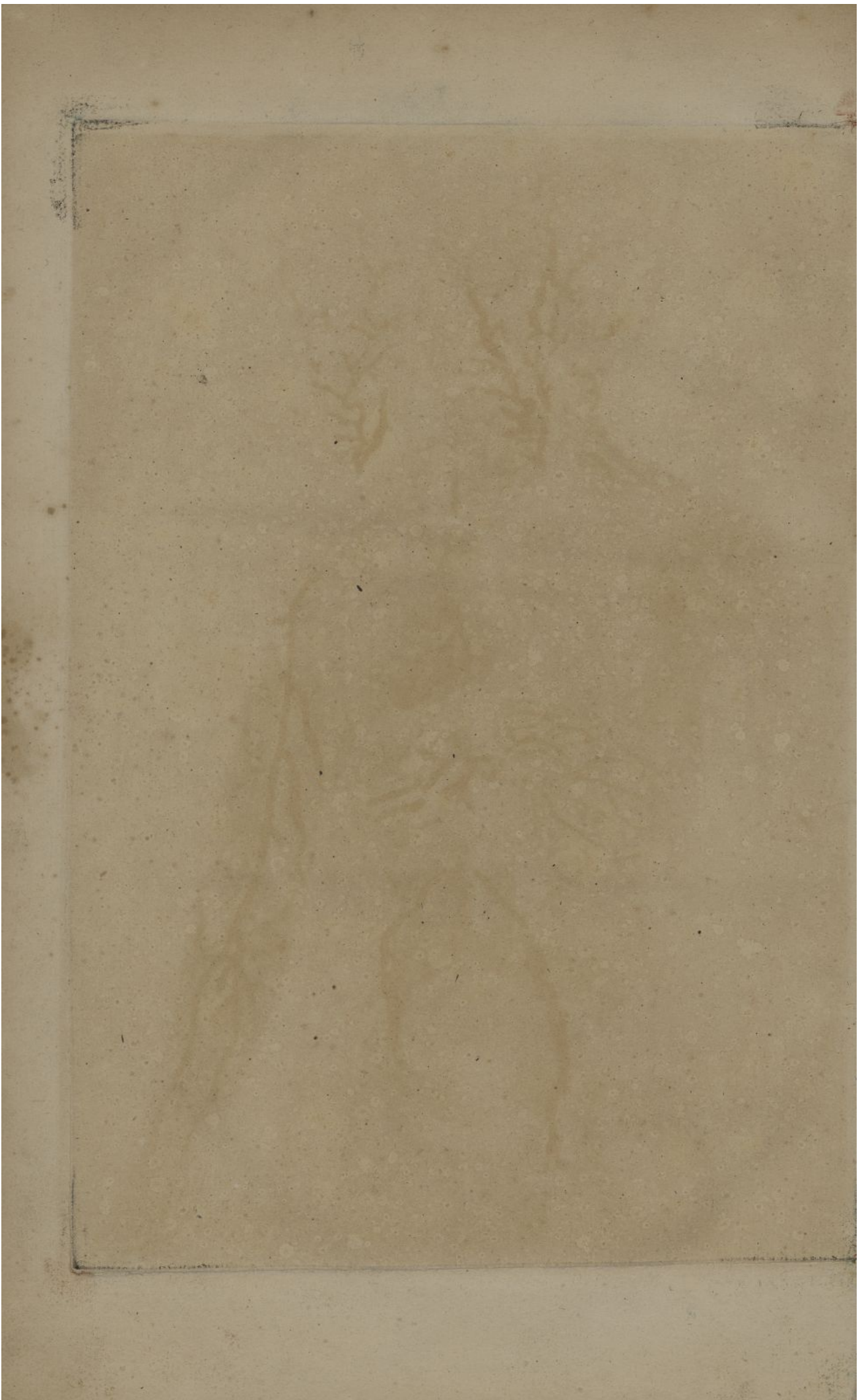
LES OS.

- a.** Le Coronale.
b. Les Pariétaux.
c. Les Temporaux.
d. Le Zigomatique.
e. Son Apophyse.
f. g. Le Maxillaire.
h. L'Os conguis.
i. Les Orbites.
k. La Fente orbitaire. L'artère qui en sort, est une branche de la carotide interne, qui communique avec le premier rameau de la cinquième branche de la carotide externe.
l. Le Trou optique, & l'artère qui accompagne le nerf, optique qui est une branche de la carotide interne.
m. Le Trou orbitaire, avec l'artère qui en sort, qui est une division de la maxillaire interne.
n. Le Trou fourcilier, & le rameau qui en sort, qui est une division de l'artère qui accompagne le nerf optique.
o. La Mâchoire inférieure.
p. La Simphise.
q. La Lèvre externe de la base du menton.
r. L'Apophyse coronoïde, l'Apophyse condiloïde. s est cachée.
t. Les Dents incisives.
v. Les Canines.
x. Trou mentonnier, & l'artère qui en sort, qui est une division de la maxillaire interne.
a. Les Os pubis.
b. Les bords de la cavité cotiloïde de l'os des isles.
c. Coupe de la Clavicule.
d. L'Os du bras, dit humerus.
e. Condyle interne.
f. Condyle externe.
g. La tête du raion.
h. La partie supérieure de l'os du coude.
i. L'Os orbiculaire du carpe ou pisiforme, & la première phalange du pouce.
k. Le Femur, ou os de la cuisse.
l. La tête de cet os.
m. Son col.
n. Le grand Trochanter.

LES VISCERES.

- a.** Les glandes thiroïdiennes.
b. La trachée artère.
bb. La Vésicule du fiel.
c. Le Rein droit ouvert, où l'on voit le bassinet disséqué avec l'origine des uretères.
c c. Le conduit Cystique.
d d. Le conduit Cholodique.
d. L'Uretère, ou conduit du bassinet dans la vessie.
e. Le Rein gauche.
f. L'Uretère de ce rein.
g. Portion du Péritoine.
h. La Vessie.
i. L'Ouraque.
k. La Verge.
l. Le Gland.
m. Les Testicules, dont le gauche est disséqué, & les épiddimes détachés.
n. Les Epididimes.
o. Les Vaisseaux déférens.



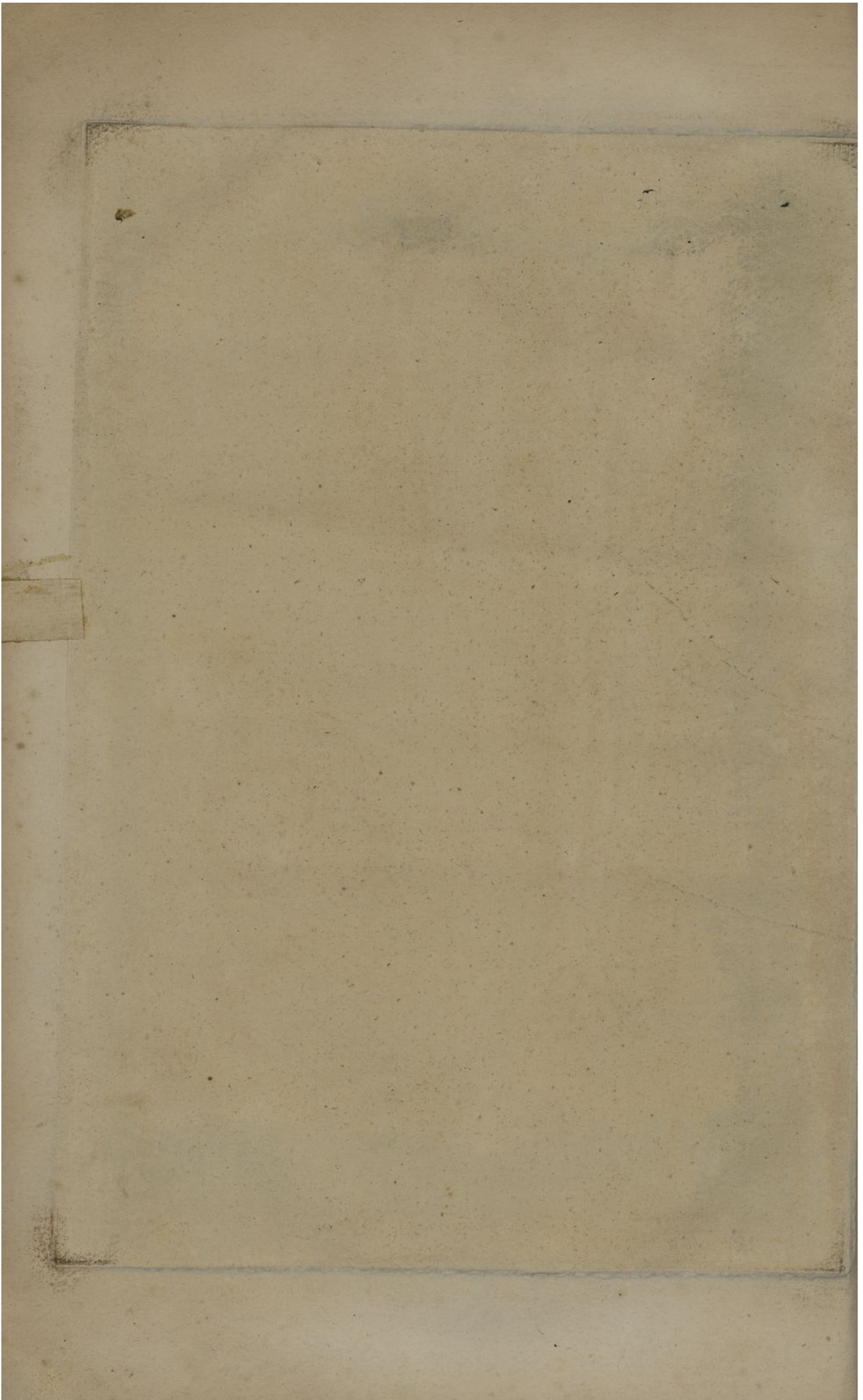


Plat II

Physiologie animale et humaine
en Couleur par G. de Lamoignon
Paris 1773



B. de Lamoignon
Médecin
Paris



SECONDE PLANCHE.

FIGURE I.

Cette Figure contient l'Angéologie des extrémités inférieures de la première Figure de la seconde Planche.

Les Veines & les Arteres.

84. **L**. La Saphene.
 85. Sa Branche postérieure.
 86. La Veine crurale.
 87. La Sciatique.
 88. La Saphene externe.
 89. La Poplitée.
 90. La Tibiale antérieure.
 91. La Tibiale postérieure.
 92. La Veine peroniere.
 93. L'Artère crurale.
 94. L'Artère poplitée.
 95. Anastomoses de la tibiale postérieure.
 96. L'Artère tibiale antérieure.
 97. L'Artère tibiale postérieure.
 98. La Peroniere & sa branche antérieure.

LES MUSCLES.

- n. Le Vaste externe.
 o. Le Triceps.
 p. Portion du Vaste interne.
 q. Fibres tendineuses du vaste interne.
 r. Le Gresse interne.
 f. Coupe des jumeaux.
 i. Attaches du Tibial postérieur.
 u. Les interosseux.

LES OS,

- nn. Le Fémur.
 oo. Le petit Trocanter.
 r. La Rotule.
 s. L'Os Tibia.
 t. La Tête de cet Os.
 uv. La Baze du Tibia.
 v. La Maleole interne.
 x. Le Peroné.
 y. La Tête de cet Os.
 z. La Baze du Peroné.
 a. Le Calcaneum.
 b. L'Astragal.
 c. L'Os Scaphoïche, ou Naviculaire.
 d. Le Cuboïde.
 e. Les trois Cuneiformes.
 1. 2. 3. 4. 5. Les Os du Metatarse.

FIGURE II.

(Cette Figure représente le Bassin, garni des Vaisseaux du bas ventre, & des parties de la Génération de l'Homme).

- IK. La Crête de l'Os des Isles du côté gauche.
 LM. Celle du côté droit.
 N. L'Epine antérieure.
 O. Le bord de la Cavité cotiloïde.
 PQ. L'Os Isthion.
 RS. L'Os Pubis.
 T. La Simphise, & le Ligament suspensoire.
 U. La Tête du Fémur.
 V. Le Col de cet Os.
 X. Le grand Trocanter.
 Y. Le petit Trocanter.
 Z. La partie Supérieure de l'Os de la cuisse.
 a. Le Tronc de l'Aorte descendante inférieure.
 b. La coupe du Tronc coeliaque.
 c. Le Tronc de la Mesenterique supérieure.
 de. Les Reins.
 f. Les Uretères.
 g. La Bifurcation de l'Aorte.
 h. Les Artères émulgentes.
 il. Les Glandes surrénales.

- m n. Les Artères spermatiques.
 o. La Mesenterique inférieure.
 ii. ll. La Veine cave inférieure.
 mm. nn. Les Veines émulgentes.
 oo. pp. Les Spermatiques.
 qq. Les Arteres iliaques.
 r. fs. Naissance des hypogastriques.
 t. L'Artère sacrée.
 hh. La Veine crurale.
 cc. L'Ouraque.
 f. La Vessie.
 g. La Verge & le Gland.
 EE. Le Testicule coupé à tranche.
 FF. Le Testicule entier.
 GG. HH. Les Vaisseaux déférens.
 H. Naissance des Veines & Arteres honteuses.
 Q. Attaches inférieures des muscles érecteurs.

FIGURE III.

- A. B. C. D. Le Rein ouvert.
 A. La substance Corticale.
 B. Les intervalles des Calices, & la substance canelée.
 C. Les Mammelons coniques, qui rassemblent les petits canaux excréteurs des glandes de la substance corticale.
 D. Les Calices membraneux qui sont aux extrémités des Mammelons.
 E. Les Bassinets, au nombre de trois dans les hommes.
 F. Le Tronc qu'ils composent, lequel Tronc fait le commencement des uretères.

FIGURE IV.

- C. D. Ouverture de la Vessie.
 F. Fond intérieur de la Vessie.
 G. Ouverture des Ouraques.
 H. Col intérieur de la Vessie.
 bb. Les Orifices des glandes prostatées.
 cc. Le Verumontanum.
 dd. Le Canal de l'urèthre.
 I. La Glande prostate.
 L. Coupe du Corps caverneux droit.
 O. Le Corps caverneux droit.
 P. Le Bulbe découvert par la coupe de la prostate, du côté droit.
 Q. L'extrémité du Canal de l'urèthre.
 S. Le milieu du Canal.
 X. Coupe des Muscles érecteurs du corps caverneux.

FIGURE V.

Elle représente l'embryon sorti du canal de l'urèthre, reçu dans un verre d'eau. Cette expérience a été faite avec un Etalon & une Jument. L'Etalon retiré, par le moyen d'un chantier, dans le moment de l'éjaculation, & la semence reçue dans l'eau, avec un baquet sous le ventre de la Jument, a paru tout formé, de couleur d'ambre & opaque, dans une glaire transparente & verdâtre, ce qui composoit la liqueur séminale. Cette expérience répétée plusieurs fois, & que tout le monde peut faire, détruit le système des œufs. Il faut cependant que l'éjaculation se fasse d'un seul jet pour réussir: car autrement l'embryon se déchire, Les mois de Mai & de Juin sont les temps convenables.

FIGURE VI.

- B. La Vessie.
 N. Les Muscles érecteurs.
 P. La Glande prostate.
 Q. Le Bulbe.
 R. Les Corps caverneux.
 S. Le Canal de l'urèthre.
 MM. Coupe de la Verge.
 O. M. Les Vésicules séminales.
 L. Le Canal déférent.
 B. Les Uretères.

FIGURE VII.

- Q. S. La verge dépouillée des corps caverneux.
 S. Le canal de l'Uréthre.
 O. Le Gland.
 T. La Vessie.
 U. L'Artère hypogastrique.

DE L'AORTE SUPÉRIEURE.

L'Aorte est divisée, par les Anatomistes, en Aorte *ascendante* & *descendante*. On donne le nom d'*ascendante*, à celle qui est comprise depuis le cœur jusqu'au haut de sa courbure, & la continuation est appelée *descendante*. Je la divise cependant en supérieure & inférieure, en la partageant par le diaphragme.

L'Aorte (5. *Planche I.*) donne dès sa naissance de petites artères qui vont au cœur & à ses oreillettes, qu'on appelle artères *coronaires*; elle produit, de la partie supérieure de son arcade, trois ou quatre grosses branches assez proches les unes des autres, dont voici le détail. Si ces branches sont au nombre de trois, la première se détourne à droite, & se divise tout aussi-tôt en deux parties, dont l'une qui paroît la continuation du principal tronc, est la *souclavière*; l'autre, est l'artère carotide droite. La seconde branche, est la carotide gauche, & la troisième, est la *souclavière gauche*. Il arrive très-rarement qu'il n'y ait que deux branches pour les quatre artères. Lorsqu'il se rencontre quatre branches sur la courbure de l'Aorte, alors, les deux moyennes sont les carotides droites & gauches, & les autres les *souclavières*, de l'un & l'autre de ces côtés.

Après la *souclavière gauche*, l'Aorte finit sa courbure, & descend presque d'aplomb jusqu'à l'os sacrum, où elle se sépare en deux grosses branches. Nous parlerons de ces divisions en général; il n'est question ici que de ce qui regarde les artères exposées dans la première & seconde *Planche*; nous réservons pour d'autres *Tables* ce qui concerne la tête & les artères du col.

Les artères *souclavières* se nomment ainsi, parce qu'elles sont posées sous les clavicules, & en ont à peu près la même direction. La *souclavière droite* est plus longue, par la situation de l'Aorte, que la gauche; elle est plus supérieure & plus antérieure; elle produit d'abord des petites artères pour le thymus, pour le péricarde, pour le médiastin, &c. Ces artères sortent séparément de la *souclavière*, ou par des troncs communs, & portent le nom des parties qu'elles arrosent. Après la carotide droite, qui produit ordinairement la *souclavière*, donne quatre branches considérables, qui sont, la *mammaire interne*, la *cervicale*, la *vertébrale* & le *tronc des intercostales supérieures*. Quelquefois ce tronc ici part de l'Aorte même.

La *mammaire interne* sort antérieurement & un peu inférieurement de la *souclavière*, descend à côté du sternum, à environ un travers de doigt de distance de cet Os, sous les portions cartilagineuses des vraies côtes; elle donne des rameaux au thymus, qui s'anastomosent avec la timique en plusieurs endroits, au médiastin, au péricarde & aux muscles intercostaux, où il y a aussi des anastomoses avec les petites artères particulières de ces parties dont nous parlerons; elle s'anastomose aussi par plusieurs de ces rameaux avec la *mammaire externe*, sur-tout dans l'épaisseur du grand pectoral; elle sort de la poitrine à côté du cartilage xiphoïde, se perd dans les muscles droits du bas-ventre, où elle communique avec les épigastriques. En passant, elle donne aussi des rameaux au péritoine.

La *cervicale* naît supérieurement de la *souclavière*. Nous en parlons ailleurs, ainsi de que la *vertébrale*, qui sort postérieurement, & un peu supérieurement de la *souclavière*.

L'*intercostale supérieure*. Quand cette artère naît de la *souclavière*, elle sort inférieurement de cette artère, & descend sur la face interne des deux, trois ou quatre vraies côtes supérieures, où elle fournit autant de branches qui suivent les côtes, & fournissent du sang aux muscles intercostaux; donnent des rameaux aux muscles *souclaviers*, *sterno-mastoïdien*, *vertébraux*, & au grand & petit pectoral; au corps des premières vertèbres du dos: & par l'échancrure de ces vertèbres, elles donnent des artérioles à la moëlle de l'épine & à ses enveloppes. Les *intercostales supérieures* naissent quelquefois de l'artère *Bronchiale* voisine.

Toutes ces artères se verront à leur naissance dans d'autres figures, & n'ont pas besoin d'être expliquées.

Le *Ligament Artériel* naît de l'Aorte après la *souclavière gauche*, & va à l'artère pulmonaire: il est rétréci & tout-à-fait bouché dans les Adultes; mais il sert de canal au sang artériel dans le *Fœtus*. On le voit dans la huitième *Planche*; il sert alors pour le passage du sang de l'artère pulmonaire dans l'aorte, comme le conduit veineux dans le fœtus, qui sert à porter le sang dans la veine cave inférieure.

L'*Artère Bronchiale* sort de l'Aorte supérieure séparément pour chaque poumon, & quelquefois par un seul tronc, qui se divise ensuite à droite & à gauche, pour entrer dans le poumon, & suivre les branches, ou vaisseaux aériens. Il arrive qu'on la trouve quelquefois aussi sortir de la première artère intercostale, ou de l'artère œsophagienne. Il y a beaucoup de variété dans ces artères. Mais ce qu'il y a d'admirable, c'est que de quel côté qu'elles viennent, elles aboutissent toujours aux parties qui leur sont destinées. Quelquefois elles naissent de diverses façons de chaque côté. Celle du côté gauche vient assez souvent de l'Aorte, pendant que celle du côté droit vient de l'intercostale supérieure, ce qui provient de la situation de l'Aorte, & pour la plus grande harmonie. On voit dans la nature un dessein qui ne sauroit être enfanté du hasard prétendu de nos Epicuriens. Cette artère bronchiale jette sur l'oreillette du cœur la plus voisine une petite branche qui communique avec l'artère coronaire.

M. Winslow, grand Anatomiste Observateur, a remarqué dans ses dissections en 1719, des communications très-manifestes entre les rameaux de la veine pulmonaire gauche, & les rameaux d'une artère œsophagienne, qui venoit de la première artère intercostale gauche, conjointement avec une artère bronchiale du même côté. Mais ce que je trouve encore de plus particulier, c'est ce qu'assure le même Auteur, d'avoir observé vers ce temps-là une communication de l'artère bronchiale gauche avec la veine azygos; & en 1721, au mois d'Avril, dans une dissection, il nous assure encore avoir trouvé un rameau de l'artère bronchiale gauche s'anastomoser dans le corps de cette veine. L'anastomose des artères avec des veines dans leur tronc, ou principales branches, est difficile à croire; elle ne peut être admise que dans les vaisseaux capillaires; il faut cependant la croire, d'après M. Winslow, & supposer quelques particularités qui sont échappées à ses observations.

Les *Artères œsophagiennes* sortent d'un seul tronc, qui vient antérieurement de l'Aorte supérieure, ou de quelques troncs séparés, & se distribuent aux œsophages jusqu'aux diaphragmes quelquefois, comme nous verrons; la supérieure de ces artères produit l'une des artères bronchiales.

Les *Artères intercostales inférieures*, sont celles qui suivent les côtes inférieures au-dessous des deux, trois ou quatre premières, selon que celles-ci sont suivies par les intercostales supérieures dont nous avons parlé ci-devant. On les verra ailleurs. Elles naissent le long de la partie postérieure de l'Aorte descendante par paire, jusqu'au diaphragme, & se portent transversalement sur le corps des vertèbres; celles du côté droit passent derrière la veine azygos, & vont ensuite le long du bord inférieur de chaque côté, jusqu'à l'isternum sur les muscles intercostaux. Ces artères jettent des rameaux aux muscles vertébraux, aux muscles extérieurs qui couvrent la poitrine, & en dedans, à la plevre, & s'anastomosent avec les épigastriques; & celles des fausses côtes, avec les artères lombaires. Il se trouve quelquefois dans les dissections, que les intercostales n'ont qu'un seul tronc commun à chaque artère, qui se divise ensuite à droite & à gauche. Ces artères jettent chacune un rameau en arrière, qui va dans le canal de l'épine du dos, lequel se divise ensuite pour entourrer la moëlle de l'épine, & s'anastomoser avec l'artère voisine; ce qui forme comme des anneaux. Il faut observer que vers le milieu de la côte, ou plus avant, les intercostales se bifurquent, & donnent deux branches, dont une perce & sort en dehors, & l'autre reste interne, & se suit, comme nous avons dit, les branches externes des fausses côtes, se recourbant en bas l'une après l'autre, comme pas degrés, pour se répandre sur les muscles du bas-ventre, communiquant avec les lombaires, & souvent avec les hypogastriques. Les branches internes des fausses côtes vont aux muscles du diaphragme.

L'artère *souclavière* (*id. 12*) étant sortie de la poitrine, par l'écartement

cartement du muscle scafene, reçoit le nom d'*axillaire*. Nous parlerons des branches principales de cette artère; il n'est question ici que de suivre les artères de la poitrine.

Cette artère donne dans son passage de sa partie interne une petite branche qui va à la face interne de la première côte, après, elle jette quatre ou cinq branches principales, qu'on nomme *torachique supérieure, torachique inférieure, scapulaire externe, scapulaire interne & humérale*.

La *torachique supérieure* s'appelle aussi *mammaire externe*. Cette artère serpente sur la partie extérieure de la poitrine, donne le sang aux mammelles, aux muscles fouclaviers, grand dentelé, aux pectoraux, au grand dorsal, & même à la partie supérieure du coraco-brachial & du biceps. Il faut observer dans cette artère qu'elle donne un rameau qui descend entre le muscle deltoïde & le grand pectoral avec la veine céphalique. Ce rameau est si étroitement collé à la veine, & tend si fort à s'insinuer dans sa propre tunique, que quelques-uns ont cru qu'il y avoit anastomose, ce qui se voit aussi presque par tous les anneaux spermatiques; adhérence qui peut avoir fait croire l'anastomose de l'artère bronchiale avec la veine azigos dont nous avons parlé ci-devant.

La *torachique inférieure* est pour la partie postérieure & externe de l'omoplate; elle va au muscle souscapulaire, grand rond, petit rond, sous-épineux, grand dorsal, grand dentelé; elle communique avec les artères souscapulaire & intercostales voisines.

L'*Scapulaire interne* naît de l'*axillaire* ensuite, & se jette sur la partie postérieure, pour se distribuer aux muscles souscapulaire, grand dentelé, sous-épineux, & à la partie supérieure du grand anconé; elle jette des rameaux aux glandes axillaires.

La *Souscapulaire externe* sort à côté de la précédente, passe par l'échancrure de la côte supérieure de l'omoplate, pour se jeter aux muscles sus-épineux & sous-épineux, grand rond, & petit rond, & à l'articulation de l'omoplate avec l'os du bras.

L'*Humérale* regarde plutôt le bras que la poitrine; elle naît inférieurement, & un peu antérieurement de l'*axillaire*, & se jette autour de la tête de l'os du bras, pour embrasser l'articulation, & aller gagner la partie supérieure du muscle deltoïde où elle se distribue. Sa direction est de devant en arrière; mais il en naît de l'*axillaire* une autre petite humérale, qui a une direction opposée, & toutes les parties de cet endroit sont principalement arrosées de ces deux artères.

LES ARTÈRES DES EXTRÉMITÉS supérieures.

L'*Axillaire*, (Planc. I. fig. II. 13.) après les branches dont nous venons de parler, passe immédiatement au-devant du grand pectoral, où elle change de nom, & s'appelle artère brachiale.

L'*Artère brachiale* descend le long de la partie interne du bras sur le muscle coraco-brachiale, & l'anconé interne, le long du bord interne du biceps, derrière la veine basilique, où elle fournit de part & d'autre des rameaux aux muscles voisins, au périoste & à l'os. Cette artère n'est couverte que de la graisse & de la peau, depuis l'aisselle jusqu'au milieu du bras; elle se cache ensuite sous le muscle biceps, en avançant un peu jusques vers le pli du bras. Pendant ce trajet, elle arrose les muscles voisins, les téguens & même les nerfs.

De sa partie supérieure interne, elle jette un rameau qui descend en contournant en arrière à travers les muscles anconés, pour venir sur le devant du condyle externe, s'anastomose avec l'artère radiale, au-dessous de l'attache du grand rond; elle donne un autre rameau qui se jette autour du bras, qui descend entre le muscle brachial & l'anconé externe, auxquels il se distribue & s'unit vers le condyle externe avec le rameau précédent. L'artère brachiale jette un troisième rameau au-dessous de celui-ci, qui descend vers le condyle interne, & communique avec d'autres branches de l'avant-bras, comme on verra ci-après.

Vers le milieu du bras, en s'enfonçant sous le biceps, l'artère brachiale jette un rameau qui se distribue au périoste, & s'enfonce dans l'os du bras, entre le brachial & l'anconé interne. Cette artère brachiale jette ensuite d'autres rameaux, pour le petit anconé & l'anconé interne, & va com-

muniquer avec les rameaux de l'avant-bras; l'autre ensuite qui fort vers la partie moyenne du bras, va derrière le condyle interne, en accompagnant un gros nerf, traverse les muscles attachés dans cet endroit, & communique avec un rameau de l'artère cubitale qui embrasse le pli du bras. Quelquefois il naît de cet artère un autre rameau plus bas que celui-ci, & qui va communiquer aussi avec un rameau qui remonte de l'artère cubitale. On nomme ces trois rameaux qui communiquent ainsi, artères collatérales.

Le tronc de l'artère brachiale étant parvenu au pli du bras, se glisse avec une veine & un nerf immédiatement sous l'aponevrose du biceps, & passe sous la veine médiane, en se ramifiant sur les côtes voisines. C'est cette artère qu'il est aisé de percer, quand on pique la veine sans les précautions requises.

Cette artère ayant fait environ un travers de doigt de chemin au-delà du pli du bras, se divise en deux principales branches, dont l'une est appelée artère *cubitale*, & l'autre *radiale*. De cette bifurcation, l'artère brachiale jette des rameaux aux muscles long supinateur, & rond pronateur, à la graisse & à la peau.

L'*artère cubitale* s'enfonce entre l'os & la partie supérieure des muscles rond pronateur, sublime, radial interne & palmaire, & ensuite elle quitte l'os & se glisse entre les muscles sublimes, & cubital interne, jusqu'au poignet, pour aller gagner le ligament transversal interne, ou gros ligament du carpe. Dans ce trajet, elle fait plusieurs contours, & donne plusieurs branches.

Elle produit d'abord une artère récurrente, qui gagne le condyle interne, & va communiquer avec les artères collatérales dont nous venons de parler. Cette artère est accompagnée d'une autre petite qui environne une partie de l'articulation, & communique également avec les collatérales. L'artère cubitale, dans son passage entre les têtes de l'os du coude & du rayon, donne deux branches principales, qui sont les artères interosseuses externe & interne.

L'*artère interosseuse externe* perce le ligament interosseux à environ trois travers de doigt au-dessous de l'articulation, & descend le long de la face externe de ce ligament, en donnant des petits rameaux récurrents, comme la cubitale; elle se distribue dans son trajet aux muscles cubital externe, extenseur commun des doigts, extenseur propre du pouce, de l'index, & celui du doigt annulaire; elle communique aussi dans ce trajet avec l'interosseuse interne; à l'extrémité inférieure du coude, elle s'unit à une branche de l'interosseuse interne, pour se distribuer à la convexité du carpe, en communiquant avec les artères radiales & cubitales. Elle forme, par ces communications, une espèce d'arcade irrégulière, d'où il part des rameaux pour les muscles interosseux externes, & pour les parties latérales des doigts.

L'*artère interosseuse interne* descend sur les ligaments interosseux, jusqu'au muscle rond pronateur; entre lequel est le carré pronateur. Elle perce le ligament, & gagne la partie externe & convexe du poignet, & le dos de la main où elle communique; comme je viens de dire, avec l'interosseuse externe.

L'artère cubitale passe par-dessus le ligament transversal interne du poignet, à côté de l'os pisiforme, jette des rameaux à la peau, au muscle palmaire, au métacarpien, & se jette ensuite sous l'aponevrose palmaire, où elle arrose l'hippothénar du petit doigt, & porte des rameaux entre les tendons des fléchisseurs des doigts, & les bases des os du métacarpe. Elle produit un rameau qui se glisse entre les troisième & quatrième os du métacarpe, & perce jusqu'au dos de la main, où il communique avec l'artère interosseuse externe; & après avoir fourni aux muscles interosseux, il communique avec la radiale, & fait avec elle une arcade artérielle dans le creux de la main, dont la convexité regarde les doigts & jette de sa convexité trois ou quatre rameaux, dont le premier va à la partie latérale interne & postérieure du petit doigt, jusqu'à son extrémité. Ce rameau est quelquefois la continuation, ou une branche de celui qui va à l'hippothénar; les trois autres rameaux de cette arcade palmaire, vont vers les interstices des quatre os du métacarpe, & vers les têtes desquels chacun se fend en deux rameaux, qui passent tout le long des deux parties latérales internes de chaque doigt. Ces artères se communiquent par leur rencontre au bout des doigts. Quelquefois l'arcade palmaire de l'artère cubitale se termine par

B

un rameau intérieur du grand doigt; pour lors, elle jette un petit rameau qui communique avec la radiale qui supplée à ce défaut.

Cette arcade jette aussi vers la seconde phalange du pouce un rameau vers la partie latérale & interne de ce doigt, & elle se termine vers la tête du premier os du métacarpe, en communiquant de nouveau avec l'artère radiale, après avoir donné un rameau au côté antérieur de l'index, & un au côté voisin du pouce, lesquels communiquent également au bout des doigts avec les autres rameaux de l'arcade palmaire.

La radiale, dans son principe, jette un rameau récurrent vers le pli du bras, qui se tourne autour du condyle externe en arrière, & communique avec des rameaux voisins du tronc de l'artère brachiale, & principalement avec les artères collatérales. La radiale descend le long de la partie interne du rayon, & glisse entre le long supinateur, le rond pronateur & les tégumens, en arrosant ces muscles, ainsi que les sublime, profond & court supinateur, d'où elle passe vers l'extrémité du rayon, en contournant & se ramifiant dans les fléchisseurs du pouce, & carré pronateur; à l'extrémité du rayon, elle s'approche de la peau, vers le bord antérieur de l'os, & forme l'artère du Médecin, c'est-à-dire, celle où l'on tâte ordinairement le pouls.

Au bout du rayon, elle jette un rameau qui va au muscle thenar; elle communique dans cet endroit avec l'arcade palmaire de l'artère cubitale, & produit quelques rameaux cutanés au creux de la main, & en jette un tout le long de la partie latérale interne du pouce, après quoi elle se jette entre ses premières phalanges, & vers les tendons du même doigt, pour gagner l'interstice des bases de la première phalange, & du premier os du métacarpe, où elle se contourne vers le creux de la main. De ce contour, elle donne une branche à la partie latérale externe du pouce, au bout duquel elle communique avec celles dont nous avons parlé, par une courbure; ensuite la radiale se termine, en traversant le muscle demi-interosseux de l'index vers la base du premier os du métacarpe, en se glissant sous le tendon des fléchisseurs des doigts, où elle s'anastomose de nouveau avec l'arcade palmaire de la cubitale.

Cette artère, dans ce trajet, donne aussi un rameau pour la partie latérale interne de l'index qui se rencontre au bout du doigt avec un rameau de l'arcade; elle donne aussi un petit rameau qui se croise avec les muscles interosseux, & fait quelquefois une espèce de petite arcade irrégulière qui jette des artérioles de communication à la grande arcade cubitale.

Quand l'arcade palmaire de la cubitale aboutit au grand doigt, alors la radiale se glisse le long de la partie interne ou concave du premier os du métacarpe, pour se diviser à la tête de cet os en deux rameaux qui remplacent les divisions qu'auroit fait l'arcade, comme nous avons décrit; & pour lors l'une des divisions du rameau de la radiale coule le long de la partie latérale interne antérieure de l'index, & l'autre se glisse entre les tendons fléchisseurs de ce doigt, & l'os du métacarpe; & ayant communiqué avec le rameau cubital du grand doigt, passe le long de la partie latérale postérieure de l'index, pour s'anastomoser à l'extrémité de ce doigt avec le premier rameau de la radiale.

DE L'AORTE INFÉRIEURE.

On donne ici la description de l'aorte inférieure, & on verra en divers endroits ses divisions sur les Figures qui composent les Planches de cette partie ici.

(68. Planc. I. fig. I.) L'Aorte inférieure, après avoir passé entre les deux piliers du diaphragme, pour entrer dans le ventre, fournit du côté gauche au diaphragme une artère appelée diaphragmatique inférieure.

(69. Planc. I. fig. id.) Immédiatement après, l'Aorte donne antérieurement un tronc assez considérable, nommé Cœliaque, lequel, après avoir donné une ou deux autres branches au diaphragme, se divise en trois branches principales, qui sont l'artère hépatique, la coronaire stomachique, & l'artère splénique.

L'Artère hépatique, avant que de se distribuer dans le foie, donne plusieurs branches. Elle en donne une au pilore, qu'on appelle pilorique, une au duodénum, appelé duodénale, une à la vésicule du fiel, appelée cistrique, une à

l'épiploom, que l'on appelle la gastrique droite, qui règne tout le long de la grande courbure de l'estomac, & qui communique avec les branches coronaires de la stomachique; les autres branches de l'artère hépatique vont enfin se perdre dans le foie, & se divisent en plusieurs branches, qui accompagnent les ramifications de la veine & porte les nerfs hépatiques: le tout est renfermé dans la capsule de Glisson.

La seconde branche du tronc cœliaque, est la coronaire stomachique. Lorsqu'elle est parvenue entre les deux orifices de l'estomac, elle se divise en deux branches; l'antérieure se distribue à toute la partie antérieure de l'estomac, & la branche postérieure à toute la partie postérieure. Ces ramifications communiquent avec les vaisseaux courts, & les gastriques épiploïques, tant droits que gauches.

La troisième branche du tronc cœliaque est l'artère splénique, qui va à la rate. En son chemin, elle donne au pancreas des artères appellées pancratiques. Elle en fournit au fond de l'estomac, qu'on nomme vaisseaux courts ainsi qu'à l'épiploom, qu'on appelle épiploïques, ou gastriques gauches.

Il faut observer que toutes ces branches partent du tronc, avant qu'il soit arrivé à la rate: ensuite il s'avance vers la cavité de la rate, où il se divise en plusieurs branches, qui s'implantent dans la substance de la rate.

(Id. 73.) Après le tronc cœliaque, l'Aorte fournit, dans sa partie antérieure, la mesenterique supérieure. Cette artère fait environ un pouce & demi de chemin, & forme une petite croûte qui se divise en sept branches, renfermées entre les deux feuillettes du mésentère; ces sept branches se divisent en plusieurs, dont deux sont situées du côté droit, & vont se rendre au cœcum & au colon; les autres branches qui se portent un peu du côté gauche, se distribuent aux intestins duodenum, jejunum, ileum, & au cœcum, & elles s'anastomosent avec la mesenterique inférieure.

Au-dessous de la mesenterique supérieure, l'Aorte inférieure fournit de chaque côté les artères émulgentes qui vont aux reins, d'où il part une branche & quelquefois deux, qui vont aux capsules atrabillaires; souvent ces artères partent de l'Aorte même.

(75. Même Planche.) Les artères émulgentes sont des arcades dans la substance interne du rein; il sort de ces arcades quantité d'autres petits rameaux vers la circonférence, ou surface externe.

(76. Même Planche.) Les artères spermaticques sont deux petites artères qui naissent de la partie antérieure de l'Aorte, un peu au-dessous des émulgentes. Elles jettent d'abord en s'écartant, tant à droite qu'à gauche, à la membrane commune des reins, de petits rameaux nommés artères adipeuses; ensuite, elles descendent sur les muscles psoas, par-devant les urethères, entre les deux lames, ou feuillettes du péritoine, auquel elles donnent des rameaux, & principalement aux parties voisines du mésentère, avec lesquelles elles communiquent, de même qu'avec les adipeuses; elles donnent aussi des aréoles aux urethères, ensuite elles se distribuent aux ovaires & à l'utérus, & elles communiquent avec des rameaux de l'artère hipogastrique, vers les extrémités frangées des trompes de Fallope, dans les femmes, & aux testicules dans les hommes.

L'Aorte inférieure jette latéralement les artères lombaires au nombre de cinq & six paires au plus, à peu près comme les intercostales. On peut les distinguer en supérieures & en inférieures. Les supérieures donnent de petits rameaux aux parties voisines du diaphragme & des muscles intercostaux; elles tiennent même lieu de demi-intercostales; quelquefois les paires viennent d'un tronc commun.

Elles se distribuent de côté & d'autre aux muscles psoas, aux carrés, aux triangulaires, aux transversals & aux obliques du bas ventre. Elles percent ces derniers, & deviennent hipogastriques externes; elles vont aux muscles vertébraux, au corps des vertèbres, & entrent dans le canal de l'épine par les échancrures latérales des vertèbres, par les membranes, &c. & y forment des anneaux à peu près comme les intercostales; elles donnent aussi des artères aux nerfs.

L'Aorte inférieure se termine vis-à-vis la dernière vertèbre des lombes, & quelquefois plus haut, où elle se divise latéralement en deux grosses branches; l'une à droite, & l'autre à gauche, appellées artères iliaques; elles font chacune le tronc commun de même nom.

De leur division, il part une artère, & quelquefois deux, qu'on appelle *sacrées*, qui se ramifient sur l'os sacrum, & sur les parties voisines de l'intestin rectum, & entrent par les trous antérieurs de l'os sacrum dans le canal de cet os, où elles se distribuent de côté & d'autre; elles donnent aussi des arterioles aux gros cordons des nerfs qui y sont renfermés, & s'influent dans le tissu cellulaire intérieur de ce même os. Chaque iliaque se subdivise en *iliaque externe*, en *iliaque interne*, ou *hipogastrique*, que l'on verra ci-après.

L'Artère crurale. Cette artère est la continuation de l'*iliaque externe*; elle sort du bas-ventre, entre le ligament tandinieux de Fallope, & le tendon du muscle psoas, sur l'union des os des îles avec l'os pubis; en sortant, elle donne trois petits rameaux que l'on voit ici (81.) Celui qui se voit dans la seconde Planche, est appelé *petite honteuse externe*; le second va au muscle pectineus, & le troisième au muscle couturier, & ils jettent de petites divisions aux tégumens voisins.

L'Artère crurale descend ensuite vers la tête du fémur, & se contourne dans cet endroit près la veine crurale, pour aller gagner le dessus de cette veine, à quelques travers de doigts plus bas. Dans cet espace, ou ce trajet, depuis sa sortie du bas-ventre, elle n'est couverte que de la graisse & de la peau, étant sur le pectiné & sur la division du triceps. A l'endroit de son déplacement ou contour*, cette artère produit trois branches considérables, une externe, une moyenne, une interne. Nous voyons ici l'origine de ces trois branches; elles vont sur les muscles cruraux, vaste externe, greffe antérieure & facialata, & même l'une de ces branches remonte jusqu'au moyen fessier sur le trochanter; & les rameaux de cette branche, par leurs divisions, communiquent avec le premier rameau de la grande honteuse & avec la siatique.

A l'égard de la branche moyenne, elle descend sur la partie interne de la cuisse, entre les portions du muscle triceps qu'elle perce, pour se distribuer au grand fessier, aux muscles demi-nerveux, demi-membraneux, & aux tégumens voisins. Elle est vue dans cette figure, & elle le sera dans les dernières de mon Cours Anatomique.

La branche interne va en arrière sur les quadrijumeaux vers le grand trochanter, & après avoir donné un rameau qui entre dans l'articulation du fémur, elle descend en arrière, & se jette aux muscles qui couvrent les os par plusieurs autres rameaux, dont l'un entre dans l'os même, à côté de la ligne âpre.

L'artère crurale, après la distribution de ces branches, descend entre le couturier & le vaste interne & le triceps, comme l'on voit dans la cuisse gauche, en jettant des rameaux aux environs & à la partie inférieure de la cuisse; elle traverse le triceps un peu au-dessus du condyle, où elle change de nom, où elle prend celui de *jarretière* & de *poplitée*, & elle se fourre dans le creux du jarret avec sa compagne, c'est-à-dire, la veine du même nom.

L'Artère poplitée (94. *Planc. II.*) n'est couverte que des tégumens dans cet endroit; elle arrose par des rameaux le condyle de part & d'autre, & ces rameaux communiquent avec ceux des divisions inférieures de l'artère crurale dont nous venons de parler.

Cette artère donne encore à l'articulation du genou des rameaux, dont un passe entre les ligamens croisés, & en descendant, elle jette ses branches aux muscles grands jumeaux & poplitée; ensuite elle jette deux rameaux, l'un interne & l'autre externe; le premier embrasse la tête du tibial, sur lequel il passe en devant entre le ligament latéral externe de l'os, & communique avec les rameaux qui embrassent le fémur; le second rameau passe par-dessus la tête du péroné, & se glisse entre la tête du tibia & le ligament latéral externe du genou; ce rameau embrasse l'articulation jusqu'aux ligamens de la rotule. Ces rameaux communiquent encore avec les précédens. Il naît au-dessous de ces deux rameaux une arteriole sur la surface postérieure du ligament interosseux, atenant le tibia, dans lequel elle se plonge. Cette artère poplitée se termine enfin en deux branches, que l'on nomme *tibiale antérieure* & *tibiale postérieure*; celle-ci se sous-divise encore, & sa division externe, & la plus petite, se nomme *péronnière postérieure*.

La Tibiale antérieure (96. *Planc. II. fig. I.*) passe entre la tête du tibia, & la tête du péroné, jette des rameaux en haut, en bas & aux côtes qui communiquent avec la poplitée, & se jette de part & d'autre aux environs de la partie

supérieure de cet os, & ensuite cette artère descend sur le ligament interosseux entre le muscle jambier antérieur, & l'extenseur du pouce. Cette artère se jette après sur la partie inférieure & antérieure du tibia, & passe sous le ligament annulaire commun, & sous l'extenseur du pouce, pour se plonger dans l'articulation du pied, & donne en chemin faisant, depuis les divisions dont nous venons de parler, à droite & à gauche, des rameaux qui se plongent dans les muscles, & qui communiquent avec les artères suivantes.

Les branches inférieures de la tibiale antérieure se glissent entre l'astragal & le calcaneum, & se distribuent à l'articulation du pied & aux os du tarse; ces branches communiquent avec celles de la tibiale postérieure & de la péronnière, & ces communications font des espèces de fragmens de cercle qui environnent en partie les os du tarse de part & d'autre.

Cette artère s'avance après ces divisions le long de la convexité du pied jusqu'aux intervalles du premier & du second os du métatarse; entre les têtes de ces petits os, elle jette une petite branche qui perce les muscles interosseux supérieurs, passe par-dessous, & va se joindre avec l'extrémité de la tibiale postérieure, avec laquelle elle forme sous la plante du pied une arcade nommée *plantaire*. Outre cette petite branche, elle jette encore par-dessus les autres os du métatarse deux ou trois rameaux considérables, qui vont aux muscles interosseux & aux tégumens, & qui se communiquent mutuellement.

Elle finit après toutes les divisions que nous venons de voir, & qu'on aperçoit en partie dans cette figure, par deux rameaux, dont l'un va au muscle thenar & au côté interne du pouce, & l'autre se partage pour le côté externe du pouce & pour le côté interne du second orteil.

(95. *id.*) **La Tibiale postérieure**, qu'on nomme aussi *artère surale*, descend entre les muscles solaires, le jambier postérieur, le long fléchisseur propre du pouce, auxquels elle fournit du sang, ainsi qu'à la moëlle du tibia, par un espèce de canal osseux qui se trouve dans la partie moyenne & postérieure. Cette artère serpente derrière la malléole interne, après avoir donné tous ces rameaux, en communiquant avec l'artère antérieure, où elle est couverte des veines voisines; elle passe sous la plante du pied entre la face concave du calcaneum & le muscle thenar, où elle se divise en deux rameaux, l'un intérieur & l'autre postérieur; l'externe, que l'on nomme *plantaire externe*, passe obliquement par la face concave du calcaneum, sous la plante du pied, & va jusqu'à la base du cinquième os du métatarse, & de-là fait une espèce d'arcade jusques vers le pouce, où elle communique avec la tibiale antérieure, ce que nous avons déjà dit. La convexité de cette arcade fournit aux deux côtés de chacun des trois derniers orteils, & au côté du second orteil des rameaux, qui forment ensemble sur l'extrémité, ou sur le milieu de chaque doigt, des petits arcs de communication entr'eux.

Le rameau interne s'appelle *plantaire interne*; il se jette au milieu de la plante du pied, où il se sous-divise, pour fournir le pouce, & pour communiquer aux autres orteils, & s'anastomose avec les divisions dont nous avons parlé.

La Péronnière (98. *id.*) descend au contraire le long de la face du péroné, entre le muscle solaire & le fléchisseur du pouce, où elle donne des rameaux, & étant parvenue au bas du péroné, elle jette une branche qui se plonge entre le tibia & le péroné, qui passe sur leurs extrémités de derrière en devant, & sur le ligament interosseux, & se distribue au tarse & aux tégumens; elle descend ensuite sur la partie postérieure du péroné jusqu'au calcaneum, où elle forme une arcade entre l'astragal & le tendon d'Achille. Cette arcade communique avec la tibiale postérieure; elle se jette après en dehors, où elle a de légères communications avec la tibiale antérieure, par une arcade qui fournit plusieurs rameaux aux parties voisines.

Ces artères, ou branches inférieures de la crurale, ont des fréquens anastomoses, soit dans la peau ou sur le périoste, que l'on distingue encore mieux dans le fœtus, lesquels forment une espèce de *rete mirabile*.

Je vais expliquer les *veines crurales*; il ne suffit pas de ce que nous en avons dit à l'explication des premières figures des deux premières Planches qui les représentent dans leurs situations naturelles, avec leurs divisions.

LA VEINE CAVE SUPÉRIEURE.

(Planche I. fig. I. 45.) La veine cave a deux troncs essentiels & distincts l'un de l'autre, qui sortent séparément de l'oreillette droite du cœur. Le tronc supérieur, ou *veine cave supérieure*, est celle qui rapporte le sang de la tête des extrémités supérieures, de la poitrine & de la veine azigos dans le cœur. Celle qui descend dans le bas-ventre, qu'on appelle *veine cave inférieure*, ou descendante, après avoir percé le diaphragme, ce qu'elle fait cependant en recevant les veines hépatiques, peu après la sortie du diaphragme, va se diviser à l'entrée du bassin, ayant donné auparavant plusieurs branches, où elle forme avec l'aorte les iliaques; elle accompagne les artères par ses divisions, & ses branches sortent ensemble au bas-ventre, pour recevoir le sang des extrémités inférieures que les artères crurales ont arrosé; mais nous pouvons observer, pour éviter toute équivoque dans l'exposition que l'on fait des blessures sur les noms que l'on donne à ces veines d'*ascendante* & d'*descendante*, que ce n'est qu'à cause de leurs configurations qu'elles sont ainsi nommées: car s'il falloit les désigner, par rapport à leurs fonctions, la veine cave inférieure & descendante, est celle qui remonte le sang dans le cœur, & non pas celle qui le descend; au contraire, la veine cave supérieure & ascendante est celle qui descend le sang dans le cœur, & non pas celle qui le monte; ce qui a occasionné souvent des équivoques parmi les jeunes Chirurgiens dans le récit & l'exposé de leurs observations. C'est pourquoi en se servant du terme de *supérieure* & d'*inférieure*, on désigne mieux les divisions appartenantes à l'une de ces veines, dans leurs proximités & leurs anastomoses.

Ces veines ont de commun avec les artères qui les accompagnent, que la plupart des branches capitales & des troncs inférieurs sont paires; mais que leur division ou rameaux ensuite n'observent point de parité entre celles du côté gauche & celles du côté droit. On doit excepter les branches capitales, la veine azigos, & quelques autres petits troncs inférieurs.

Il faut observer encore que la veine cave inférieure n'a qu'une petite portion renfermée dans le péricarde. On n'apperoit sur la partie antérieure de cette veine tout au plus qu'une ligne de trajet dans le péricarde, & sur sa partie postérieure environ trois lignes.

La *Veine cave supérieure*, ou ascendante, est celle que nous voyons dans cette figure avec ses divisions; la racine de cette veine est dans l'oreillette droite du cœur, & renfermée dans le péricarde, ou côté droit de l'aorte, & un peu plus avancée, & se trouve sous les cartillages des vraies côtes, du côté droit; son tronc monte presque d'aplomb, en suivant à-peu-près la position de sternum; elle s'incline cependant vers l'aorte à mesure qu'elle s'élève, & étant arrivée derrière la cartillage de la première vraie côte, elle se partage, & forme du côté droit & du côté gauche les deux *souclavières*, posées effectivement sous les clavicules; mais auparavant ce tronc reçoit quelques petites branches du côté droit. Ces petites branches que nous ne voyons pas ici, parce qu'on a supprimé les côtes & le pectoral, viennent du péricarde, du diaphragme, des glandes thymiques, des muscles intercostaux, du médiastin, de la plevre, du grand pectoral, de la mammelle & des graisses.

La *Veine souclavière* (19. id.) après avoir donné une partie des branches pectorales, passe devant la portion antérieure du muscle scalene, & se glisse entre la première côte & la clavicle, pour gagner l'aisselle, où elle prend le nom d'*axillaire*; dans ce trajet, elle donne plusieurs branches, qui sont les veines musculaires & thorachiques. Cette veine étant parvenue à la tête de l'humérus, jette une branche considérable, qu'on appelle *veine céphalique*, & se continue sur le bras sous le nom de *veine basilique*; quelquefois cette veine n'est que la branche de l'axillaire, & la céphalique en est la continuation; c'est selon leurs directions particulières, & la grosseur plus ou moins considérable de l'une ou de l'autre.

La *Veine céphalique* (27. id. & 30. fig. I. & II.) s'unit un peu après son origine avec la petite céphalique, qui vient de la souclavière, ou de la jugulaire externe, & se glisse superficiellement entre le muscle deltoïde & le grand pectoral, pour former cette union; il y a d'autres unions quelque-

fois avec ces veines, par des doubles rameaux qui se rencontrent autour de la jointure du bras. La veine céphalique passe entre les tendons des muscles ci-dessus, & descend le long du bord externe de la portion externe du muscle biceps; elle communique dans ce trajet avec la basilique, & donne des rameaux aux muscles voisins, à la peau & à la graisse. Au-dessous du condyle externe de l'os du bras, elle jette un rameau qui remonte entre le muscle brachial antérieur, & la portion supérieure du muscle long supinateur, qui va communiquer avec quelques branches de la basilique.

La céphalique étant parvenue au pli du bras, se divise en deux branches. La plus longue est nommée la *veine radiale externe*; la courte se nomme, si l'on veut, *veine médiane céphalique*, (34. id.) ce qui la distingue alors d'une pareille branche de la veine basilique. La radiale externe coule le long du rayon entre les muscles & les tégumens, en se divisant de côté & d'autre, & s'anastomosant avec celles de la veine basilique; cette veine forme des veinules comme la saphène en fait sur les extrémités inférieures.

La veine courte de la céphalique s'anastomose avec la pareille de la basilique dont nous venons de parler, que l'on nomme aussi *veines médianes latérales*, & forment à leur union une grosse branche, appelée *grosse médiane*, ou *grande médiane*, (38. id.) dite aussi médiane de riolan. De cette union part aussi une branche qui descend sur la partie interne de l'avant-bras, vis-à-vis le ligament interosseux, qu'on appelle *veine profonde* (36. id.) de l'avant-bras. Cette veine part aussi quelquefois un peu après la naissance de la grande médiane. La médiane céphalique dont nous avons parlé, ou médiane latérale céphalique, jette une branche longue qui suit le rayon, & est appelée *radiale interne*.

Après toutes ces divisions, la céphalique diminue, & suit la route à-peu-près de l'artère radiale jusqu'à l'extrémité du rayon, d'où il part un rameau particulier qui va entre le pouce & le métacarpe, sous le nom de *céphalique du pouce*. Ces veinules fournissent aux muscles interosseux des filets qui reçoivent le sang de ces parties, & des tégumens de la main.

La *basilique* (31. id.) que les anciens nommoient *veine du foie*, ou *veine hépatique du bras*, a quelquefois une double naissance de la veine axillaire. Elle reçoit le sang sous la tête de l'os du bras par une branche assez grosse qui passe traversalement autour du col, de cet os de dedans en arrière, & de derrière en dehors, en se ramifiant sur l'omoplate. Cette branche peut se nommer *articulaire*, ou *sous-humérale*. La basilique ensuite reçoit le sang de deux petites veines qui accompagnent l'artère brachiale, & l'embrassent d'espace en espace, par des petites communications entr'elles, on peut appeler ces veines, selon M. Winslow, *veines satellites de l'artère brachiale*; car c'est lui qui a donné le nom aussi de *veines articulaires* à celle dont nous venons de parler, & à d'autres dont j'ai fait mention ci-dessus, les autres Anatomistes ayant négligé de les indiquer par quelque terme significatif du lieu qu'elles occupent; quelquefois ces petites veines satellites naissent de la veine profonde supérieure.

Au-dessous du col de l'humérus, près du creux de l'aisselle, derrière le tendon du grand pectoral, la basilique donne une veine considérable, qui descend à côté de l'artère brachiale, pour recevoir le sang de l'intérieur du bras, qu'on appelle la *veine profonde supérieure* (33. id.).

La basilique continue sa route entre les tégumens & les muscles, où elle communique avec la profonde & la céphalique, & étant parvenue au pli du bras, donne la *médiane basilique* (35. id.) dont nous avons parlé; descend le long de l'os du coude, entre les tégumens & les muscles, sous le nom de *cubitale interne*, en s'anastomosant toujours de part & d'autre. Elle jette au commencement de son trajet sur l'avant-bras, une branche nommée *cubitale interne*; & étant parvenue à l'extrémité de l'os du coude, elle jette sur la convexité du carpe plusieurs rameaux, dont un, sous le nom de *salvatelle*, va gagner le petit doigt, du côté du doigt annulaire.

LA VEINE CAVE INFÉRIEURE.

Cette veine ayant percé le diaphragme, passe par la partie postérieure de la grande scissure du foie, entre le lobe & le lobule de *spigelius*. Dans ce trajet, elle donne ordinairement

nairement trois grosses branches, appelées veines hépatiques, c'est-à-dire d'hépar, le foye. Effectivement, ces veines vont se ramifier dans le foye; (en parlant du foye en particulier, nous décrirons ces vaisseaux.)

La veine réinale droite est l'une des grosses branches de la veine cave, qui vont de chaque côté de cette veine se porter aux reins; celle-ci est plus courte, & descend un peu obliquement pour aller joindre le rein. (74. fig. I. Planc. I.)

Les veines réinales du côté gauche sont plus longues que la précédente; & cela doit être ainsi, puisque le tronc de l'aorte descendante est entre le rein & le tronc de la veine cave, qui les reçoit de ce côté, ce qui ne se trouve pas du côté droit, où le rein est plus proche de la veine cave.

Les veines réinales du côté gauche se trouvent placées immédiatement sous l'artère mesenterique supérieure. Il n'est cependant pas ordinaire qu'il y ait deux veines réinales d'un côté, & une de l'autre, ou deux de chaque côté; assez souvent on n'en rencontre qu'une seule à droite, & une seule à gauche. Ces veines jettent en haut des veines capulaires qui accompagnent les artères du même nom dont nous avons parlé, & en bas des veines adipeuses qui vont à l'enveloppe graisseuse des reins. La veine réinale gauche fournit ordinairement la veine spermatique du même côté, comme l'on voit dans cette figure.

Les deux réinales vont gagner l'échancrure des reins par plusieurs ramifications, qui se distribuent dans leur substance, ainsi qu'elles sont dépeintes au côté droit (c. fig. id.).

Les veines spermatiques accompagnent les artères dont nous venons de parler, & les suivent dans leur division; un peu après avoir croisé les urètères, elles produisent une branche considérable, qui se divise ensuite en deux rameaux, dont l'un va communiquer avec la veine capulaire, ou sur-réinale, & l'autre communique assez souvent avec les veines réinales ou émulgentes; elles communiquent ensuite avec la veine mesurairique; elles se multiplient en approchant des anneaux, & s'anastomosent entr'elles de distance en distance; les rameaux de ces veines se tortillent & s'entrelacent les uns avec les autres, & avec les artères qui les accompagnent, enfermées dans la gaine dont nous avons parlé, ce qui les a fait appeler des Anciens, vaisseaux *Panpini-formes*. Les veines & les artères spermatiques sont si adhérentes entr'elles en certains endroits, que c'est ce qui a fait croire que les veines s'anastomosoient avec les artères, ce qui est absurde, & contredit par les Anatomistes les plus sçavans, entr'autres par M. Winslow. (59. fig. id.)

DES PARTIES NATURELLES DE L'HOMME.

Les Testicules. Les anciens les appelloient *Didimes*, c'est-à-dire Jumeaux. Les testicules forment deux corps glanduleux dont on voit ici la figure & le volume. ($\frac{1}{3}$ de nature.) Ils sont plus ou moins gros, selon l'âge & le tempérament. La partie supérieure est couronnée d'une appendice, que l'on nomme *épididime*. (m. fig. I. Planc. I.)

Les testicules sont suspendus dans une enveloppe cutanée & commune, appelée *Scrotum*; ils sont aussi enveloppés de deux membranes particulières. La première, est la gaine du cordon spermatique, que l'on appelle tunique *vaginale*; mais leur tunique propre est une membrane assez épaisse antérieurement & très-mince par sa partie postérieure, que l'on nomme tunique *albuginée*, c'est-à-dire, blanche.

Les testicules sont composés d'un nombre infini de petits canaux, extrêmement déliés, qui font plusieurs circonvolutions, & sont contenus dans différens paquets séparés par des cloisons membrancées. Ces cloisons aboutissent au noyau du testicule, & tiennent de l'autre côté à la partie interne de la membrane *albugineuse*. Le noyau du testicule, ou la réunion de ces petits paquets, forment ensuite le commencement des *épididimes*.

Les *épididimes* sont la partie saillante du testicule, & ne sont que le prolongement du noyau. La tête de l'*épididime* est la partie antérieure qui sort du testicule même, à côté des vaisseaux spermatiques, & la queue est sa partie postérieure qui va former les canaux déférens. (n. fig. id.)

Nous parlerons du *scrotum* & du *dartos* dans un autre endroit.

Les canaux déférens sont la continuation des *épididimes*. Ils forment des tuyaux blancs un peu aplatis, de la grosseur du tuyau d'une plume d'aile de pigeon, quelquefois plus forts, ils vont joindre, en se couchant sur les *épididi-*

mes, les vaisseaux spermatiques, & montent dans la gaine commune, que l'on appelle *cordon spermatique*, vers la partie postérieure de ce cordon. Ils conduisent chacun de leur côté le sperme préparé par les testicules dans le bassin à l'entrée duquel ils quittent les vaisseaux spermatiques, pour se glisser à côté de la vessie, où ils se recourbent, & viennent se terminer à la partie inférieure & extérieure du col de la vessie. (o. fig. id. & HH. fig. II. Planc. II.)

Dans leurs trajets, les canaux déférens passent derrière l'artère ombilicale, en la croisant, & en croisant aussi les urètères. Ces canaux sont plissés à leur naissance vers l'*épididime*, & plus gros que dans le reste de leur étendue; ils diminuent vers les vésicules séminales & se tortillent; en finissant ils deviennent très-minces.

Les vésicules séminales sont les réservoirs de la semence que les canaux déférens lui portent, déjà préparé, & propre à la formation animale.

Ce sont deux corps blanchâtres, bosselés & mollets, longs de trois ou quatre travers de doigts, larges d'un travers de doigt, & épais environ d'un tiers de cette largeur, situés obliquement entre le rectum & la partie inférieure de la vessie; de manière que leurs extrémités supérieures sont éloignées l'une de l'autre, & que les inférieures sont jointes ensemble entre les extrémités des canaux déférens, dont elles imitent & l'obliquité & la courbure.

Elles sont inégalement arrondies par en haut, leur largeur diminue par degrés vers le bas; elles forment par l'union de leurs extrémités inférieures une espèce de fourche, dont les branches seroient larges & recourbées en manière de cornes de Belier. Ces extrémités inférieures sont fort étroites, & forment par leur union une espèce de col menu, qui se glisse sous la vessie vers son orifice, & ensuite continue son chemin dans la gouttière des prostates, & dans l'épaisseur de la portion voisine de l'urèthre, ou enfin les extrémités percent l'épaisseur de la caroncule.

Elles sont plissées en dedans, & comme distinguées en plusieurs capsules vésiculaires, par des replis tortueux. Leur surface externe est revêtue d'une membrane fine, qui borde & bride les replis. Cette membrane est une vraie continuation du tissu cellulaire du péritoine. On peut débrider les replis, & par ce moyen déployer les tortuosités, & rendre le corps des vésicules beaucoup plus long qu'il n'est quand il est replié.

La surface interne de leur tissu est veloutée & glanduleuse, & fournit continuellement un suc particulier, qui digère, exalte ou affine, & perfectionne de plus en plus la matière séminale qu'elles reçoivent par les canaux déférens, & dont elles sont les réservoirs pendant un certain temps.

Le passage des canaux déférens dans ces vésicules est très-singulier. J'ai dit ci-dessus que les canaux déférens se recourbent derrière la vessie, & s'y rencontrent par leurs extrémités fort rétrécies. Ces deux extrémités s'unissent en manière d'angle, & se glissent entre les extrémités voisines des vésicules séminales. Elles s'y unissent si étroitement ensemble, que leurs portions adossées ne paroissent faire qu'une cloison mitoyenne entre deux petits tuyaux, dont chacun est formé en partie par l'extrémité de l'un des canaux déférens, & en partie par l'extrémité de la vésicule voisine.

L'union latérale de l'extrémité du canal déférent, & de l'extrémité de la vésicule de chaque côté forment aussi entr'elles une espèce de cloison particulière très-courte, qui se termine en croissant, comme une petite valvule semilunaire. L'extrémité du canal déférent est plus étroite que celle de la vésicule séminale. » Cette mécanique, dit M. Winslow, dans son exposition anatomique, permet toujours au liquide de chaque canal déférent de s'insinuer peu-à-peu dans la vésicule séminale du même côté, & elle empêche celui de la vésicule de rentrer dans le canal déférent.

» Quand on souffle par un des canaux déférens, après avoir fermé l'urèthre, le vent gonfle la vésicule séminale voisine, & le canal urinaire, sans passer dans la vésicule, ni dans le canal de l'autre côté, à moins qu'on ne le pousse avec violence.

Ensuite, les deux petits tuyaux, formés chacun par l'extrémité d'un canal déférent, & par celle d'une vésicule séminale se glissent entre la base des prostates & le canal de l'urèthre, dont ils percent obliquement l'épaisseur, & abou-

même lettre indiquera les parties de ces trois figures; & lorsqu'on voudra les étudier, on cherchera la lettre indiquée sur chacune de ces figures en particulier, ce qui évitera la confusion.

Les muscles *érecteurs* (N.). Ces muscles que l'on voit très-distinctement dans ces figures, sont appuyés obliquement sur l'os *ischion*, depuis la tubérosité; ils vont accompagner la racine des caverneux jusqu'à la symphise de l'os pubis, ensuite s'attachent par l'autre bout un peu avant sur les corps caverneux, où ils s'unissent en s'épanouissant réciproquement sur l'un & l'autre de ces corps.

Les muscles *accélérateurs* (a.) Les accélérateurs forment un muscle pyriforme, séparé par un tendon mitoyen attaché au bas du ligament interosseux des os pubis, à l'union des muscles transverses, & à l'sphincter cutané de l'anus. Ces muscles couvrent le bulbe de l'urètre, ainsi qu'on le voit, jusqu'à la naissance du ligament suspensoir; leur tendon mitoyen (marqué X.), répond à la cloison du bulbe. Ces deux muscles embrassent les deux corps caverneux vers l'extrémité des muscles érecteurs, où ils s'attachent chacun en particulier à la partie latérale & extérieure de ces corps.

Les muscles *transverses* (b.), que l'on nomme triangulaires, sont deux paquets charnus, oblongs & étroits, attachés par leurs extrémités à la naissance de la branche de l'os ischion, & vont se rencontrer ensemble sous la pointe de la prostate, où ils forment une espèce de bifurcation dont le milieu sert d'attache commune aux muscles de l'urètre, & aux sphincters cutanés de l'anus.

Les muscles *prostatiques supérieurs* (c.) sont petits & fort minces, posés à côté des attaches des muscles obturateurs internes, & sous l'os pubis à sa partie supérieure & interne, d'où ils se répandent sous les prostates, pour les resserrer dans leurs actions.

Les *prostatiques inférieurs* (d.) ne sont que des petits plans transverses, que l'on ne voit ici que dans la deuxième figure de la quatrième Planche, aussi-bien que les précédents, attachés d'une part à la symphise qui tient la branche de l'os pubis avec l'ischion, & de l'autre réciproquement ensemble; c'est-à-dire, que sous les prostates les deux n'en font qu'un, & servent de sangle & de suspensoir à la glande, & aident aussi avec les précédents à presser la glande dans le besoin. Ils ont certains filets qui s'en détachent, pour s'unir avec les transverses & les supérieurs dont nous venons de parler.

MUSCLES DE L'ANUS.

Comme nous n'avons pas occasion de parler ailleurs des muscles de l'anus, il est à propos de les décrire dans cette figure à la suite des muscles que nous venons de démontrer.

À l'extrémité de l'intestin rectum, il y a une espèce d'orifice retréci & plissé, composé de fibres, lesquelles sont environnées de plusieurs muscles, dont les uns resserrent étroitement son extrémité, & les autres lui servent de sangles larges, pour le soutenir dans sa situation naturelle, & le remettre s'il étoit dérangé.

Les *sphincters cutanés* (e.) de l'anus. Ces deux muscles entourent l'extrémité, & forment ensemble une espèce d'ellipse pointue par ses deux extrémités. L'extrémité postérieure de ces deux muscles tient à la pointe du *coecix*, & à son ligament cutané; la pointe antérieure de ce muscle s'attache au tendon mitoyen du muscle transversal, & monte avec d'autres muscles à l'urètre.

Nous ne faisons pas mention du sphincter intestinal, ou orbiculaire de l'anus, dont nous parlerons dans les autres traités.

Les *releveurs de l'anus* (f.) Ce sont des portions musculaires en forme de bandes larges & minces, attachées par leurs parties charnues tout autour de la concavité du petit bassin, depuis la symphise des os pubis jusqu'au de-là de l'épine des os ischion, & par leur extrémité opposée, les fibres de ces muscles descendent & s'entrelacent vers la base du *coecix*, sous la courbure du rectum, où elles s'unissent, & contournent l'anus; elles se portent par des filets croisés à la vessie, au bulbe, aux prostates, & enfin à toutes les parties contenues dans le petit bassin; elles aident à les suspendre, & à leurs offices.

L'artère *hypogastrique*. Cette artère se plonge dans le fond du bassin, ainsi qu'on peut le voir dans la première Planche; elle se recourbe, & se divise en plusieurs branches, à côté du fond de la vessie. Ces branches sont ordinairement au nombre de quatre ou cinq principales, & se divisent assez près les unes des autres. Souvent elles forment un ou deux petits troncs, qui ensuite se sous-divisent en deux ou trois rameaux, ce qui est fort varié dans tous les sujets; mais on se fixe seulement à considérer les endroits où ces branches vont se terminer. (79. fig. 1. Planc. I.)

La première est l'artère *umbilical*, que nous avons dit être la vraie continuation du tronc hypogastrique, & dont nous donnerons la description dans les Tables suivantes.

La seconde est la petite *iliaque*: c'est une branche la plus postérieure, laquelle souvent n'est qu'un rameau de la branche fessière, elle passe entre les deux nerfs lombaires, & se divise en deux rameaux, dont l'un entre dans le canal de l'os sacrum par les derniers de ses grands trous internes, & l'autre rameau passe derrière le muscle psoas, auquel il se ramifie; il se distribue ensuite dans le muscle iliaque, après avoir passé derrière le nerf crural; & rampant sur la face interne de l'os des îles, il le pénètre par un trou particulier, & quelquefois par plusieurs.

La troisième, est l'artère *fessière*; elle est ordinairement considérable & la plus grosse branche de l'hypogastrique; elle produit quelquefois un petit rameau pour l'os sacrum, & arrose le muscle pyriforme, les muscles de l'anus, le bulbe & les parties voisines du rectum. Elle sort ensuite du bassin au-dessus du muscle pyriforme avec le nerf scyatique, par la partie supérieure de la grande échancrure de l'os du bassin, & de-là se distribue à droite & à gauche dans le moyen fessier, & son rameau le plus considérable accompagne le nerf scyatique jusqu'à une certaine distance. (Ces artères ici se verront dans les autres traités.)

La quatrième est l'artère *scyatique*; elle donne des rameaux aux muscles pyriformes, quadrijumeaux, à l'os sacrum, à la face interne de l'ischion, & pousse un rameau qui va à l'articulation du fessier sous le muscle carré. Cette branche de l'hypogastrique croise le nerf scyatique, & le suit, en lui donnant des artérioles, qui se distribuent au dedans de ce nerf; elle remonte à la sortie du bassin d'un côté de la surface externe des os qui le composent, & se ramifie même dans leur tissu interne, & de l'autre côté, s'épanouit dans les muscles fessiers, & essentiellement dans le moyen & le petit.

La cinquième branche de l'hypogastrique est l'artère *honteuse*. Cette artère est appelée vulgairement honteuse interne; elle naît ici avec le tronc de la fessière, & produit deux principaux rameaux. Le premier sort avec la fessière & la scyatique par la grande échancrure de l'os ilion, & se sous-divise en plusieurs rameaux, dont l'un va directement à l'épine de l'ischion, & passe entre les deux ligaments, qui sont attachés à l'os ischion & à l'os sacrum; & en suivant la tubérosité de l'os ischion, il va se plonger dans la naissance des corps caverneux. Les autres rameaux sont des tiges qui vont au sphincter de l'anus, & arrosent le bulbe de l'urètre; & enfin, cette première division de l'artère honteuse externe communique avec une branche de l'artère crurale par-dessus le col du fémur. (fig. 2. Pl. 4.)

Le second rameau principal de cette artère se jette dans l'union de la vessie & du rectum, va dans l'homme aux vésicules séminales & au col de la vessie, aux prostates & aux parties voisines du rectum, & par la même division, il passe sous l'os pubis à côté de la grosse veine, qui est sous la symphise de cet os, & coule le long de la verge, où il se distribue sur le corps caverneux. Ce rameau communique avec la petite honteuse qui vient de l'artère crurale. (83. fig. id.)

Le rameau de la honteuse fort souvent du tronc même de l'hypogastrique, & sur-tout dans les femmes, pour se distribuer à l'urètre, & communiquer avec les artères spermaticques vers les franges de la trompe de fallope, & aux parties voisines du vagin, &c. (M. fig. 3. Planc. VI.)

L'angéologie que nous venons de parcourir, est la distribution de tous les vaisseaux, pour porter & rapporter le sang dans toutes les parties du corps. C'est proprement

ce qui constitue la source de la vie, l'accroissement & la conservation de l'homme. Cela nous conduit à raisonner sur la nature de l'homme, après avoir vu les parties masculines, ou les moules & la matricule, d'où il prend sa composition & sa forme.

DE LA COMPOSITION ET FORMATION DE L'HOMME.

Le corps humain est composé de parties solides, de parties molles, & de parties fluides. Les parties solides sont la charpente, & le soutien de tout l'édifice. Les parties molles sont les cordes qui meuvent cette charpente, & qui composent les réservoirs des liquides; ces parties molles servent encore de cribles & de filtres, pour séparer les esprits d'avec les liqueurs, & à sous-diviser les liqueurs entr'elles. Enfin, les parties fluides sont divisées en grossières & en subtiles; les grossières sont apparentes comme le sang, les humeurs & les sérosités, &c. & les subtiles sont insensibles, comme les esprits animaux, &c.

Toutes les masses qui composent notre corps ne sont donc qu'un mélange de parties terrestres, dans lesquelles je comprends les sels & les souffres; de parties fluides, dans lesquelles je comprends l'eau, les huiles, &c. de parties épiriteuses, dans lesquelles je comprends le feu matériel, ou les esprits animaux, les sels volatils & l'air.

Ayant admis cette composition, que l'on ne peut nier, je demande quelle est la partie de notre corps la plus propre à contenir dans sa composition toutes les autres. Sans doute ce ne sera pas les os, ce ne sera pas les chairs; ce ne sera donc que le sang, puisqu'il nous voyons que le sang peut lui seul nourrir, entretenir, & faire croître les autres parties de notre corps. Ainsi, lui seul fournit les esprits animaux, entretient & augmente les chairs, forme les humeurs qui se convertissent en cole, qui se consolident, & enfin qui composent les os; de sorte que pour former & pour nourrir notre corps, le sang suffit. Par exemple, si on lie l'artère qui arrose une partie du corps, elle périt. Cela prouve donc que le sang est le seul véhicule, la seule matière première des corps animés, & de l'entretien continu de la masse fragile qui nous constitue. Y a-t-il dans l'étendue du corps un espace grand comme la pointe d'une épingle où le sang ne parvienne; si ce n'est aux parties dures & incorruptibles, qui cependant, comme je viens de dire, ont été molles auparavant, & formées par la liqueur sanguine, & qui sont encore pénétrées & humectées par les liqueurs que le sang produit.

Convaincu que le sang est le seul véhicule universel de l'animal, il ne faut pas aller chercher ailleurs d'autres matériaux pour sa formation. Je demande donc quelles sont les molécules organiques, qui nous composent dans le moment de la conception; si ce n'est pas les molécules contenues dans le sang, & qui forment sa substance. Mais on peut répondre à ceci. Les parties rouges & grossières du sang sont inutiles à la conception: cela est vrai; c'est aussi pourquoi les testicules les séparent, & ne les portent aux vésicules féminales que lorsqu'il est dépouillé de ce qui peut nuire à un ouvrage aussi subtil & aussi délicat.

Les vésicules le reçoivent dans un état de perfection, ce qui est certain; il ne s'agit plus que de séparer les parties hétérogènes de la formation animale, ce qui se fait dans les vésicules féminales. Mais comment se fait alors l'assemblage des particules homogènes sous différentes figures, comme sont celles des os, qui font la tête, le corps, les membres, & dans les parties molles, celles qui font le cerveau, celles qui font les muscles, & enfin celles qui font les glandes & les vaisseaux? Et pourquoi, m'objectera-t-on encore, les particules homogènes & fluides ne se remèlent-elles pas avec les hétérogènes après leur séparation? Je réponds à cela, cet arrangement de parties & leur intégrité, est-il mieux prouvé dans les autres hypothèses qu'on nous a données sur la génération, où il n'est question que de fluide & de mélange? C'est à quoi on ne sauroit répliquer. On dira ensuite que les œufs, tous formés dans la création de l'homme les uns dans les autres à l'infini, sont plus propres à la génération, n'ayant pas le même inconvénient, & n'y man-

quant que la vie. Je demande alors, comment la semence pourroit-elle communiquer la vie à un œuf, si elle ne l'a pas elle-même? Et si la semence est animée, pourquoi se dépouillera-t-elle de la vie, pour la communiquer à des œufs, contenus dans des ovaires qui n'ont aucune relation intime avec la semence dans le moment de la jonction des parties. Mais, dira-t-on, les œufs se détachent, roulent dans les trompes, tombent dans la matrice, & c'est-là où ils reçoivent la vie que la semence leur communique. Ceci n'est que supposé, nous n'avons aucune preuve qu'il soit roulé des œufs dans la matrice, c'est-à-dire dans l'utérus, où se fait la conception; les preuves seroient cependant fréquentes dans l'écoulement ordinaire des semences. D'ailleurs, ce seroit donc un jeu superflu à la nature qu'après avoir donné à la semence tout ce qu'il faut pour former un être, qu'elle ne servit que de simple agent à une masse froide, insipide, sèche, & où les sous-divisions nécessairement infinies excèdent les bornes limitées de la nature; & si les œufs sont contenus les uns dans les autres, comme les *oviparistes* sont obligés de l'établir, je demande à ces Messieurs pourquoi ils ne se vivifient pas tous à la fois, lorsque celui qui les renferme est tombé dans la matrice. Je ne donne ici qu'une légère idée de ce que j'ai à dire sur cette partie d'Anatomie. Ma découverte est d'autant plus sensible, qu'elle est fondée sur l'expérience. (Voyez la figure cinquième de la seconde Planche). Elle représente un fœtus contenu dans la semence humaine, lequel n'a besoin que d'une matrice & d'une nourriture propre à son état débile, pour se conserver & croître.

En examinant la configuration des parties naturelles que j'expose dans ces planches, si on raisonne en Géomètre, Mécanicien, & en Physicien, on se confirmera dans l'opinion que je veux établir de la formation animale: indépendamment de l'expérience qui est la base de ma découverte, cette formation ne peut être regardée que comme l'ouvrage des vésicules séminales du mâle, auxquelles la nature prépare le sang avant de le leur communiquer, au lieu que dans les ovaires prétendus de la femelle, qui ne sont que des testicules imparfaites, le sang y coule de source avec toutes ses imperfections, & n'y vient encore qu'en petite quantité; & les grains apparens que les ovaires contiennent ne sont que des glandes, & rien de plus.

L'embryon humain est représenté dans un verre plein d'eau claire. Je renvoie d'ailleurs le Lecteur à la dissertation aux Mercuries de 1749. Je me contente ici de faire voir le dessin qui m'a été communiqué, dont l'observation a été inférée dans le Mercure.

Après avoir observé la matière première qui forme l'embryon, nous observons qu'il devient fœtus ensuite, au moyen des vaisseaux qui composent son cordon umbilical, & qui s'anastomosent dans le fond de l'utérus à travers le placenta. Ce sont ces vaisseaux qui forment les racines par lesquelles le sang de la mère pénètre par molécules, & successivement la petite veine umbilicale que porte l'embryon, dès le moment de sa formation. L'embryon est éjaculé dans l'utérus avec la semence du mâle qui le contient; il est en fermé dans cette semence comme le germe des plantes dans leurs graines; ces germes portent aussi avec eux les filets qui reçoivent à travers la substance de la graine, qui leur sert de placenta, les liqueurs filtrées & impulsées par la terre*, ce qui arrive après qu'elles ont été semées, & que les eaux de la pluie les ont ramollies.

Je donnai au Public mes observations sur le système de la génération en 1749, & je combattis dans ce temps-là les hypothèses des *oviparistes* & des *vermiculistes*. Il me paroît que le silence qui a régné depuis vingt ans sur mon sentiment, en est une espèce d'approbation. Il seroit bien flatteur pour moi si ma conjecture avoit lieu, après de si longues réflexions de la part de mes Antagonistes. Depuis lors, on ne parle que foiblement de l'existence des œufs dans les prétendus ovaires de la femme. Quelqu'un depuis a bien voulu dire que les semences des deux sexes étoient prolifiques, chacune en particulier; que celle de la femme formoit une fille, & celle du mâle un garçon; que dans le coït, ces semences s'enveloppoient; que si c'étoit celle de la femme qui enveloppât celle de l'homme, celle-ci pouvoit une racine dans l'utérus, & l'action de la matrice

*. Voyez ce que j'ai dit dans le Mercure de 1763, sur l'électricité de la terre, & la végétation des plantes.

en faisoit un mâle ; & au contraire, si celle de l'homme enveloppoit celle de la femme. Mais pour donner quelque vraisemblance à cette idée, il faudroit prouver que la femme est aussi bien organisée que l'homme. Ce système tient un peu à ce que je dis ; & s'il avoit été donné avant ma découverte de l'embryon tout formé dans la femence du mâle, on diroit que j'ai puisé mon idée dans celle-ci.

DES PARTIES DE LA GÉNÉRATION. DE LA FEMME.

Les parties de la génération de la femme sont divisées en internes & en externes. Les internes sont situées dans le bassin, & communiquent avec les externes.

Ces parties principales sont l'utérus, ou la matrice, les trompes, les ovaires, les ligamens larges & ronds, les vaisseaux spermatiques, le conduit interne de la matrice, & une partie du vagin.

Les parties externes sont le pubis, ou le mont de Vénus, les grandes lèvres, le finus ou la grande fente, la fourchette ou la fosse naviculaire, les nymphes, le prépuce, le clitoris, le canal de l'urèthre, l'hymen, les caroncules mirtiformes & forifice externe du vagin.

(*Planche III & IV.*) (r. *Planche III. fig. 1. & fig. 2. & 3 de la quatrième Planche.*) La matrice est située entre la vessie & le rectum ; sa figure approche assez de celle d'un flacon applati, ou d'une phiole renversée ; elle est composée d'un tissu spongieux, entrelassé de vaisseaux de tout genre, qui sont capables de s'étendre en tout sens, & de former un volume considérable, tant en épaisseur qu'en grandeur ; elle est plus épaisse dans son fond que près de son col. Le milieu est aussi beaucoup plus épais que les parties latérales ; à son extrémité inférieure se trouvent deux éminences un peu applaties, qui sont reçues dans la partie supérieure du vagin, à-peu-près comme le pilore est reçu dans l'intestin duodenum ; c'est ce que l'on appelle l'orifice interne de la matrice. (*Voyez aussi les Planches suivantes.*)

La figure de cet orifice ressemble assez au muse d'un Veau, nom que lui ont donné d'anciens Anatomistes.

À ses parties latérales & supérieures se trouvent deux ouvertures très-étroites ; l'une à droite & l'autre à gauche, qui sont les embouchures des trompes, lesquelles trompes sont deux tuyaux creux de six ou sept travers de doigts de longueur, qui commencent par un principe fort étroit, & s'augmentent à mesure qu'ils s'éloignent du fond de la matrice, pour former par leurs extrémités un pavillon, appelé la frange, ou le morceau déchiré, à cause qu'il est découpé dans toute sa circonférence.

(*Voyez les Planches & figures ci-dessus.*) Les trompes sont composées de plusieurs membranes, disposées à-peu-près comme celles du vagin ; elles sont attachées au ligament des ovaires par un repli du ligament large.

À côté des ouvertures des trompes, tant à droite qu'à gauche, on remarque deux forts ligamens, qu'on a regardé long-temps comme creux, & faisant la fonction de canaux excrétoires. À leur extrémité se trouvent deux masses glanduleuses, qu'on appelle les ovaires. (*Voyez de même.*)

Les membranes qui enveloppent les prétendus ovaires, sont au nombre de deux ; l'une est la suite du ligament large, & l'autre, qui est cellulaire, forme plusieurs petites loges, dans lesquelles on trouve de petites vésicules, que l'on croyoit être des œufs.

Les trompes & les ovaires reçoivent du sang par les artères spermatiques, & en font une légère sécrétion. Les testicules dans l'homme ont les mêmes vaisseaux spermatiques ; mais ces viscères, plus parfaits que ceux des femmes, donnent la vraie femence dont se forme l'embryon. Les veines qui accompagnent les artères dont nous venons de parler, portent le même nom ; les unes & les autres formant par leurs entrelacemens le corps papiniforme. Tous ces vaisseaux communiquent avec ceux qui se distribuent à la matrice.

La matrice est composée de trois membranes, dont la plus extérieure est un repli du péritoine.

La seconde est la plus considérable ; elle forme la propre substance de la matrice, laquelle est d'un tissu spongieux,

membraneux ; nerveux, entrelassé de fibres charnues, & rempli d'une infinité de vaisseaux.

La troisième tunique est l'interne ; quoiqu'elle paroisse lisse, elle est cependant mammelonée, & garnie de plusieurs petits pelotons glanduleux, qui laissent échapper une humeur glaireuse.

On observe encore que ces petits pelotons glanduleux grossissent & deviennent très-sensibles après la conception ; de sorte que le placenta s'augmentant, il y contracte une étroite liaison.

Les vaisseaux lymphatiques rampent principalement dans les tuniques, qui sont des continuations du péritoine, sur la matrice & sur les ligamens dont nous venons de parler.

Les conduits lacteux se découvrent dans l'état d'une grossesse avancée, & ont quelque connexion avec les pelotons des corps glanduleux dont nous venons de parler.

Les trompes, dites de Fallope, sont, comme nous venons de voir, deux canaux mollasses, coniques, vermiformes ou serpenteux, situés plus ou moins transversalement depuis le fond de l'utérus, jusques vers les parties latérales du bassin, & renfermées dans la duplicature des feuillets antérieurs des ligamens larges. La grosse extrémité des trompes est un peu recourbée ; elle est inégalement arrondie, & se termine en dehors par un orifice étroit & un peu plissé, qui est tourné vers l'ovaire, mais qui en est cependant écarté ; ce qui a fait accroire que les œufs se détachent de l'ovaire, & tombent dans le morceau frangé qui entoure le prétendu orifice externe des ovaires, comme dans un entonnoir, pour rouler ensuite dans le creux des trompes, & arriver dans l'utérus au moment de la conception : ce qui tient un peu du fabuleux ; car les prétendus ovaires n'ont aucune ouverture qui réponde à celle des trompes, & sont entièrement closés de ce côté, comme nous avons observé, n'ayant leur issue que dans la matrice pour l'écoulement de la femence légère, limpide & âcre du sexe féminin.

Les ligamens larges, nommés aussi ailes de chauves-souris ; forment deux duplicatures latérales, composées de deux feuillets ou ailerons, dont l'antérieur est plus élevé que le postérieur ; ils sont lâches & flottans, & les lames qui les composent, tiennent ensemble par un tissu cellulaire, comme les duplicatures du péritoine, & renferment, comme nous avons dit, les trompes & les ovaires, une partie des vaisseaux spermatiques & les ligamens ronds.

Les ovaires sont des corps blanchâtres, ovales, aplatis, longuets, situés chacuns latéralement sur les angles de la partie supérieure de la matrice ; ils sont suspendus par les vaisseaux spermatiques, comme les testicules dans les hommes, & attachés à un espèce de ligament rond & court, ainsi que les testicules le sont aux vaisseaux déférens, & enveloppés, comme nous avons dit, par la duplicature du feuillet, ou aileron postérieur du ligament large ; ils sont composés d'un tissu spongieux très-terré, dans lequel on trouve de petits globules forts clairs & transparents, auxquels on a donné le nom d'œufs. Le tissu spongieux environne chacune de ces vésicules, les serre très-étroitement, & paroît fournir à chaque globule une écorce adhérente & particulière. Il faut cependant distinguer ces globules, selon M. Winslow, d'autres vésicules contre nature, appelées *hydatides*. Les hydatides sont des pustules ou vésicules pleines d'eau qui viennent en plusieurs parties du corps ; mais les globules dont il s'agit sont de véritables glandes pour la filtration de la femence féminine ; les mêmes glandes dans le testicule mâle sont moins apparentes, plus compactes & plus solides, & filtrent une femence plus parfaite, comme nous avons expliqué ailleurs.

Les ligamens des ovaires qui tiennent à l'extrémité voisine de l'utérus sont renfermés dans le bord des ailerons, ou feuillets postérieurs des ligamens larges, à-peu-près comme la veine ombilicale l'est dans le bord du ligament ombilical du foye. Ils sont faits comme des cordons ronds, & d'un tissu filamenteux, attachés, comme on a observé, au fond de la matrice, un peu au-dessus de l'angle supérieur & latéral de ce viscère, & un peu postérieurement ; leur cavité est insensible dans les sujets disséqués ; ils peuvent & doivent être creux dans leur dilatation pour l'écoulement de la femence intérieure que l'on connoît, & qui ne peut provenir que d'un pareil viscère.

Les *vaisseaux sanguins* des parties de la génération de la femme sont de plusieurs sortes; 1°. les ramifications des artères & des veines hypogastriques qui vont au corps de l'utérus; 2°. les *vaisseaux spermatiques* qui se jettent sur les ovaires & sur les trompes; 3°. les *vaisseaux* qui forment les cordons vasculaires.

Les *branches hypogastriques* naissent de côté & d'autre de l'artère & de la veine de même nom, pour gagner les bords & la portion latérale de l'utérus, & se distribuent à toutes les parties, tant internes qu'externes. Ces branches sont par-tout des contours & des entrelacements extrêmement multipliés. Les artères d'un côté communiquent ensemble par leurs ramifications, & s'anastomosent sur l'utérus & dans l'épaisseur de ce viscère avec celles de l'autre côté, ce que font aussi les divisions de ces ramifications. Les veines qui accompagnent les artères, forment également une très-grande quantité d'anastomoses, & tous ces vaisseaux communiquent aussi avec les artères & les veines spermatiques, avec les bandes vasculaires des ligamens larges, & avec les hémorrhoidaux.

On démontre clairement les anastomoses, en faisant des injections, & en soufflant dans les hypogastriques, après avoir fait les ligatures convenables, pour empêcher l'extravasation des liqueurs ou du vent. Ce sont les extrémités de plusieurs de ces artères qui aboutissent & s'ouvrent dans la cavité de l'utérus, & occasionnent le sang menstruel, ce qui cause quelquefois les pertes. Les veines ont de particulier leur communication avec les hémorrhoidales internes, & par conséquent avec la veine porte.

Les *vaisseaux spermatiques*, dans le sexe féminin, ont le même entrelacement, la même origine que dans les hommes; ils ne sortent pas du bas-ventre, mais ils se jettent sur les ovaires & les trompes, & communiquent avec les hypogastriques & les cordons vasculaires des ligamens larges. Les veines sont fort nombreuses, à proportion des artères. Ces vaisseaux se ramifient aussi latéralement, & paroissent communiquer avec les métraiques de la veine porte.

Les *cordons vasculaires*, ou ligamens ronds, sont deux longs trousseaux d'artères & de veines fort menues, entrelacées & liées ensemble par un tissu cellulaire très-fin, qui glissent dans l'épaisseur de la grande duplicature des ligamens larges; ils partent des angles supérieurs & latéraux de l'utérus, & vont jusqu'aux ouvertures annulaires du bas-ventre. Ces vaisseaux dans leur trajet forment une faillie sur la surface antérieure de la duplicature de l'un & de l'autre ligament large, & la lame antérieure fournit au trousseau vasculaire une espèce de tunique, & le fait paroître comme un cordon particulier, appliqué à la face antérieure de la duplicature.

Ces cordons prennent leur origine de la communication des vaisseaux spermatiques avec les artères & les veines hypogastriques, & peuvent être regardés comme une continuation des vaisseaux spermatiques. L'attache de ces vaisseaux vasculaires aux coins de l'utérus, par rapport à celle des trompes & des ligamens des ovaires, est ainsi disposée. L'attache des trompes est la plus élevée; l'attache des ligamens des ovaires est plus en arrière; & celle des cordons dont nous parlons, est en devant plus basse que les autres.

Ces cordons prennent une route à-peu-près semblable à celle des vaisseaux spermatiques dans l'homme, sortent du bassin par les ouvertures des muscles du bas-ventre, jusqu'à la partie supérieure & presque moyenne des lèvres du vagin, où ils disparaissent dans la graisse. On pourroit croire que ces vaisseaux fournissent la matière des lacunes; en sortant du bas-ventre, ils sont accompagnés d'une continuation du tissu cellulaire du péritoine, à-peu-près comme les cordons spermatiques dans l'homme, & d'un trousseau de fibres charnues qui composent une espèce de cremaster.

Les *lacunes*. On trouve vers les bords internes, à chaque côté de l'orifice du vagin, des ouvertures plus sensibles que toutes les autres qui aboutissent vers le même endroit. Ces ouvertures répondent par deux tuyaux à deux corps folliculeux, situés dans l'épaisseur interne des lèvres, & sont regardés comme des prostates, à-peu-près semblables aux petites prostates dans l'homme. Quand on presse ces glandes, il en sort une liqueur visqueuse.

Le *sinus des lèvres du vagin*. On appelle *sinus* la cavité longitudinale qui descend directement depuis la partie moyenne & inférieure du pubis, jusqu'à environ un pouce de distance de l'anus. On donne aux parties latérales de cette cavité le nom de *lèvres*, que M. Winslow appelle *ailes*, & la jointure des lèvres, s'appelle *commisseeur*. Les lèvres sont plus saillantes & plus épaisses, & plus approchées dans leur partie supérieure; elles sont composées de peau, de tissu spongieux & de graisse. La peau qui les couvre extérieurement n'est que la continuation de celle du pubis; elle est plus ou moins égale & parsemée de plusieurs petits grains glanduleux, dont on peut exprimer une matière céruseuse blanchâtre; & dans un âge avancé, elle se couvre comme le pubis. La face interne des lèvres est comme la partie rouge de la bouche, & est séparée de la peau externe par une ligne plus marquée que celle qui sépare le rouge des lèvres de la peau du visage. On observe dans la peau interne des lèvres du vagin, un grand nombre de pores, & dans son épaisseur, quantité de petits grains glanduleux, qui fournissent une liqueur plus ou moins sebaccée. Ces grains sont plus marqués sur les bords extérieurs, que plus avant dans le vagin.

Le *pubis* est l'éminence qui est au bas de l'hypogastre dans l'intervalle des deux aînes, auquel endroit, & à l'âge de puberté, croît une espèce de poil, nommé *pubes*, un peu laineux, comme celui qui croît sous les aisselles. Cette éminence n'est qu'une épaisseur particulière de la membrane adipeuse, plus ou moins remplie de graisse, qui couvre la partie antérieure de l'os pubis, & quelques petites portions des muscles voisins.

Le *clitoris* est situé intérieurement après la commisseeur des lèvres extérieures du vagin. Il paroît d'abord sans dissection, comme un petit gland, excepté qu'il n'est pas percé; il est recouvert en dessus, & latéralement d'un prépuce formé par un repli particulier d'une portion de la face interne des lèvres du vagin. Ce repli ou prépuce paroît glanduleux, & fuit une humidité; il est grenu à sa face interne.

En disséquant ces parties, on y découvre un tronc, ou corps caverneux, & deux branches à-peu-près comme celles du pénis; le tout pareillement composé d'un tissu spongieux ou caverneux, comme nous venons de dire, & de tuniques ou membranes fort élastiques, mais sans urètre. Ce tissu se gonfle, ce qui arrive de même dans la dissection, quand on l'entend par le soufflé ou par l'injection anatomique de l'artère. L'épaisseur du tronc du clitoris est partagée en parties latérales par une cloison moyenne, depuis sa bifurcation jusqu'au gland, où elle s'efface insensiblement.

La bifurcation du tronc est attachée sur le bord de l'arcade cartilagineuse des os pubis, comme dans l'homme, & les branches qui sont aussi comme les racines des corps caverneux, sont de même attachées chacune au bord de la branche inférieure de l'os pubis voisin, & s'étendent intérieurement sur la petite branche de l'ischion, & se terminent enfin insensiblement; & quelquefois en certains sujets, elles vont jusqu'à la tubérosité de cet os.

Ce qui rend ces parties si semblables à celles de l'homme, comme nous avons observé dans la table précédente, c'est que, jusqu'aux moindres particularités, la conformité des sexes est exactement observée. Le ligament suspensoir, attaché à la symphise de l'os pubis, proportionné à la grandeur du clitoris, & qui renferme le tronc de sa duplicature, n'est point oublié.

Les *muscles du clitoris*. Il y a quatre trousseaux de fibres charnues attachés au tronc du clitoris, deux à chaque côté; l'un de ces muscles descend le long du corps caverneux qui lui est voisin, & le couvre entièrement, & s'attache ensuite par une portion tendineuse & aponevrotique en partie à l'extrémité de ce corps caverneux, & en partie plus bas à la tubérosité de l'os ischion. On donne à ce muscle le nom d'*erecteur* comme dans l'homme. Le second muscle du même côté descend à côté de l'urètre, & du grand conduit ou vagin, en s'élargissant jusqu'au sphincter de l'anus, auquel il se termine en partie, à-peu-près comme celui qu'on appelle *accélérateur* dans l'homme. Ce muscle & son semblable du côté opposé, embrassent ensemble latéralement, & fort près de l'urètre une portion du grand conduit; ils deviennent fort larges en descendant, & se répandent jus-

qu'au dessous sous les parties latérales du vagin, comme dans l'homme sous le canal de l'urètre. Plusieurs anatomistes ont regardé ces deux muscles comme une espèce de sphincter ou ceinture musculaire; tous ces muscles sont garnis de beaucoup de graisse.

Les vaisseaux du clitoris viennent principalement des vaisseaux hypogastriques; les nerfs sont fournis par la seconde & troisième paire des nerfs sacrés, & par ce moyen, communique avec le plexus mésentérique inférieur, & avec les grands nerfs sympathiques, ce qui donne une extrême sensibilité.

Les nymphes sont naturellement les crêtes, ou les baines du clitoris; ce sont deux replis fort saillans de la peau interne des lèvres intérieures du vagin, qui s'étendent depuis le prépuce du clitoris, jusques vers les deux côtés inférieurs de l'orifice du vagin; elles commencent par des petits filets en pointe, & s'élargissent & grossissent ensuite; & se resserrant de nouveau, prennent la forme d'un fuseau. Leur tissu est spongieux; elles sont glanduleuses; leur situation est oblique; étant rapprochées par leur extrémité supérieure, & nécessairement écartées par leur attache inférieure, elles sont plus ou moins colorées & plus ou moins stériles, selon l'âge & le tempérament.

L'urètre, ou le conduit urinaire, a son orifice dans l'intervalle des nymphes, sous le tronc du clitoris; & on peut considérer cet orifice sous la bifurcation de ses branches, formant un anneau ridé & picoté de plusieurs petites lacunes, dont on peut exprimer un suc plus ou moins visqueux ou mucilagineux. Cet orifice se retire un peu intérieurement dans le temps de la grossesse. Le corps de ce canal est un conduit spongieux, à-peu-près comme dans l'homme, mais fort court, & n'est pas autre chose que le col de la vessie dans le sexe masculin; il passe sous l'arcade cartilagineuse des os pubis, & se courbe vers son extrémité. La membrane interne de ce conduit est un peu plissée & percée de petits trous qui répondent à des follicules enfermées dans son épaisseur comme dans l'homme. La continuation de cette membrane interne qui couvre la cavité interne de la vessie, est inégalement ridée, quand la vessie est vuide.

Le vagin est posé obliquement de bas en haut entre le rectum & la vessie; son extrémité antérieure qui forme son orifice, est bordée de nymphes & de grandes lèvres externes dont nous avons parlé, qui par leurs commissures, forment une ouverture ovale & anguleuse. L'extrémité postérieure s'unit avec le corps de l'utérus, & embrasse son orifice, à-peu-près comme l'intestin duodenum s'attache autour du pylore, ou comme l'intestin cœcum avec le colon, s'attachent autour des extrémités de l'ileum. Le corps du vagin est principalement composé d'un tissu spongieux, entrelacé de quantité de vaisseaux sanguins dans les filles; il est beaucoup plus allongé, & a beaucoup plus de diamètre dans les femmes; il est plus ou moins dilaté; il est plus ou moins court; sa surface interne ou concavité

est plus ou moins ridée transversalement, selon son extension ou son diamètre. Cette surface est revêtue d'une membrane particulière; les rides internes de ce conduit forment des portions d'arcades, posées fort près les unes des autres, rangées de manière qu'elles divisent la concavité de l'utérus en deux faces, l'une supérieure & l'autre inférieure. La rencontre de ces rides ou arcades supérieures & inférieures forme une espèce de raphé, ou couture irrégulière & latérale, tant d'un côté que de l'autre; ces arcades sont souvent entrecoupées par le milieu, & divisées en demi-arcades, ce qui varie selon les usages plus ou moins fréquens.

L'extrémité postérieure du vagin environne l'orifice de l'utérus obliquement, c'est-à-dire, que dans la partie supérieure, l'orifice de l'utérus s'attache au fond du vagin; mais dans la partie inférieure, cet orifice avance, & le fond du vagin est plus reculé, & forme un cul-de-sac.

L'hymen est un cercle membraneux vers l'extrémité antérieure du vagin; on ne l'aperçoit que dans le bas âge, & avant les règles menstruelles. Il a existé quelquefois dans les vieilles filles, mais fort rarement. Ce cercle est ordinairement bordé d'un repli membraneux plus ou moins circulaire, qui forme une ouverture ou lucarne plus ou moins large, & quelquefois semi-lunaire. Ce cercle resserre le vagin, & le rend plus étroit, & semble vouloir le fermer & le garantir; mais s'il est rompu, c'est pour toujours; il forme le caractère & le sceau de l'hymen; ses traces même n'existent plus après l'accouchement.

Les caroncules sont la partie la plus solide de ce cercle membraneux dont nous venons de parler; on les nomme *Myrtiformes*, parce que les lambeaux qu'elles retiennent, lui donnent la forme d'une feuille de myrthe. Mais ces restes de virginité s'effacent, & ne laissent que des faibles traces de leur première existence. Plusieurs Anatomistes prétendent que le cercle membraneux peut souffrir quelque dérangement par les règles abondantes, par des accidens particuliers, par imprudence ou par légèreté.

Les plexus réticiformes recouvrent extérieurement le vagin dans sa portion antérieure, & forment deux plans vasculaires & caverneux, minces & larges, qui descendent de côté & d'autre du clitoris, derrière les nymphes, & dans leur continuation, recouvrent le canal de l'urètre en manière de col, & avant de se répandre sur le vagin, le tissu du plexus se gonfle par le souffle comme une rate molle, & à-peu-près comme le corps caverneux du clitoris, avec lesquels il paroît même communiquer; ce qui a donné lieu d'appeler ce plexus réticiforme, les jambes internes du clitoris: c'est une espèce de rete admirable, qui vient principalement des vaisseaux hypogastriques.

Je crois que la description exacte & anatomique des parties naturelles de la femme que l'on vient de voir, confirme bien ce que j'ai dit de la conformité & du parallèle des sexes dans l'homme, ce qui est de même dans les animaux.

LA FEMME DISSÉQUÉE

Dans le commencement de sa Grossesse, & l'Anatomie du Sein.

PLANCHE TROISIÈME.

Dans cette Planche, on représente le Corps & les extrémités supérieures d'une jeune Femme disséquée au commencement de sa Grossesse, de laquelle la peau ne couvre que la tête & le col. A. B. On y voit le Sein découvert avec ses glandes & ses vaisseaux; les Parties naturelles sont en situation, & la Matrice se trouve déjà grossie. Dans le Bas-Ventre, on voit en situation l'estomac, le foye, le pancreas, le duodenum, les reins, & les gros vaisseaux de cette partie du corps humain.

Le corps & le haut des extrémités inférieures.

LES MUSCLES.

aa. COUPE de l'Oblique externe.

dd. Le même Muscle dans ses digitations avec le grand dentelé.

A. B. Coupe de la peau.

S. Le grand dentelé dont on ne voit que les digitations;

F. Portion du grand Dorsal.

I. Le grand Fessier (son attache inférieure.)

K. Le moyen Fessier.

L. Le Pectineus.

M. Portion du Triceps.

W. Celle du côté droit.

H. Attache supérieure du Vaste externe.

- T. Le Couturier, coupé du côté gauche vers son attache supérieure.
 V. Portion du Fascialata.
 ee. Le haut de Muscle crural.
 ff. Le Pectineus du côté droit.
 gg. Coupe du Muscle gresle antérieur.
 hh. Portion inférieure des Muscles iliaque & psoas;
 g. Le haut du Gresle antérieur du côté droit.

LES OS.

- A. Le haut du Sternum.
 a. La Crête antérieure de l'os des îles;
 g. La fourchette de l'Sternum.
 f. Le bord des fausses Côtes.

LES ARTERES ET LES VEINES.

4. Branches de la Mammaire interne.
 6. Coupe de la Veine porte.
 7. La naissance des Artères spermatiques.
 10. L'Aorte inférieure.
 11. La veine cave inférieure.
 12. La Veine & artère émulgente.
 13. Les Suréinales.
 14. Les Artères & Veines spermatiques.
 20. & 21. Coupe des Veines & Artères mammaires internes qui vont s'anastomoser avec les épigastriques.
 22. Les Iliques internes. Et 17. du côté gauche.
 23. La sortie du Bassin de la Veine iliaque.
 24. Le Veine crurale.
 25. La Saphene. (Et 17. du côté gauche.)
 26. Les Veines & Artères honteuses externes;

LES VISCERES.

- a. b. Le Sein découvert, qui représente les vaisseaux & les glandes du lait.
 b. L'Areole & le Mammelon, avec les points blancs pour l'issue du lait.
 c. d. e. Le Sein gauche couvert des ramifications des artères & des veines mammaires.
 i. Les bords du grand Lobe du foye.

- k. La Vésicule du fiel.
 j. L'Estomac sous lequel on voit une portion de la rate;
 m. Le Pilore.
 l. Le Duodenum. ll. Le Pancreas.
 n. Portion de la Rate. n. Les Reins.
 o. Les Glandes suréinales.
 p. Les Uretères.
 q. Le Rectum.
 r. L'Utérus dans le commencement de la grossesse;
 f. Les Ovaires & les Trompes.
 t. u. Le Morceau frangé.
 v. Les Ligamens ronds.
 x. Les Ligamens larges, ou ailes de chauve-fouris;
 y. La Vessie de l'urine.

Les Extrémités supérieures.

LES MUSCLES.

- C. Le Deltoïde.
 D. Le Biceps.
 E. Le grand pectoral.
 F. Extrémité du grand Dorsal.
 G. Portion du grand rond.
 H. Portion du Coraco brachial.
 I. Le grand Anconé.
 L. L'Anconé interne.
 M. Portion du Brachial.
 N. Portion du long Supinateur.
 O. Le Cubital externe.
 P. Le Radial interne.
 Q. Le rond Pronateur.
 R. Le Cubital interne.
 S. Le long Palmaire. T. Le Radial externe;
 V. L'Extenseur commun.
 X. Les premiers Extenseurs du pouce.
 a. Le second Extenseur.
 b. Le Thenar.
 c. Les Tendons de l'Extenseur commun;

LES VEINES.

15. La Cephalique. 16. La Bazilique;
 17. La Mediane.

PLANCHE QUATRIÈME.

Cette Planche se joint à la Planche précédente, pour former la Figure entière & la démonstration des Muscles des extrémités inférieures; la seconde Figure est pour voir ce qui reste à démontrer des Parties de l'homme à la suite de la onzième Planche; & la troisième Figure est la coupe du Bassin.

FIGURE I.

LES MUSCLES.

- A. Le Tibial antérieur.
 B. L'Extenseur propre du pouce.
 C. Le long Peronier.
 D. Le long Extenseur commun des doigts du pied, & sa coupe.
 E. Le Pédium du court Extenseur.
 F. Tendon du Tibial postérieur.
 f. Le Ligament du pied du côté gauche, & marqué k. au côté droit.
 g. La peau qui couvre le Calcaneum.
 h. Tendon du grand fléchisseur des orteils.
 i. Celui du pouce.
 k. Le Ligament qui les contient avec celui du Tibial postérieur.

LES OS.

- a. La Rotule.
 b. Les Tubérosités de la tête du Tibia.
 c. Le corps du Tibia.
 d. Le Condyle externe du Fémur, & la partie externe de la tête du Tibia.
 e. La Maléole interne de cet os.
 f. La Maléole externe où s'attache le ligament.

LES ARTERES.

17. Les Anastomoses des Artères de la jambe,

18. La Tibiale antérieure de la jambe droite.
 19. La Postérieure de la même partie.
 28. Branche de la Peroniere qui va sur la convexité en pied.

FIGURE II.

La Vergé tronçonnée & les Muscles de l'Anus.

- A. L'Os pubis. B. L'Os Isthion.
 C. L'Artère obturatrice qui sort par la partie supérieure du ligament du trou ovalaire, qui est un rameau de l'hypogastrique, & va aux Muscles voisins, aux Glandes inguinales.
 D. Coupe de la Vergé. E. Coupe du Canal de l'Urèthre;
 N. Les Muscles érecteurs.
 a. Les Accélérateurs. b. Les Transverses.
 c. Les Protastiques supérieurs. d. Les Protastiques inférieurs;
 e. Les Sphincter de l'Anus. f. Les Releveurs de l'Anus.

FIGURE III.

Cette Figure représente la coupe du Bassin, & de la Matrice dilatée.

- A. La première Vertèbre des Lombes. B. L'Os Sacrum.
 C. Les Os des Îles. D. L'Os Pubis.
 E. Les Os Isthion.
 F. La partie supérieure du Fémur.
 G. Coupe de la Matrice dilatée.
 H. L'entrée du Vagin.

La



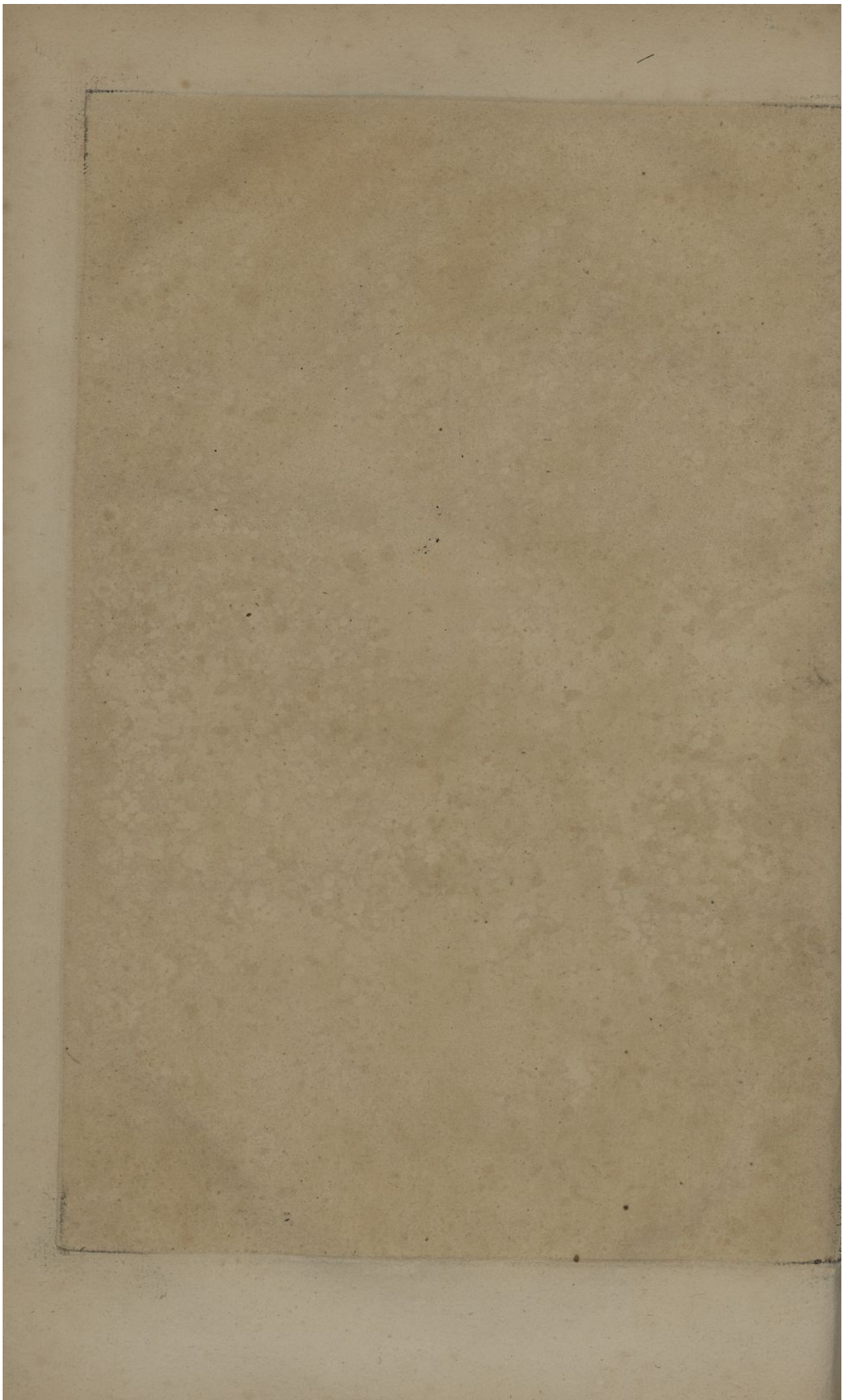
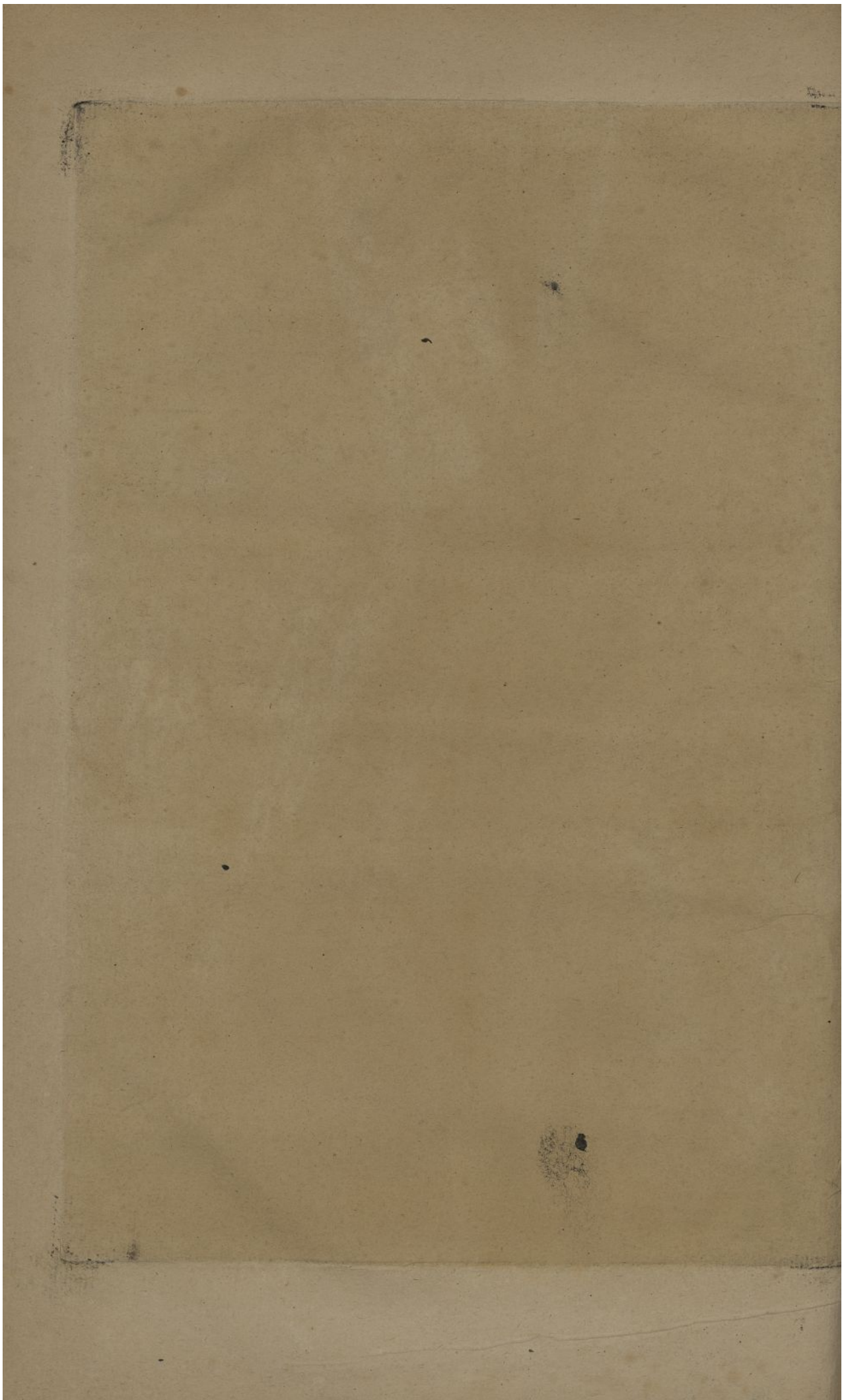


Planche IV





LA FEMME ENCEINTE,
SUR LA FIN DE SA GROSSESSE.

Cette Figure est composée des Planches cinquième & sixième; elle représente une Femme vers son neuvième mois, & les parties du Sexe féminin détachées.

PLANCHE CINQUIÈME.

Le Corps & les Extrémités supérieures.

LES MUSCLES.

- A. LE Delfoïde.
- B. Le Grand Dorfal.
- C. L'Scapulaire ou Trapeze.
- D. Le grand Rond. a. Le petit rond.
- E. Le Sous-épineux.
- F. Digitations du grand Dentelé.
- G. Le grand Anconé.
- H. L'Anconé externe.
- I. Le long Supinateur.
- K. Portion du Biceps.
- L. M. Coupe des Muscles du bas-ventre.

- N. Le grand Fessier, qui se joint aux extrémités inférieures;
- O. Le Gresse antérieur des mêmes parties.
- P. Portion du Couturier des extrémités inférieures.

LE BAS-VENTRE.

- a a. La Plevre.
- b. Coupe de la Matrice.
- c. Coupe du Placenta.
- d. Le Foetus dans sa situation naturelle, au terme de huit mois ou environ.
- e. Le Cordon ombilical.
- f. Les Trompes recourbées par l'élévation de la Matrice;
- g. Les Ovaires.
- h. La Vessie de l'urine comprimée.

PLANCHE SIXIÈME.

Les Extrémités inférieures & la Femme en travail.

FIGURE I.

LES MUSCLES.

- A. L'EXTRÉMITÉ inférieure du fessier.
- B. Le Fascialata.
- C. Le Jartier.
- D. Le Vaste externe.
- E. Le Biceps.
- F. Les Jumeaux.
- G. Commencement du Tendon d'Achille.
- H. Le Peronier antérieur, ou moyen Peronier.
- I. Le long Peronier, ou Peronier postérieur.
- K. Le long Extenseur commun des orteils.
- L. Le court Extenseur, ou Pedieux.
- M. Le petit Peronier.
- N. Le demi-Membraneux.
- O. Le demi-Nerveux.
- P. Le Gresse interne.

- H. L'Hymen & la petite Ouverture pour le passage des ordinaires.
- I. Les Caroncules.
- L. Les grandes Lèvres.
- M. La Fosse naviculaire.

FIGURE V.

La Matrice d'une jeune Fille, vue de côté.

- A. Le Mont de Vénus.
- B. C. Les Cuisses tronçonnées.
- D. Les bords des grandes Lèvres.
- E. F. Coupe des chairs & des graisses de la Cuisse.
- G. La Vessie de l'urine.
- H. Coupe de l'Os des isles.
- I. La bifurcation de l'Aorte.
- K. L. Les Iliques internes.
- L. Naissance des Hypogastriques.
- M. L'Ilique externe.
- O. Le Rectum.
- P. Les Ligamens ronds.
- Q. Les Trompes de Fallope.
- R. L'Uterus.
- S. Le Vagin.
- T. Les Ligamens larges, & leur production vers le rectum.
- X. Les Ovaires.

FIGURE II. & III.

La Femme en travail d'enfant.

- A. Le Mont de Vénus. B. Les Cuisses écartées.
- C. La Fourchette. D. L'Anus.
- E. Les grandes Lèvres. F. Les Caroncules.
- G. Les Nimphes. P. Le Clitoris.
- L. Le Meat urinaire.
- M. Coupe du Bas-ventre. N. Coupe de la Matrice.
- O. Portion des Intestins, & de l'Epiploon.
- P. L'Amnios ouvert.
- Q. Le Foetus culbuté, & sa tête sur le bassin.

FIGURE IV.

Les Parties extérieures d'une Fille.

- E. Le Meat urinaire.
- F. Le Clitoris.
- G. Les Nimphes.

FIGURE VI.

Cette Figure est une Matrice vue postérieurement, & une coupe du Bassin.

- A. Le Rectum. B. Coupe de la Peau & des Graisses.
- C. L'Anus.
- D. Les Fesses.
- E. Coupe des Muscles.
- M. Les Vaisseaux hypogastriques.
- N. Les Ligamens larges.
- O. Les Ovaires.

E

P. Q. Les Trompes.

R. L'Uterus.

S. Les Uretères.

DES REINS.

(c, e. *Planche fig. I.*) Les reins sont deux corps glanduleux, un peu fermes, que l'on met au rang des glandes conglomérées.

Leur figure ovulaire est à-peu-près comme celle d'une grosse fève d'aricot, leur couleur est d'un rouge qui tire assez sur le brun.

Ils sont situés hors du sac du péritoine, dans la cavité du bas-ventre, de chaque côté des vertèbres lombaires, entre la dernière des fausses côtes & les os des îles, dans la région appelée lombaire.

Le rein droit est sous le gros lobe du foie, & par conséquent plus bas que le rein gauche, qui est sous la rate. Quelquefois les reins sont parallèles, & de la même hauteur, & quelquefois il n'y en a qu'un; alors il est situé transversalement sur le corps des vertèbres.

On remarque à chaque rein une face antérieure, & une face postérieure.

Une extrémité supérieure & une inférieure.

Une grande courbure & une petite courbure, ou une convexité & une concavité.

La postérieure est plus large que la face antérieure.

L'extrémité supérieure est aussi plus large & un peu plus courbée que l'inférieure.

Les Reins sont enveloppés d'un tissu membraneux & cellulaire, fort large, que l'on appelle membrane adipeuse, ou graisseuse.

Ce tissu s'étend aussi sur les artères & sur les veines émulgentes.

La tunique, ou membrane propre des reins, est composée de deux lames, entre lesquelles il y a un tissu cellulaire, extrêmement fin, que l'on peut rendre sensible, en soufflant entre ces deux lames avec un tuyau très-délié.

La lame externe est lisse & polie, & rend toute la surface des reins très-unie & égale dans les adultes; mais dans les enfans, cette convexité est comme divisée en plusieurs bosses, ou lobes, à-peu-près comme le sont ceux du veau.

La lame interne se plonge de tous côtés dans la substance des reins; de sorte que l'on ne peut l'en séparer sans déchirement; elle forme des cloisons, qui s'insinuant dans la substance des reins, contribuent à former les calices & le bassin, que l'on appelle entonnoir. *On verra ces parties plus détaillées dans les figures suivantes.*

Usage des Glandes du Rein.

On distingue trois substances dans les reins, une corticale ou glanduleuse, une canelée ou rayonnée, & la troisième mammelonnée, qui est la réunion de tous les petits canaux excréteurs.

La substance corticale, ou glanduleuse, qui est l'extérieure, n'est autre chose que l'amas de tous les petits grains glanduleux qui doivent filtrer l'urine.

La seconde canelée, ou rayonnée, est formée de tous les canaux excréteurs des glandes qui composent la substance corticale ou glanduleuse.

La troisième substance des reins, est la mammelonnée; elle réunit les ouvertures de tous les petits canaux excréteurs; de sorte que plusieurs de ces canaux se réunissant ensemble, forment des mammelons de figure conique. Ces mammelons sont au nombre de dix ou douze; ils sont libres, & pendent dans leur calice, qui quelquefois sont doubles.

Ces calices sont de petits entonnoirs membraneux, qui se réunissant ensemble, forment trois branches principales; savoir une supérieure & une inférieure, que l'on peut voir sans détruire le rein. Ce sont ces trois branches que l'on appelle le bassin du rein, lesquelles réunies ensemble, forment le commencement de l'urètre, qui est le conduit des urines.

Les vaisseaux des reins sont artères, veines, nerfs, & vaisseaux lymphatiques.

Les artères qui vont aux reins sont nommées émulgentes, ou artères rénales; elles viennent de l'aorte inférieure, & en partent latéralement. Quelquefois elles sont doubles, & sur-tout du côté gauche.

Les veines qui rapportent le résidu du sang, portent le même nom, & vont s'ouvrir dans la veine cave inférieure.

Les nerfs viennent des intercostaux & des lombaires; ils forment des plexus assez considérables, qui accompagnent les vaisseaux qu'on appelle plexus émulgens, ou rénaux.

Les vaisseaux lymphatiques vont se rendre dans les veines lactées, & au canal thorachique.

Des Capsules atrabillaires, ou Reins
juccenturiaux.

(*Voyez la même Planche.*) Les capsules atrabillaires sont deux glandes un peu jaunâtres, aplaties & couchées sur la partie supérieure de chaque rein; leur figure ressemble assez à une crête de coq, ou à la partie supérieure d'un casque, la base en est un peu large, concave, & posée sur l'extrémité supérieure du rein.

Leur grosseur est différente selon les âges; elles sont fort considérables dans le fœtus, & très-petites dans les adultes.

Leur substance est molle, spongieuse & glanduleuse; & leur couleur est encore différente, à proportion des âges. Dans les jeunes sujets, elles sont d'un jaune tirant sur le rouge, & dans les adultes, d'un jaune plus brun.

Les capsules atrabillaires ont une petite cavité qui contient une humeur épaisse, qui est pour l'ordinaire de la couleur de la glande.

Quand on souffle dans la capsule atrabillaire, l'air entre dans la veine capsulaire, ce qui n'arrive point lorsqu'on souffle par l'artère, & ce qui a fait croire à plusieurs auteurs que la veine atrabillaire faisoit la fonction de veine & de canal excréteur. Leur usage n'est pas encore connu.

Les capsules sont recouvertes par la membrane adipeuse commune, hors du péritoine, de même que les reins. On trouve une membrane au-dessous de la première, qui est la membrane propre de la capsule.

Les artères qui s'y distribuent viennent de l'artère émulgente, & quelquefois de l'aorte; ses veines s'ouvrent dans les émulgentes, & ses nerfs sortent du Plexus renal.

DES URETERES.

(*Voyez la même Planche.*) Les uretères sont les canaux excréteurs des reins; ils servent à expulser la liqueur que l'on nomme urine, après qu'elle a été filtrée & séparée du sang par ces mêmes viscères.

L'origine des uretères provient des petits calices, ou petits entonnoirs membraneux; qui se réunissant ensemble, forment trois branches principales, comme nous avons dit, qui forment ce que nous appelons bassin, & sont le commencement de l'urètre.

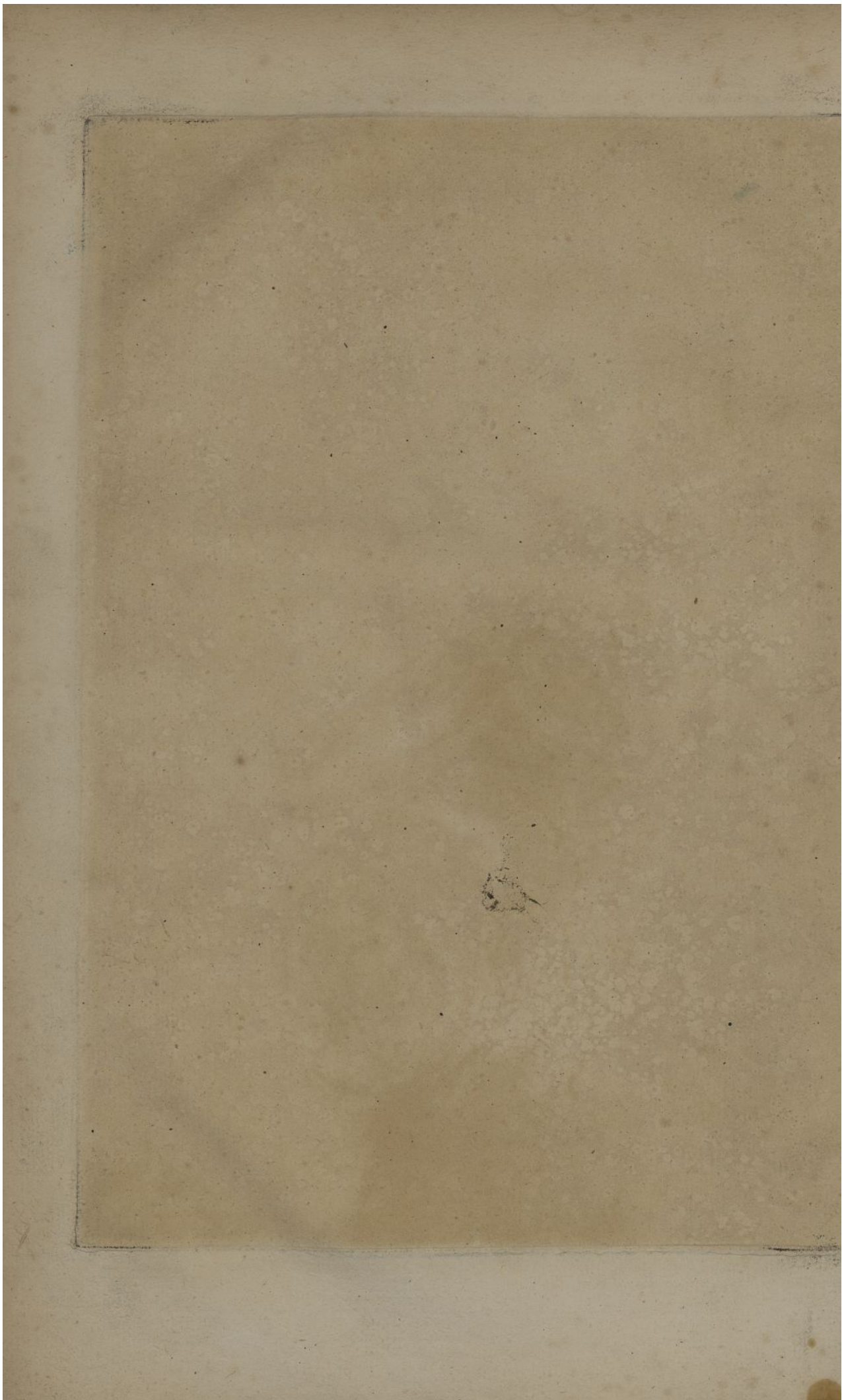
Les Uretères sortent ensuite par l'échancrure des reins à leur bord intérieur, au-dessous de l'artère & de la veine émulgente; ils passent quelquefois derrière leur bord inférieur; chaque uretère descend obliquement sur le muscle psoas, étant entourés de la portion externe & cellulaire du péritoine; ils passent ensuite derrière le cordon des vaisseaux spermatiques & devant les vaisseaux iliaques, pour entrer dans le bassin; c'est-là qu'ils s'entrelacent avec l'artère ombilicale, pour s'implanter ensuite à la partie postérieure & inférieure de la vessie, proche son col.

Les uretères rentrent dans la vessie obliquement, en perçant les membranes, de façon que l'une de ces membranes bouche l'ouverture que l'uretère a fait à l'autre, & par ce moyen empêchent l'urine de sortir de la vessie, & de rétrograder, quoique dans les suppressions d'urine cela ne laisse pas d'arriver; mais il faut pour cela que la vessie soit extrêmement pleine, & que l'urine ne puisse sortir par son ouverture ordinaire.

Les uretères sont des canaux très-élastiques, qui se prêtent en tout sens, & reprennent bientôt après leur étendue naturelle, pourvu qu'ils n'aient pas trop long-temps souffert une tension forcée, leur grosseur est à-peu-près comme celle d'un tuyau de plume à écrire, plus large en haut, proche le rein, que par-tout ailleurs; ils se contournent en forme d'S Romaine, dans le trajet qu'ils font pour aller du rein à la vessie.

On en trouve dans de certains sujets qui ressemblent à





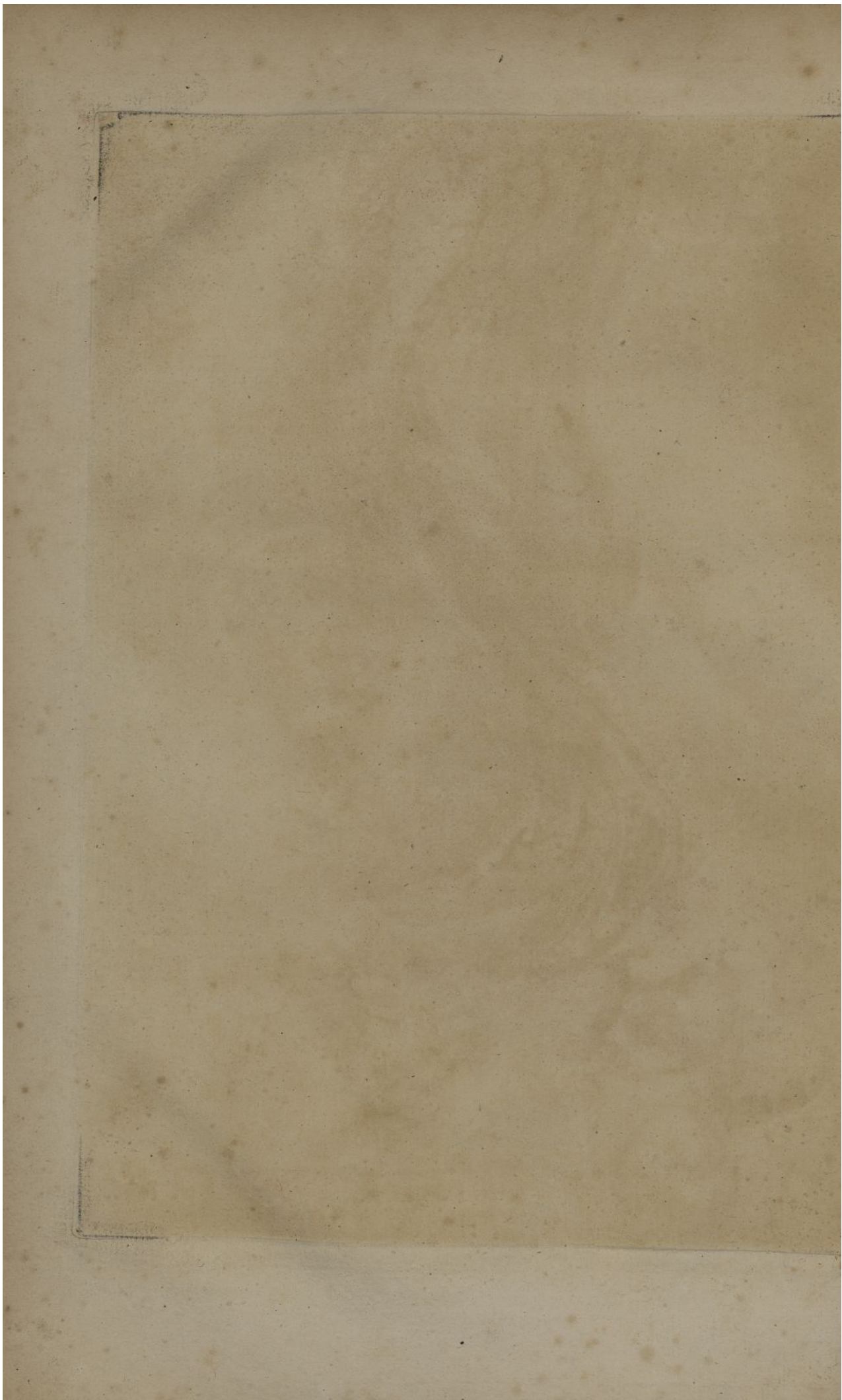
Plan VI.

Fig. 2 et 3.



La Femme sur la fin de sa grossesse et la Femme en travail des veines mortes en est due,
 et gravée en couleur par G. Duguet pere Anatomiste pensionné du Roi 1778. On a donné à ces
 Figures un air de vie pour leur donner un aspect plus agréable.

BIBLIOTHEQUE
 MUSEUM
 PARIS



de petits intestins, tant par leur grosseur, que par leur courbure.

Ils sont composés de trois tuniques propres, dont la première qui environne les autres, est blanchâtre, d'un tissu filamenteux, très-ferré, & cependant fort facile à s'étendre, & qui paroît comme un tissu cellulaire ordinaire.

La deuxième tunique est rougeâtre; elle est plus forte, & formée de différentes couches de fibres qui se croisent, & il est difficile de discerner si elles sont musculieuses, ou simplement membraneuses.

La troisième est légèrement grainue, comme un velouté très-ras, & mouillé par-tout d'une liqueur mucilagineuse; elle est plissée par des rides longitudinales, & par quantité de petites rides transversales.

Outre ces tuniques propres, les uretères sont environnés du tissu cellulaire du péritoine.

On peut mieux voir le velouté & les rides des uretères, en les faisant floter dans l'eau claire.

Il y a des sujets où l'on trouve deux uretères à chaque rein.

Les artères & les veines qui s'y distribuent, sont de petits rameaux des branches spermatiques & des lombaires; les nerfs viennent des plexus mésentériques & rénaux.

DE LA VESSIE.

(Voyez la II Planche.) La vessie est un sac membraneux & musculieux, dont la figure imite assez celle d'une bouteille renversée; elle est située à la partie inférieure & antérieure du bassin, devant l'intestin rectum, hors de la lame du péritoine. Par sa position externe & cellulaire, elle se tient attachée aux surfaces supérieures & postérieures des os pubis, & principalement à leur simplicité.

On la divise en fond, en col, en parties antérieures & en partie latérales.

On donne le nom de fond à la partie supérieure, & celui de col à la partie inférieure.

Elle est composée de quatre tuniques, à peu près comme l'estomac, à la réserve que la tunique externe n'est en partie que la vraie lame du péritoine qui la recouvre; savoir en haut, en arrière, & un peu sur les côtés.

Le reste de la vessie est entièrement enveloppé du tissu cellulaire par sa portion externe, qui l'attache aux os pubis dans leur surface interne, comme je l'ai déjà dit.

La seconde est la musculieuse; elle est composée de plusieurs couches de fibres charnues, dont les externes sont pour la plupart longitudinales, & les internes plus inclinées de côté & d'autre, de plus en plus obliques, & enfin presque transversales. Toutes ces fibres se croisent différemment, & tiennent ensemble par un tissu cellulaire très-fin.

La troisième tunique est appelée la nerveuse, & est à-peu-près d'une structure semblable à celle de la tunique nerveuse de l'estomac.

La quatrième est la veloutée; les rides qu'on y remarque sont irrégulières, quand elle est vuide, & elle est naturellement dans un état de contraction. Cette tunique est légèrement grainue, & comme glanduleuse; il en transpire continuellement une limphe mucilagineuse, qui enduit toute sa surface interne, & sert à la défendre contre l'acrimonie de l'urine.

La partie inférieure de la vessie est percée par trois ouvertures; l'une antérieure, & deux latérales un peu postérieures.

L'antérieure, qu'on appelle le col de la vessie, est formée par le prolongement de toutes les tuniques propres, en manière de goulot; les deux autres ouvertures sont faites par l'extrémité inférieure des uretères qui y aboutissent, comme je l'ai dit.

Le col de la vessie forme en se prolongeant le canal de l'urètre, tant aux hommes qu'aux femmes.

L'usage de la vessie est de recevoir l'urine, de la contenir pendant quelque temps.

Au sommet de la vessie, on voit un cordon ligamenteux, qu'on appelle l'ouraqué, qui monte entre le péritoine & la ligne blanche jusqu'au nombril, & diminue d'épaisseur à mesure, & il n'est d'aucun usage dans les adultes.

DES MAMMELLES.

(a, b, c, d.) *Planche première.* Les Mammelles ne sont pas considérables dans les hommes & d'aucun usage; celles des femmes sont les plus apparentes, ce sont les réservoirs de notre première nourriture.

Elles se gonflent, & elles croissent à l'âge de quatorze ans dans les filles; ce gonflement s'exprime en latin par *Mammæ fororiantur*. Elles diminuent dans un âge avancé, lorsqu'elles deviennent inutiles. Le bout des mammelles, ou son embouchure, s'appelle mammelon.

La substance des tetons est composée d'une grande quantité de graisse, d'une substance blanche, qui paroît être glanduleuse, d'une quantité de corps globuleux, qu'on appelle les glandes de *Nak*. Plusieurs veulent que ces corps ne soient seulement qu'une espèce de graisse plus épurée. *Verrheyen* soutient le contraire. On trouve parmi cet amas de diverses parties fines, un entrelacement d'une portion de la membrane adipeuse, ou graisseuse, dont les pellicules cellulaires soutiennent un grand nombre de vaisseaux, tant artères que veines, nerfs, vaisseaux lymphatiques, conduits séreux, ou laiteux, & un grand nombre de petites grappes glanduleuses, qui dépendent de cette membrane; le tout en se rétrécissant, fait un espèce de cercle, que l'on nomme *Aréole*. Les mammelles sont fortement arrêtées entre deux membranes, qui sont la continuation des pellicules graisseuses; la plus interne de ces deux membranes, qui fait le fond, & qui est comme la base du corps de la mammelle, est épaisse, & attachée au muscle grand pectoral.

L'externe est plus fine, & forme au corps de la mammelle une espèce de tégument particulier, plus ou moins convexe, & très-adhérent à la peau.

L'aréole, ou cercle coloré, est garni de corps glanduleux, qui s'élevaient d'espace en espace, comme des monticules autour de ce cercle.

Le mammelon où aboutit le sein dont nous avons parlé, sort du centre de l'Aréole, est spongieux, élastique, & plus ou moins considérable en de certains sujets. Il a ordinairement plus de volume dans les nourrices que dans toute autre personne. Il change de couleur suivant les différents âges.

Les conduits laiteux se rendent à la sommité du mammelon, & s'y ouvrent par autant de petits trous, ou orifices qui sont presque imperceptibles.

Le corps du mammelon est enveloppé d'une production cutanée, extrêmement mince, & de l'épiderme. Quantité de petites éminences & de rugosités rendent sa surface externe fort inégale.

Les artères & les veines qui se distribuent dans les mammelles, sont des ramifications de celles qui portent les noms particuliers d'artères & de veines mammaires, dont les unes sont des branches des sous-clavières, & appelées mammaires internes; les autres sont des productions des axillaires, & sont nommées mammaires externes. Ces vaisseaux communiquent entr'eux avec ceux des environs, & avec les épigastriques.

Les nerfs viennent principalement des nerfs caustaux, & par leur moyen communiquent avec les grands sympathiques.

Usage des Mammelles.

L'usage des mammelles dans les femmes, est de séparer du sang le suc laiteux qui sert à la nourriture des enfans.

Ce qui paroît un prodige dans la nature, c'est que ces parties qui ne faisoient point cette sécrétion avant l'accouchement, & qui ne la font jamais dans les vierges, ayent en deux fois vingt-quatre heures la faculté de fournir assez de lait pour nourrir le nouveau né.

LA FEMME EN COUCHE ET LE FŒTUS.

On peut assembler les deux Planches suivantes.

PLANCHE SEPTIÈME.

La tête renversée pour voir les Muscles du Col & la Carotide mieux développée ; la Plevre à découvert & les Mammaires ; les Muscles du bas-ventre, & les Épigastriques.

FIGURE I.

Les diverses Parties.

- a. LA Mâchoire inférieure.
- b. L'Os maxillaire avec les Dents molaires.
- c. La Fosse zgomatique.
- d. L'Apophyse zgomatique.
- e. La portion supérieure de la mâchoire inférieure sciée, où se voit le diploé & la dernière dent molaire. L'Apophyse coronoïde, que l'on distingue aisément. L'Apophyse condiloïde, l'échancrure qui est entre ces deux apophyses, & l'angle de la mâchoire se voient aussi. L'Oreille un peu tirée en arrière, où le lobe est emporté. L'Apophyse styloïde entre la coupe de la mâchoire & l'oreille.
- k. L'Apophyse mastoïde.
- l. Le Muscle crotaphite en raccourci avec son tendon tire en bas, & son insertion à l'Apophyse coronoïde.
1. Le Pterigoidien externe.
2. Le Pterigoidien interne.
- m. Portion du Palais. n. La Langue. o. Portion du Digastrique.

Muscles de l'Os hyoïde.

3. Le Mylohyoïdien.
4. Le Geniohyoïdien.
5. L'Stylohyoïdien.
6. Le Sternohyoïdien.

7. Le Costohyoïdien.

Muscles de la langue

8. Le Genyoglosse. 9. Le Bastioglosse; le Keratoglosse est à côté. L'Styloglosse se voit ici entre l'Apophyse styloïde & la base de la langue. p. L'Sternomastoïdien.
- q. L'Os hyoïde. r. Le centre du cartilage thyroïde.
- s. Portion du cricoïde. t. La glande thyroïde. v. La trachée artère. x. Le Thyroïdien. z. L'Sternohyoïdien.

La Plevre à découvert.

- a. Les Clavicules. b. Coupes du Sternum. c. Les fausses Côtes. d. L'Artère mammaire interne. e. La Mammaire externe. f. L'entrelacement de ces Artères qui forment le Sein.

Le Bas-Ventre.

- g. Coupe de l'Oblique externe. h. Le Muscle droit.
- i. L'Oblique interne. k. Le Pyramidal ou Triangulaire. l. Les Artères épigastriques qui vont s'anastomoser avec les Mammaires. A. La tête du Fœtus qui est prête à déboucher, & qui appuie sur la fourchette.

FIGURE II.

La partie supérieure de la femme en couche.

PLANCHE HUITIÈME.

La Partie inférieure de la Femme en couche, & l'anatomie du Fœtus.

FIGURE I.

- a. COUPE des Muscles du bas-ventre & du Péritoine.
- b. La Matrice ouverte après l'accouchement.
- c. Le Placenta en situation ; les Membranes déchirées, & le cordon sorti du vagin par l'une de ses extrémités. d. Son attache sur l'Ombilic. e. La Vessie du fœtus avec les hypogastriques qui vont au cordon.
- a. La Veine ombilicale. f. Les Poumons. g. Le Cœur & le Thymus ; la Poitrine étant ouverte.
- h. Le Bas-ventre ouvert ; où l'on voit les reins, le foie, &c.
- i. La Vessie de la mère, comprimée par la Matrice.

FIGURE II.

- a. La Matrice détachée & ouverte postérieurement par le vagin, après l'accouchement.
- b. Les Oaires. c. Les Trompes. d. Les Ligamens ronds.
- e. Les Ligamens larges, ou Ailes de chauve-fouris.
- f. Le Vagin ouvert par sa partie postérieure & inférieure, où l'on voit toutes ses rigosités, & l'issue de ses glandes.
- g. L'entrée de l'Uterus, ou Musle de veau.
- h. Les Nymphes. i. Le Clitoris. k. Le Meut urinaire & les Lacunes. l. La Vessie & les Uretères.

FIGURE III.

L'Angéologie du Fœtus.

- A. Le Placenta détaché. a. Le Placenta vu postérieurement.

- b. L'Amnios. c. Le Chorion. d. Le Cordon. e. La Veine ombilicale qui se plonge dans le sinus de la veine porte.
- f. Le Conduit veineux.
- g. La Veine cave inférieure.
- h. Le Cœur & l'Oreillette droite.
- i. La Veine Cave supérieure & les fouclavieres.
- k. L'Aorte & sa croisse ou contour.
- l. L'Artère pulmonaire.
- m. La Vessie & les hypogastriques qui vont joindre le cordon.
- n. Les Iliques. o. La petite verge qui tient à la vessie.
1. 2. 3. L'Oreillette droite ouverte.
1. Le haut de l'Oreillette. 2. L'issue des veines coronaires.
3. Le Trou oval.

FIGURE IV.

Le Cœur & le Thymus.

- a. Le Thymus.
- b. L'Oreillette droite.
- c. La veine cave inférieure.
- d. Le conduit conduit veineux.
- e. La veine porte.
- f. La Veine ombilicale.

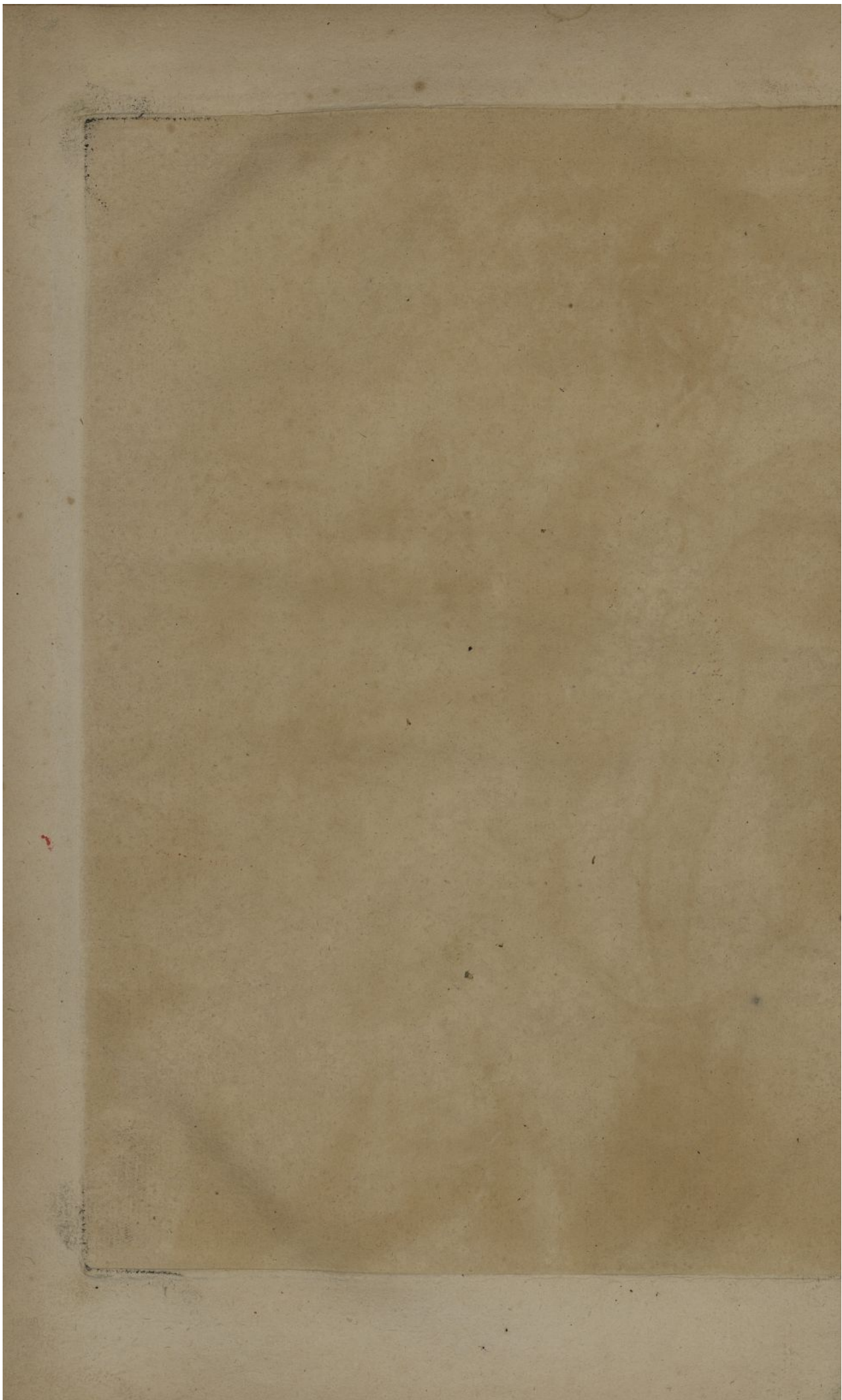
FIGURE V.

Le Cœur vu postérieurement.

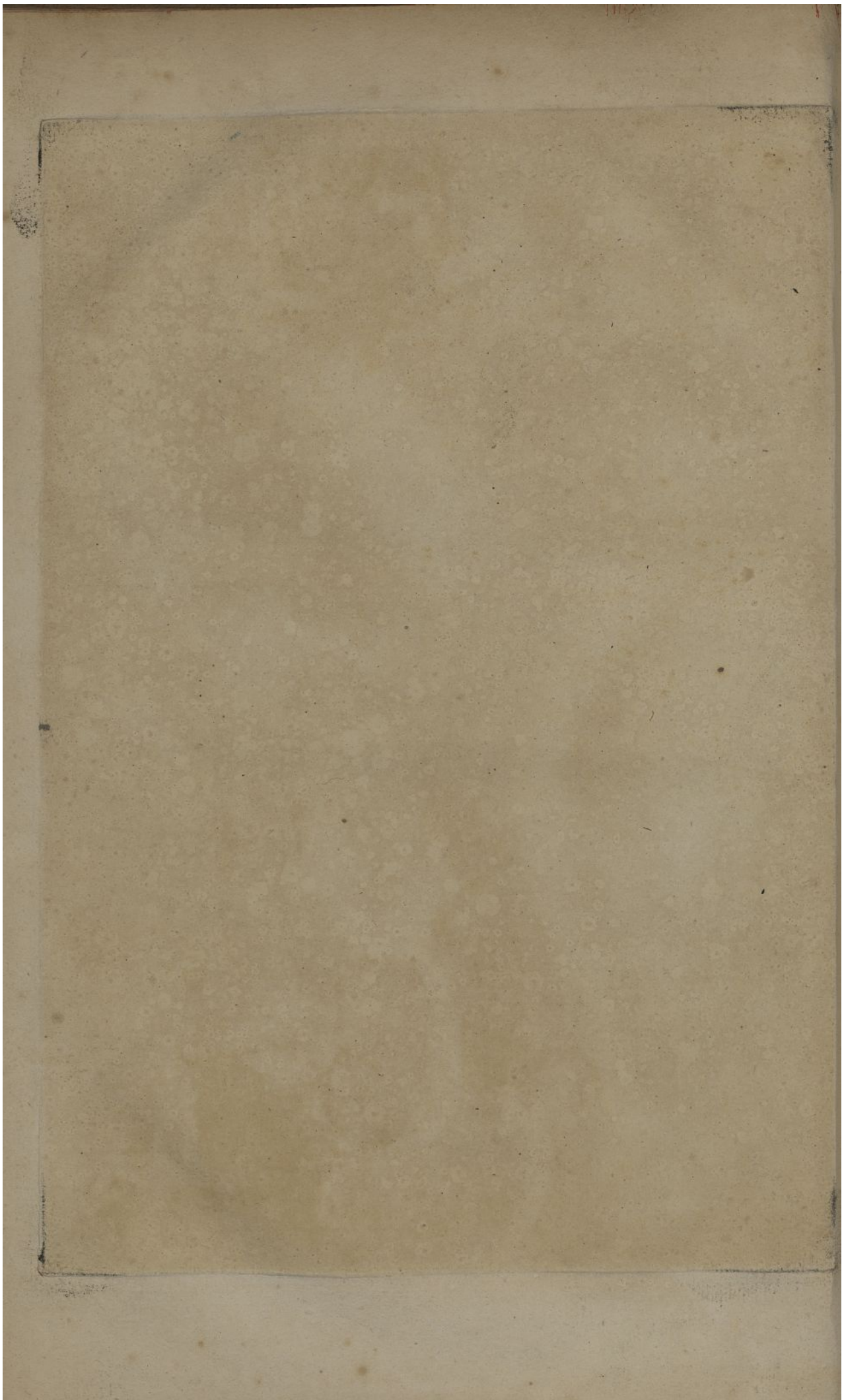
- aa. Les Veines caves.
- bc. Le Canal artériel.
- b. L'Aorte.
- c. L'Artère pulmonaire.
- d. Les Veines pulmonaires.

Pl VII









LES ARTÈRES DU BAS-VENTRE.

Les artères reinales ne sont ordinairement qu'au nombre de deux ; elles sortent latéralement de l'aorte descendante inférieure , & vont se porter dans les reins ; l'une au côté gauche , & l'autre au côté droit , par une ligne droite & horizontale. *Palfin* (Anat. tom. 1, pag. 142.) observe qu'elles sont quelquefois doubles. Pour justifier son opinion & celle de *Riolan* , au sujet des artères & des veines émulgentes doubles , je montre ici deux veines & deux artères reinales du côté gauche , ainsi que je les ai trouvées dans le sujet qui a servi à ma démonstration (*Planche I. fig. II.*)

Plusieurs branches des artères reinales du côté gauche s'entrelacent avec la branche de la veine associée , & forment ensemble des *arcades* dans la substance interne des reins , desquelles il sort de petits rameaux , qui vont vers leur circonférence , ou surface externe. Ces rameaux se voyent ici sur le rein droit (*Planche I. fig. I.*)

L'artère reinale droite prend son origine derrière la veine cave , & vers l'embouchure du côté gauche de la branche émulgente de cette veine. Celle du côté gauche s'associe avec la veine émulgente du même côté ; elle prend son origine au-dessous de cette veine ; mais elle vient la recouvrir à son entrée dans les reins (*même Planche, fig. I.*)

Les artères capsulaires des deux côtés naissent quelquefois de l'aorte descendante même , & quelquefois des artères émulgentes. Dans cette figure II , elles prennent leur origine du côté droit de l'émulgente , & du côté gauche de l'aorte. *M. Winslow* observe qu'elles naissent quelquefois du tronc de la cœliaque. Ces artères fournissent des rameaux adipeux , qui se répandent à la graisse des reins.

Les artères spermaticques ont été décrites ci-dessus , en parlant des parties de la femme. L'on voit ici les artérioles qu'elles fournissent à la membrane commune des reins ; celles qu'elles fournissent aux uretères , &c. Il faut examiner présentement leur rapport avec les parties de l'homme.

Ces artères dans l'homme vont gagner les allongemens de la portion cellulaire du péritoine , par les ouvertures ou anneaux des deux muscles du bas ventre ; elles s'entrelacent , & passent à travers les mailles des veines qui les accompagnent , & se divisent à la sortie du bas-ventre en des rameaux très-fins , parallèles entr'eux , & plus au moins tortillés , enveloppés dans une gaine formée de feuillettes membraneux très-minces , qui sont une continuation du tissu cellulaire du péritoine. Le canal déferent dont nous parlerons est renfermé dans la même gaine. Ces artères vont enfin se jeter sur l'épydidime & le testicule , ce que nous expliquerons aussi (*voyez fig. II. Planche II.*)

a b. Le tronc de l'Aorte descendante , ou inférieure.

a. Le Tronc de l'artère cœliaque.

c. Coupe de la Mésenterique supérieure.

g. La Reinale du côté droit.

h. Celle du côté gauche.

ii. Les Artères capsulaires des deux côtés.

m n. Les Artères spermaticques.

o. Coupe de la branche Mésenterique inférieure.

g. La bifurcation de l'Aorte , placée à gauche , & au devant de la Veine cave.

gg. La Branche iliaque droite & gauche.

On répète ici l'explication que l'on a déjà donné de cette seconde figure de la deuxième planche , pour rappeler la démonstration des artères du bas-ventre , dont il s'agit.

Ces deux branches s'écartent dans le bassin , chacune de leur côté , & vont sortir entre le ligament tendineux de *fallope* & le tendon du psoas , sur l'union de l'os des îles avec l'os pubis , où elles changent de nom , & prennent celui d'artères crurales.

Il faut observer ici que les Anatomistes ayant aperçu que dans le fœtus & dans les jeunes enfans la partie antérieure des iliaques (marquée S. r. du côté gauche & du côté droit,) est beaucoup plus petite que la branche que cette artère pousse dans le fond du bassin , que l'on appelle *hipogastrique* , ou iliaque interne ; & comme alors la partie externe de cette artère paroît plutôt une branche de l'hipogastrique , que le tronc même de l'artère , ils l'appellent par cette raison *iliaque externe*. Moyennant cette remarque , on entendra par l'iliaque externe la continuation extérieure de l'iliaque jusqu'à la sortie du bassin.

Ces artères jettent quelques artérioles dans leur naissance ,

qui vont à l'os sacrum , & dont quelques-unes entrent par les trous supérieurs de cet os ; elles fournissent aussi dans cet endroit des artérioles au péritoine , aux tuniques des veines , aux artères & aux graisses qu'elles rencontrent. Les iliaques , à environ quelques travers de doigt de leur origine , poussent l'hipogastrique ; sa naissance est marquée ici. J'en ai donné une plus grande description dans les explications précédentes , en parlant des parties de la génération de l'homme & de la femme.

Le tronc de l'iliaque externe pousse sur son extrémité antérieure avant de changer de nom , & de sortir du bassin deux branches , savoir ;

Les artères épigastriques internes. Par le mot épigastrique , il faut entendre les artères du dessus du ventre ; car *épi* en grec , veut dire dessus , & *gastr* le ventre.

79. (*fig. I. Planche I.*) L'hipogastrique de chaque côté.

22. (*fig. I. Planche III.*) Les épigastriques internes.

z. (*fig. Planche VII.*) Les externes.

Il est nécessaire de connoître ici ces artères ; nous n'aurons peut-être pas occasion d'en parler davantage.

La branche interne des artères du dessus du ventre (ou épigastrique , si l'on veut ,) sort antérieurement de l'extrémité de l'iliaque , & immédiatement avant le passage du tronc de cette artère sous le ligament tendineux ; elle remonte ensuite obliquement à travers l'aponévrosé du muscle transverse ; elle se continue vers la partie postérieure du muscle droit du bas-ventre , & gagne même par ses branches jusqu'à deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'os pubis ; elle monte le long de la face postérieure & interne du muscle droit , en se ramifiant sur les aponevroses des muscles voisins , & à la fin se perd en s'anastomosant réellement par plusieurs petites ramifications avec la mammaire interne ; elle communique aussi avec les artères intercostales inférieures , qui se répandent sur les muscles du bas-ventre.

Il étoit impossible de faire voir ici toutes les ramifications de cette artère ; il suffit d'en démontrer la coupe , puisque les muscles dont nous parlons sont enlevés. (Je prie ceux qui ne se connoissent pas en peinture de ne pas croire que ces branches sont collées sur les parties qui leur paroissent postérieures.)

La branche externe des épigastriques sort latéralement sur l'extrémité antérieure & externe de l'iliaque , à environ un demi-travers de doigt de distance de la première branche ; elle va à la lèvre interne de l'os des îles , où elle se partage ordinairement , & se ramifie sur le muscle transverse & l'oblique du bas-ventre , en joignant l'artère des Lombes.

L'iliaque externe , en passant sous le ligament tendineux , outre ces deux branches , donne encore deux petits rameaux ; l'un à la partie interne qui va gagner la gaine des vaisseaux spermaticques , & quelquefois il en jette un autre petit du côté externe qui se porte à l'os des îles.

V. (*Planche I. fig. VII.*) Branches de l'hipogastrique.

T. (*id. fig. VII.*) Les Artères de ces branches qui forment l'ombilicale.

L'artère ombilicale , que l'on peut regarder comme la vraie continuation de l'artère hipogastrique.

Cette artère de quel sens qu'on la considère , est une branche de l'hipogastrique ; elle remonte à côté de la vessie , sur laquelle elle jette des rameaux , & en donne aux parties du péritoine les plus voisines. Dans les adultes , elle est petite , & se termine à la partie moyenne de la vessie , quoiqu'elle laisse plus haut des vestiges de son premier état jusqu'à l'ombilic , où elle se joint avec la veine ombilicale en forme de cordon. On a vu son usage en parlant du fœtus.

ii. ii. (*fig. II. Planche I.*) La veine cave inférieure.

mm. La Veine reinale droite.

nn. Celles du côté gauche.

oo. L'Spermatique gauche.

pp. La droite.

gg. hh. L'Artère & veines crurales dont nous avons parlé dans les précédentes tables.

22 & 23. (*fig. I. Planche III.*) Ces chiffres renferment la Coupe des branches externes & internes de la Veine & de l'artère crurale.

LA VEINE CAVE INFÉRIEURE. (Nous avons parlé de son origine dans les tables précédentes.) Cette veine ayant percé le diaphragme , passe par la partie postérieure de la

grande scissure du foye, entre le lobe & le lobule de *Spi-gellius*. Dans ce trajet, elle donne ordinairement trois grosses branches, appellées veines hépatiques, c'est-à-dire, d'hépar, le foie. Effectivement ces veines vont se ramifier dans le foie. (En parlant du foie en particulier, dans un autre endroit, nous décrirons ces vaisseaux.)

La veine reinale droite est l'une des grosses branches de la veine cave, qui vont de chaque côté de cette veine se porter aux reins; celle-ci est plus courte, & descend un peu obliquement pour aller joindre le rein.

Les veines reinales du côté gauche sont plus longues que la précédente; & cela doit être ainsi, puisque le tronc de l'aorte descendante est entre le rein & le tronc de la veine cave qui les reçoit de ce côté, ce qui ne se trouve pas du côté droit où le rein est plus proche de la veine cave.

Les veines reinales du côté gauche se trouvent placées immédiatement sous l'artère mésentérique supérieure. Il n'est cependant pas ordinaire qu'il y ait deux veines reinales d'un côté, & une de l'autre, ou deux de chaque côté; assez souvent, on n'en rencontre qu'une seule à droite, & une seule à gauche. Ces veines jettent en haut des veines capillaires, qui accompagnent les artères du même nom dont nous avons parlé, & en bas des veines adipeuses qui vont à l'enveloppe graisseuse des reins. La

veine reinale gauche fournit ordinairement la veine *spermatique* du même côté, comme l'on voit dans cette figure.

Les deux reinales vont gagner l'échancrure des reins par plusieurs ramifications, qui se distribuent dans leur substance, ainsi qu'elles sont dépeintes au côté droit.

Les veines *spermatiques* accompagnent les artères dont nous venons de parler, & les suivent dans leur division; un peu après avoir croisé les uretères, elles produisent une branche considérable, qui se divise ensuite en deux rameaux, dont l'un va communiquer avec la veine capsulaire, ou *furinéale*, & l'autre communique assez souvent avec les veines reinales ou *émulgentes*: elles communiquent ensuite avec la veine *mesaraïque*; elles se multiplient en approchant des anneaux, & s'anastomosent entr'elles de distance en distance; les rameaux de ces veines se tortillent & s'entrelacent les uns avec les autres, & avec les artères qui les accompagnent, enfermées dans la gaine dont nous avons parlé; ce qui les a fait appeler des Anciens vaisseaux *panpiniformes*. Les veines & les artères *spermatiques* sont si adhérentes entr'elles en certains endroits, que c'est ce qui a fait croire que les veines s'anastomofoient avec les artères, ce qui est absurde & contredit par les Anatomistes les plus savans, entr'autres per M. Winslow.

DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT.

La conception & l'accouchement sont les actes indispensables de la génération de tous les êtres animés. Ceux même qui génèrent seuls, comme font plusieurs insectes, conçoivent & accouchent. La génération animale est confiée à tout ce qui est organisé, mouvant & indépendant de l'action de la Terre: c'est en quoi consiste la vie animale. Pour donner la vie, il faut être vivant, *nemo dat quod non habet*. La terre n'a jamais conçu des hommes, & les montagnes n'ont jamais enfanté de fouris. L'homme, les quadrupèdes, les oiseaux, les poissons & les insectes sont ces êtres animés qui conçoivent & qui accouchent; les uns par la copulation, & les autres d'eux-mêmes.

Tout prouve un mécanisme universel, qui tient à une source, à un commencement. L'éternité des accouchemens est une chimère; il a fallu de tout temps, pour mettre au monde, des hommes & des animaux, des mâles & des femelles. La copulation, le coït, la conception & l'accouchement sont des actes nécessaires, non-seulement pour produire naturellement, mais encore pour forcer les êtres vivans à perpétuer leurs espèces, souvent malgré leur volonté. Le désir les attendrit & les force à se joindre. Les femelles conçoivent avec plaisir, & la douleur les fait accoucher. L'amour les oblige à élever leurs progénitures, & souvent à se priver de leurs besoins. En un mot, le physique & le moral, tout concourt à accomplir l'ordre établi par l'Auteur de la nature.

Nous allons considérer d'abord les vices de conformation qui peuvent s'opposer à l'accouchement naturel; nous discuterons ensuite sur la grossesse & ses maladies, sur la nourriture du fœtus, & enfin sur les divers accouchemens, & la manière de délivrer les femmes dans l'enfantement.

Des vices de conformation dans les femmes, au sujet de la Grossesse & des Accouchemens.

Les vices de conformation dans les femmes sont essentiellement attachés à la forme & aux dimensions du bassin. Le bassin soutient les intestins & la matrice (Voyez *Planc. IV, fig. III*,) & dans l'accouchement le fœtus appuie dessus, & cherche à franchir l'ouverture faite par l'assemblage de l'os sacrum, des os des îles, & de l'os pubis; & l'arcade inférieure formée par les os ischion & l'os pubis. C'est tout ce qui forme les plus grandes difficultés de l'accouchement.

Dans l'ordre naturel, le grand diamètre du bassin doit avoir un cinquième de plus que le petit diamètre: c'est un vice quand cette proportion manque.

Lorsqu'il n'y a pas entre les crêtes des os des îles la dif-

tance nécessaire, il n'en résulte aucun accident pour l'accouchement; mais vers la fin de la grossesse, la matrice se gonfle, les viscères du bas-ventre ne trouvant plus à se loger commodément, se jettent en devant, la matrice se dévie; la femme a le ventre en pointe.

Dans l'ordre de la nature, l'axe de la matrice doit répondre à l'axe du petit bassin, c'est-à-dire, que la ligne qu'on imagine passer en travers par le centre de la matrice, doit être parallèle à l'axe du petit bassin. Toutes les fois que cela n'arrive pas, on dit, *la matrice est déviée*. On comprend facilement que la matrice ne trouvant point à se loger, se porte en devant, & que l'enfant, au lieu d'être poussé vers l'orifice du petit bassin, l'est vers le sacrum. Ce vice, qui est très-commun dans nos Villes, chez les femmes délicates, demande beaucoup d'attention de la part de l'Accoucheur, pour mettre la femme en position.

Lorsque la symphise du pubis a plus d'étendue qu'elle ne doit avoir, elle diminue l'ouverture du petit bassin, quelquefois même le ferme en partie. On donne à ce défaut le nom de *barre*, parce que quand on veut toucher une femme, cet os se présente au doigt comme une barre. Ce vice a souvent lieu dans les personnes les plus fortes.

L'épine du pubis est viciée quelquefois, lorsque faisant peu de saillie en dehors, elle rentre en dedans. Ce vice est rare. Quand il existe, & que l'enfant prend une bonne route, il est de peu de conséquence; mais si l'enfant s'arrête à cette saillie, l'accouchement est difficile, & a des suites fâcheuses.

Lorsque l'arc formé par les deux branches de l'ischion n'est pas assez grand, son resserrement offre de grandes difficultés à la sortie de l'enfant, qui, à cause de la petite espace, ne peut y engager sa tête. Ce défaut est aussi dangereux que l'excès de la longueur de la symphise du pubis, qui est souvent causé de ce rétrécissement.

Les deux tubérosités de l'os ischion sont quelquefois mal disposées & rapprochées en dedans. Lorsque ce défaut, qui est très-rare, existe seul, il n'est d'aucune conséquence; il cause seulement quelque retardement à la sortie de l'enfant.

Les épines des os ischion rentrent quelquefois en dedans. Ce vice ne s'oppose pas à la sortie de l'enfant, car quelque rentrées qu'elles puissent être, il y a toujours une ouverture assez considérable, pour que la tête de l'enfant puisse se dégager.

Il y a quelquefois si peu de distance entre le pubis & le sacrum, soit par l'allongement de la symphise, ou du sacrum, qu'il n'y a pas d'autre moyen de faire sortir l'enfant, que par l'opération césarienne.

Le sacrum peut être vicié de plusieurs façons, soit que

la partie supérieure vienne trop en devant, vers la symphise, ou qu'il en soit trop écarté. Le premier défaut empêche que l'enfant ne puisse descendre dans le petit bassin.

Quelquefois le sacrum est excavé, au point que le petit diamètre est plus long d'un cinquième, que celui de l'ouverture du petit bassin; & lorsque la tête de l'enfant a passé le premier détroit, elle se trouve aussi au large qu'elle étoit dans le grand bassin; & se gonflant dans cette grande cavité, l'enfant ne peut plus sortir par les voies ordinaires. Il arrive aussi quelquefois que le sacrum n'est point excavé du tout, ce qui est encore un autre défaut pour le passage de l'enfant.

L'enclavement est cet état, où la tête de l'enfant ayant passé le petit détroit, ne peut plus ni monter ni descendre. C'est à quoi expose le vice du trop grand resserrement des branches de l'ischion. Cette triste circonstance n'est pas aussi commune que bien des Accoucheurs le disent.

Signes diagnostics avec lesquels on peut reconnoître les défauts de conformation du bassin.

Quelquefois les Accoucheurs sont appelés pour examiner si une jeune personne est bien conformée, si elle est dans le cas de concevoir, & de mettre un enfant au monde heureusement. Je trouve cette cérémonie bien ridicule; elle est contre la pudeur & les règles naturelles. C'est alors s'assujettir à des jugemens très-souvent bien incertains; mais au cas que cela arrive, voici à-peu-près comme il faut s'y prendre.

Il faut faire tenir la jeune personne debout, & examiner ensuite si l'épine tombe d'aplomb sur le sacrum, parce qu'un des grands vices du bassin vient de la torsion plus ou moins grande de l'épine. On ne doit pas se contenter de toucher la partie lombaire, il faut examiner la thorachique. Il arrive souvent qu'une personne qui a cette partie tortée, a une crête du bassin plus élevée que l'autre, ce que l'on connoît facilement par le toucher. Ce défaut ne préjudicie pas à l'accouchement.

Cet examen fait, on passe au toucher des épines antérieures & supérieures des os des îles; on considère, si elles sont à une distance convenable. La plus naturelle est de huit à dix pouces. Il n'est aucune personne grasse ou maigre qui ne présente les épines antérieures & supérieures, de manière qu'on ne puisse les toucher. On examine ensuite si le grand bassin a la capacité qu'il doit avoir, si le sacrum est bien placé. Il faut pour cela porter la main au-dessus des fesses, toucher le sacrum, pour savoir s'il est courbé en arrière, pour évaluer la grandeur du diamètre du petit bassin. Il faut faire tourner la jeune personne de côté, porter la main au coccyx, & l'autre sur l'épine de l'os pubis, & juger de leur distance.

Si on veut savoir s'il y a barre, il faut prendre toutes les précautions nécessaires pour ne pas déseuler la personne qu'on examine. Ainsi, il faut poser le pouce sur la crête de l'os pubis, & le doigt index à la partie supérieure de la vulve, ce qu'on peut faire aussi sur les personnes grasses. On juge par la distance qu'il y a entre les deux doigts, s'il y a barre. Lorsque ce défaut existe seul, il ne suffit pas, pour défendre le mariage, & pour empêcher que la femme ne fasse d'heureuses couches, à moins que la barre ne tombe trop bas, & diminue trop considérablement l'ouverture inférieure du petit bassin.

Il est facile de toucher les tubérosités de l'os ischion, & de savoir si elles sont à une distance convenable.

On peut faire les mêmes observations sur les femmes grosses, pour savoir si l'accouchement sera laborieux.

Après avoir examiné tous les défauts du bassin, & la manière de les reconnoître, il est bon de parler des vices des parties molles, & de leur diagnostic.

Des vices des parties naturelles, & des signes auxquels on peut les reconnoître.

Nous n'avons point de signes pour connoître si un ligament est vicieux. La dissection en a fait voir qui étoient tellement accourcis & rapetissés d'un côté, que l'angle supérieur

de la matrice étoit ramené vers les anneaux du bas-ventre; de sorte qu'elle étoit de côté & en travers. On ne peut pas non plus connoître les vices des ligamens larges, des trompes de fallope, des ovaires; on les devine quelquefois par les marques extérieures: c'est tout ce qu'on peut faire.

A l'égard des parties extérieures il est facile de décider de leur défaut de conformation. On voit par exemple si les grandes lèvres sont couvertes de cicatrices. Les cicatrices empêchent qu'elles ne puissent se distendre, & s'opposent par là au passage de la tête de l'enfant. On dit que les femmes qui ont ce défaut sont *bridées*.

Les brides sont quelquefois la suite d'un accouchement contre nature qui aura occasionné des escars gangreneux, avec mauvaise suppuration, & alors les cicatrices se seront mal fermées. Plus communément elles sont l'effet des chancres benins, ou malins, ou vénériens. Quelquefois une fille a des chancres à la vulve, elle conçoit cependant, mais les brides s'opposent alors à la sortie de l'enfant. L'orifice est quelquefois tellement bridé, qu'on peut à peine y introduire un stilet.

Il arrive de même qu'un chancre, un squirre au col de la matrice, n'empêchent pas une femme de concevoir, pourvu que le corps n'en soit pas offensé. On a toujours cru le contraire jusqu'ici, mais alors le col de la matrice se trouve raccourci & racorni, & ne souffre aucune dilatation. Le corps de l'enfant s'effile comme s'il passoit à la filière, & sa tête s'allonge, & meurt par le tiraillement; de même comme il arrive aux enfans qui naissent lorsque le sacrum est vicié, comme nous venons d'observer, & qu'il est droit & applati, & approché du pubis.

La longueur excessive du clitoris, & des petites lèvres ou nymphes, est aussi un défaut. L'allongement de ces lèvres n'est pas toujours un obstacle à la génération, ni à la sortie de l'enfant. Car quelquefois, loin de s'opposer à l'accouchement, elles le favorisent beaucoup; elles nuisent cependant quand elles sont arrondies, fermes & dures, pour lors se déchirent. Ce qu'il faut prévoir par des huiles & des vapeurs émolientes.

Si les lèvres sont molles, leur longueur, bien loin de nuire, aident à la sortie de l'enfant, car comme elles sont destinées à s'étendre & se développer, il est clair que plus elles seront étendues, moins on doit craindre que ces parties se déchirent.

Il arrive quelquefois que les petites lèvres sont attaquées de tumeurs cancéreuses, il faut les traiter & les guérir. Quelques accoucheurs disent qu'il faut pour lors les enlever, si ce vice existe dans le temps de la grossesse. On fait cette opération dans le huitième mois. On risque autrement d'exposer la personne enceinte dans des douleurs inouïes dans l'accouchement. Quoique cette maladie soit pour l'ordinaire la suite d'un mauvais commerce, on voit cependant quelquefois des personnes très-sages qui en sont attaquées.

Si les grandes lèvres sont absolument trop grandes, qu'elles descendent entre les cuisses, il faut les faire rentrer par des astringens, ce qui m'a réussi quelquefois, & selon quelques Auteurs, il faut les couper; mais, disent-ils, il ne faut pas les enlever entièrement. Le remède seroit pire que le mal; il ne faut ôter que l'excédent. Je crois cet opération inutile.

La membrane de l'hymen mérite aussi l'attention du Médecin: elle peut être viciée comme les autres parties. On ne lui connoît cependant point d'autre défaut que celui d'être quelquefois trop épaisse. Il y a des filles imperforées qui ont quelquefois la membrane de l'hymen si épaisse & tellement close, qu'il faut alors avoir recours aux ciseaux, ou bistouri.

Ce sont ici tous les vices à-peu-près des parties molles de la génération, qui environnent le bassin. Les vices de la matrice sont si rares, qu'il est inutile de s'y arrêter.

Des signes de la Virginité.

Les Médecins, les Accoucheurs & les Sage-Femmes, sont quelquefois appelés en Justice pour savoir si une fille a été déflorée, si elle est grosse. Dans ce cas, il ne faut point porter son jugement avec légèreté, parce que les suites sont de la dernière conséquence. Il faut pour cela être instruit des principes pour ne point former des faux rapports. On doit donc savoir qu'il y a deux sortes de virginité, une morale & une physique. La virginité morale

est ce que j'appelle la virginité absolue ; c'est-à-dire celle où les hommes n'ont jamais approché. La virginité physique est la virginité apparente. Elle consiste en ce que dans les parties naturelles il n'y soit rien entré qui ait été capable de causer des déchirures, ce qui arrive par la conjonction ou par l'attouchement.

La virginité s'annonce par l'existence de l'hymen, l'absence des caroncules nartiformes, l'intégrité de la fourchette, & le peu d'étendue de l'orifice externe du vagin. Lorsque ces parties se trouvent meurtries, contuses, pleines de sang, on croit alors que la virginité manque, & d'après ces principes on juge du sort des accusés, quelquefois contre la vérité.

Voilà en général quels sont les signes de la virginité. Examinons-les en détail.

Si une fille n'a point, ou peu de fourchette, qu'en peut-on conclure ? Elle a l'intérieur des lèvres pâle, ou d'un rouge foncé ; qu'en conclure encore ? Toutes ces choses se rencontrent souvent chez les brunes foncées les plus sages. Elles ont même quelquefois des marques semblables à celles qu'auroient formées des contusions. Jusqu'à présent ces signes ne suffisent pas pour décider de la virginité absolue. Ceux dont nous allons parler ne sont pas plus certains. Le clitoris peut être un peu plus gros qu'à l'ordinaire, l'hymen peut être rompu. Il s'agira de constater de quelle manière il aura été déchiré. Il est cependant certain que de telle façon qu'il ait été rompu, une fille perd le droit qu'elle peut prétendre à la virginité physique, & ne peut se réplier que sur la virginité morale. Elle laisse sur son état un doute, qui peut contenter les uns & décider les autres contre la pureté qu'on doit supposer à une fille, en lui conservant le caractère de vierge absolue.

On peut dire qu'il y a des filles, qui dans le temps de leurs règles, ont des humeurs si âcres, qu'elles rongent entièrement la membrane de l'hymen. Ce sont des raisons palliatives & bonnes à dire dans l'occasion. Il arrive quelquefois que l'hymen a la forme d'un demi-cercle ou d'un croissant ; mais il doit toujours exister dans la virginité. Je l'ai trouvé dans une fille de soixante ans que j'ai distillée à l'Hôtel-Dieu ; mais cela ne dit pas que dans les jeunes filles ce caractère se soit effacé par l'approche d'un homme, il peut se perdre de toute autre façon. Il faut donc dire que puisque cette membrane est sujette à tous ces diverses accidens, & qu'il n'y a que celui de la copulation qui soit l'objet des recherches de la Justice & des hommes intéressés à ces recherches ; qu'il seroit imprudent de décider sur ces signes de l'absence ou de l'existence de la virginité morale & absolue.

De la Grossesse.

On appelle du nom de grossesse l'état dans lequel la matrice renferme un ou plusieurs enfans. Il y a de deux sortes de grossesse. La bonne grossesse est celle où le fœtus est bien conformé, & qui se termine vers les neuf mois, quelques jours avant ou après, quelquefois elle se prolonge ou s'abrège. Mais c'est-là le temps ordinaire.

La mauvaise grossesse est celle d'un enfant mal situé, mal nourri & mal conformé, qui va rarement au terme. Elle finit vers six semaines ou trois mois. Il y en a qu'on peut appeler mauvaise grossesse, & qui se prolongent ; mais ces cas sont rares. Dans la bonne grossesse, voici comme elle se forme & comme elle se continue.

Dans le temps de la conception, la femme ressent une volupté extraordinaire qui finit par un engourdissement. L'homme participe un peu de cet engourdissement, après le coit, & dans le moment de la conception, par contre-coup. Pour concevoir, il faut que la femme ait toutes les conditions requises. Il faut qu'elle soit, *omnibus absolutum numeris*.

Après la conception il arrive que la femme a dès le même jour ou le lendemain mal au cœur, des nausées qui durent environ trois mois. Le sein se gonfle, la physionomie s'altère.

Dans les premiers temps les femmes perdent l'appétit, elles ont un goût dépravé ; elles voudroient manger de mauvais alimens qu'elles détestent dans un autre état. Vers le milieu de la grossesse le ventre commence à s'arrondir, le nombril pousse en dehors, alors le vomissement cesse, la femme recouvre l'appétit ; le sein devient plus gonflé, plus brûlant, l'aréole devient plus brune, les glandes se-

bacées s'élevent, le corps du téton devient comme inégal & noueux.

Vers les derniers temps de la grossesse la femme marche difficilement, respire avec peine, a les jambes engourdies, enflées ; les parties naturelles sont aussi quelquefois enflées ; elle a l'estomac bon, mange beaucoup ; mais le dernier mois elle éprouve des pesanteurs sur le siège, urine difficilement, quelquefois point du tout : elle a peine à aller à la garde-robe, d'autre fois il lui arrive un bénéfice de ventre. Au bout de sept à huit mois & demi ou neuf mois ordinairement, l'accouchement arrive. Il s'annonce par des douleurs qui naissent aux reins, au nombril. Ces douleurs sont appelées *mouches*. Les matieres glaireuses deviennent plus abondantes, elles se teignent de sang. Si on porte le doigt, on trouve que l'orifice s'étend. On dit alors que *les eaux se forment* ; les membranes qui les contiennent se déchirent ; les eaux s'écoulent, & dans l'ordre naturel la tête de l'enfant prend la place des eaux, presse dans le petit bassin la face en arriere, & glisse en cet état. Voilà tout ce que l'on peut remarquer extérieurement.

Examinons maintenant les parties intérieures. Dans les premiers temps de la grossesse le museau de la matrice s'allonge, enforte que la base se trouve du côté du pubis, le fond sur le rectum. A mesure que la matrice s'éleve, l'*os pubis* s'amincit, le fond qui s'appuyoit en arriere se jette en devant. La position de la matrice sur la fin de la grossesse est le contraire de celle des premiers temps.

Quand on examine une femme vers la fin de la grossesse, comme alors l'orifice de la matrice, qui au commencement étoit au devant, se trouve en arriere, il faut procéder d'une manière bien différente.

Le col de la matrice diminue & s'amincit dans la proportion que la matrice se développe. Plusieurs Auteurs ont cru que ce développement se faisoit par le fond, parce que les ligamens longs & les ligamens larges semblent sortir du corps de la matrice, & ne se dégagent que vers le col, ce qui prouve au contraire que quand la matrice se développe, ce n'est point par le fond, mais par le bas. (*Observation de M. Petit*).

L'intérieur de la matrice s'amincit à mesure qu'elle se distend, elle paroît cependant un peu plus épaisse vers l'attache du placenta.

On voit dans les premiers temps de la grossesse le fœtus nageant au milieu des eaux, ayant un énorme placenta avec un très-petit corps. Tout est en végétation vasculaire. Les vaisseaux s'éclaircissent, une coque se forme, dans laquelle on aperçoit l'enfant, & son petit cordon qui sort du nombril attaché au placenta. Si une femme accouche au bout de trois mois, & que l'enfant sorte le premier, on aura beaucoup de peine à la délivrer du placenta. C'est le contraire au bout de huit mois, parce que le placenta & l'enfant ne croissent pas dans la même proportion. A trois mois le placenta est plus considérable que l'enfant, à huit mois il a plus de volume que le placenta ; de sorte qu'il est plus facile de tirer le placenta quand l'enfant est sorti dans le huitième mois, & au contraire dans le troisième, où l'enfant vient plus aisément, quand le placenta sort le premier.

Dans les premiers temps de la grossesse, le fœtus n'a pas de situation constante. Le plus ordinairement il est debout, la face en devant. Dans les derniers temps il a la tête en devant un peu penchée, les genoux pliés, les talons vers les fesses, ou les cuisses & les jambes relevées, comme nous avons représenté, les bras pliés vers la poitrine & vers le visage. C'est la situation constante. Quelquefois cependant, mais rarement, il est différemment posé.

De quelle manière on peut reconnoître qu'une Femme a conçu.

Il y a plusieurs cas où il est absolument nécessaire de savoir si une femme est grosse. Est-elle prise d'une maladie grave, l'émétique & les remèdes actifs sont interdits. Une femme a mérité la mort, presque toutes, dans ces tristes conjectures, se disent grosses. Il faut savoir la vérité, afin que le Juge ne fasse pas périr avec la mere criminelle l'innocent qu'elle porte dans son sein. Il y a encore plusieurs autres circonstances où cet examen est encore nécessaire.

On

On distingue deux sortes de signes pour connoître la grossesse, les rationels & les sensibles.

Les rationels se déduisent de la manière d'être de la femme, & de faire ses fonctions. Les sensibles se déduisent du toucher.

Premier signe rationel. On observe dans les femmes nouvellement grosses un appétit dévorant, ou un dégoût, des nausées, des vomissemens. Ce signe est très-équivoque; car les filles qui ont les pâles couleurs ont aussi des nausées, & le même défaut dans le manger.

Second signe rationel. On observe le gonflement du sein, le dérangement des règles, mais le squirre produit les mêmes effets.

Troisième signe rationel. Ce signe se tire de la suppression totale des règles; il est moins équivoque que les autres; mais il peut cependant induire à erreur. Il y a des femmes qui ont leurs règles tout le temps de leur grossesse comme auparavant, & d'autres qui ne les ont précisément que dans ce temps-là. Ce cas est rare. Cependant les femmes qui n'ont point leurs règles ne deviennent point meres; mais on a vu quelquefois le contraire. La suppression totale est quelquefois accidentelle, sans qu'il y ait grossesse, de sorte que ce signe est aussi incertain.

On regarde encore comme signe rationel une certaine altération au visage, une grosseur au col. Ces signes sont également faux, & ne peuvent donner que des soupçons. On peut donc conclure que les signes rationels seuls ne suffisent pas pour juger si une femme est grosse.

Les signes sensibles, ou le toucher, ne peut pas avoir lieu dans les trois premiers mois de la grossesse, les femmes n'ont pas l'orifice de la matrice autrement disposé. On ne peut d'ailleurs rien conclure pour la grossesse que l'orifice soit béant ou reserré. Hippocrate s'est trompé, & plusieurs autres après lui, en prétendant qu'on tiroit un signe certain du resserrement de l'orifice pour assurer la grossesse: des femmes voluptueuses ne peuvent être touchées, sans que l'orifice de la matrice se resserre. Celles qui ont les fleurs blanches l'ont béant & très-ouvert.

Au troisième mois, on a un signe plus certain en touchant l'orifice de la matrice avec l'index de la main droite, portant en même temps la gauche au-dessus du pubis, il arrive que la matrice vient toucher l'index. Si vous sentez alors un corps arrondi, soyez certain que la femme est grosse, parce qu'il n'y a que la grossesse qui puisse donner une tumeur arrondie au-dessus du pubis. Si c'étoit un squirre, on sentiroit diverses inégalités. Il n'y a que la matrice qui puisse venir choquer le doigt qui est alors dans le vagin, & toucher la main gauche lorsqu'on le repousse.

Il est très-difficile de confondre l'hydropisie avec la grossesse, les signes sont entièrement différens. Pendant l'hydropisie la matrice est flasque, serrée, distendue; elle vient sourdement, donne une pâle couleur sur le visage. La grossesse au contraire souvent embellit le visage des femmes.

Si l'on craint que ce signe soit équivoque, on peut encore attendre quelque temps, & on ne tardera pas à en avoir d'autres plus certains. Quelque temps après la conception, l'enfant se meut dans le sein de la mere, lorsque la circulation du sang est totale; mais ses mouvemens ne sont pas sensibles, parce qu'il nage dans une quantité d'eau, très-considérable par rapport à la petitesse de son corps. A trois mois & demi, ou quatre mois, l'enfant prend un corps plus considérable, les eaux diminuent à proportion, alors les mouvemens se font sentir. Les femmes disent qu'elles sentent comme des fourmis qui grouillent, & grimpent dans leur sein, & d'autres croient entendre des battemens & des bruits, comme ceux que font les araignées avec leurs pattes lorsqu'elles font leurs toiles, & d'autres mouvemens; d'où l'on peut conclure que les signes sensibles sont les seuls d'après lesquels on puisse porter un jugement certain.

De la manière dont la Femme nourrit son fruit, & de la circulation du sang dans le fœtus.

Nous avons observé que dans le moment de la conception l'utérus se ferme & embrasse la semence qui contient l'embryon. C'est alors l'amande, ou le pépin, dont le germe tout formé est l'animal & son cordon, ainsi que dans les grai-

lons, où se trouvent la plante & ses racines, qui se développent insensiblement par l'action de la terre, comme j'ai dit dans mon Système sur l'Électricité continue de notre globe (en 1763). L'amande sert de première nourriture au germe, & la glaire qui entoure l'embryon dans la semence de l'homme l'humecte & l'entretient jusqu'au moment que la circulation soit établie.

La racine du germe avec sa barbe se prolonge & s'attache à la terre, & le cordon de l'embryon, avec son tomentum, s'étend & s'attache au fond de l'utérus, & s'abouche avec les artérioles, les veinules, ou les capillaires insensibles de la mere. On connoît ces artérioles & ces veinules du fond de l'utérus, & leurs épanchemens dans le temps des menstrues. C'est dans cette position qu'il se forme avec le tomentum du cordon & les capillaires de la mere, un plexus vasculaire qui devient le placenta.

Pour ne laisser rien à désirer sur ce mécanisme, il faut nécessairement supposer que quantité de filets de l'embryon du cordon qui forment une partie du tomentum, s'abouchent avec des veines & des artères, ainsi que ceux des veines, mais les seules veines du fœtus peuvent recevoir l'impulsion des artères de la mere, la structure des veines étant seule propre à porter le sang dans le cœur, & celle des artères à le rapporter.

Les capillaires des veines de la mere, non plus que les veines, n'ont aucune action, & sont incapables de porter la vie dans le fœtus; les artères au contraire portent leur action jusques dans les plus fines de leurs divisions, & charient le sang le plus pur de la mere. Cette action se porte jusques dans les glandes, qui ne laissent passer que les parties convenables de la masse du sang; de sorte que par la même raison, le sang des capillaires artérielles du fond de l'utérus sur lesquelles sont abouchés les filets du cordon qui partent de la veine ombilicale, sont les seuls capables de laisser continuer son impulsion. Ces filets ne laissent d'abord passer que la partie lymphatique du sang, qui suffit alors à l'embryon; & à force de mouvemens, agrandissent ces filets, & en forment des veines qui portent le sang en son entier. L'embryon plus fort est dans cet état plus capable de recevoir la vie, de croître, &c.

Le sang porté, & circulant dans l'embryon, comme l'on fait, retourne par les artères, dont les hypogastriques vont se plonger dans le cordon, s'ouvrent insensiblement le passage, & se déchargent dans le placenta, qui croît & s'agrandit, & peut encore, dans un excès & surabondance de sang, refluer par les veines de la mere, par l'abouchement dont nous venons de parler des filets des artères, qui s'adaptent de la même façon, avec les veines de la mere à travers le placenta.

C'est ce reflux qui cause les incommodités de la mere dans la grossesse, & les maux de cœur & souvent les pertes. Avec ce mécanisme, que plusieurs Auteurs ont mal expliqué, on donne raison des divers accidens qui arrivent dans la conception, dans le cours de la grossesse, & dans l'accouchement.

La circulation particulière du fœtus est remarquable, parce qu'il ne fait aucun usage de ses poumons, ni des ventricules du cœur; par conséquent, il est dispensé de respirer & de mouvoir. Le cerveau de l'embryon est le seul viscere en action, qui soit propre au fœtus; son mouvement de pulsion est indépendant de la mere: c'est ce viscere qui donne des mouvemens au fœtus en certains momens, qui le fait changer d'attitude & de place, & qui lui donne les convulsions auxquelles il est sujet. Si les ventricules du cœur reçoivent aussi quelque mouvement, ils le tiennent de ce viscere, par le mécanisme des nerfs, comme dans l'adulte, & la question de savoir qui vit le premier dans l'embryon, est par-là bientôt décidée. Le cœur ne tient ses mouvemens que de l'action des nerfs, & les nerfs dérivent du cerveau. Le principe de l'action des nerfs est la vie, & la vie n'est point dans les nerfs, ni dans le fluide qui les pénètre, mais dans le principe qui les fait agir. Ce principe n'est plus l'action de la circulation du fœtus, dépendante de celle de la mere, puisque le fluide nerveux ne tient plus au mouvement du sang, & qu'il en est séparé par le cerveau; il faut donc qu'il ait une ame & un principe actif dans l'embryon, lorsqu'il commence à se mouvoir lui-même; ce qui n'est pas dans les premiers temps, mais lorsque la grossesse est un peu avancée, & que le sang circule en entier dans le fœtus.

Dans le fœtus, la route du sang est totalement opposée à celle de l'adulte. Dans celui-ci, le sang veinal vient au cœur, chargé de toute sorte d'imperfections, par le dépouillement qu'il a souffert dans sa route, au moyen des glandes & des viscères; il a besoin d'entrer dans les poumons, pour y recevoir de nouvelles parties d'air & de feu, qui changent sa couleur livide en écarlate le plus pur; il retourne au cœur dans un nouvel état de perfection, & alors il est impulsé de nouveau dans les artères, pour continuer les fonctions animales. Au contraire, dans le fœtus, le sang artériel de la mere purifié par ses propres poumons arrive au cœur du fœtus par les veines, sans besoin d'être de nouveau purifié par ses poumons. La respiration de la mere est celle de l'enfant, & voici de quelle façon le sang circule en lui.

Après que le sang de la veine ombilicale est arrivé dans le sinus de la veine porte, comme on a déjà dit ailleurs, ce fluide passe du sinus, au moyen du conduit veineux, dans la veine cave inférieure, sous le diaphragme, pour se dégorger dans l'oreillette droite du cœur, & passer par le trou oval. Une portion de ce sang, en arrivant dans le sinus de la veine porte, ainsi que je viens de dire, suit les branches de cette veine, pour entrer dans le foie, au moyen de leurs ramifications. Il y a des Auteurs qui prétendent que dans le foie ce sang dépose une certaine bile, laquelle forme le meconium des intestins dans le fœtus, en s'écoulant par les conduits cholodiques, ce qui doit être ainsi; le résidu de ce sang dans le foie gagne les artères hépatiques, qui vont se dégorger dans l'aorte inférieure, pour retourner dans le placenta, & une autre portion du même sang suit les anatomoses des ramifications des veines hépatiques, pour entrer aussi dans la veine cave inférieure, comme celui du conduit veineux, avec lequel il se mêle, pour gagner le trou oval. Les autres branches extérieures du sinus de la veine porte, qui vont aux intestins, à la rate & au pancréas, &c. portent la nourriture de tous ces viscères, & le résidu de cette portion de sang se jette dans l'aorte par leurs artères; & comme la veine cave inférieure au-dessous de l'embouchure du conduit veineux, n'a aucune valvule, ni soupape qui retienne le sang impulsé de la mere; il gagne par-là les parties inférieures du corps qui ont leurs artères qui vont se joindre à l'aorte inférieure, aux iliaques, & enfin aux hypogastriques, pour laisser couler le résidu dans le placenta, au moyen des artères ombilicales.

A la sortie du trou oval, il y a une grande valvule, qui est fixée du côté des poumons, qui sert pour empêcher le sang de revenir vers sa source, & pour le conduire dans le tronc des veines pulmonaires, d'où il passe dans les poumons, & revient par les branches de l'artère pulmonaire dans le tronc de cette artère, où est le canal artériel qui se jette au bas de la crosse de l'aorte dans sa portion descendante; & la partie du sang qui entre dans le ventricule droit, avant de passer par le trou oval, est poussée dans le même tronc pour gagner le même canal artériel, & les veines coronaires qui s'abouchent dans l'oreillette droite, vont aussi se dégorger dans les artères coronaires qui gagnent aussi le tronc de l'aorte; de même d'un autre part le sang qui passe du trou oval dans l'oreillette gauche, pour gagner, comme nous avons dit, les veines pulmonaires, gagne aussi le ventricule gauche, d'où il est poussé dans l'aorte.

Cette circulation du sang jusqu'ici ne regarde que le cœur, le bas-ventre du fœtus & ses extrémités inférieures. La circulation de la tête & des extrémités supérieures & de la poitrine, se fait ainsi. Le sang poussé dans l'oreillette droite, par la veine cave inférieure, gagne, comme nous avons dit, le trou oval, le ventricule droit, & les veines coronaires; mais il se porte aussi dans la veine cave supérieure, pour se distribuer à la veine azigos, aux thimiques, aux mediastiques, pericardiques, &c. aux sous-claviers & aux jugulaires. La veine azigos qui part du tronc de la veine cave supérieure, se répand sur la poitrine & aux muscles intercostaux, avec les veines du bas-ventre. Les jugulaires portent le sang à la tête, pour toutes les fonctions nécessaires de cette partie; & celui des sous-claviers, pour les bras & tout l'intérieur & l'extérieur de la poitrine, jointes aux thimiques, &c. dont nous venons de parler; toute laquelle masse de sang délaisse son résidu dans les carotides & dans les artères sous-claviers & les intercostales, pour être portée dans l'aorte, &c.

C'est là le détail de toute la circulation du sang dans le fœtus, si opposée à celle de l'adulte, comme nous avons dit, elle est nécessaire dans un cœur comme celui du fœtus, sans action, & dont le mouvement du sang qui le pénètre dépend de la mere. Ici, le sang arrivant naturellement dans les ventricules par les oreillettes, comme à l'ordinaire dans les adultes, n'est point arrêté, & les valvules ne s'y opposent point; il sort également des ventricules, pour entrer dans les trons de l'artère pulmonaire & de l'aorte, & les valvules cèdent également, parce qu'il n'y a aucun retour de part ni d'autre; mais le sang cessant d'être porté par l'impulsion de la mere, & le cœur se mettant alors en contraction, applique la valvule sur le trou oval & la bouche. Les valvules qui sont entre les oreillettes & les ventricules s'appliquent aussi, & empêchent le sang dans ce mouvement d'entrer dans les ventricules, pendant qu'il sort toujours par le trou des artères ci-dessus; mais le cœur cessant sa contraction, il se relâche; alors les valvules des oreillettes s'ouvrent, & le sang des veines remplit de nouveau le cœur du fœtus, ce qui établit dans le nouveau né les mouvements de diastole & de systole dans le cœur, qui durent jusqu'à la fin de sa vie. La valvule du trou oval, qui dans cet état de nouvelle circulation, est attaquée de deux côtés, par le sang des veines, reste adaptée, & se fixe pour toujours.

Ce mécanisme nous prouve la main admirable d'un Créateur. Quelle belle simplicité! & quelle infinie prévoyance pour former, croître & faire vivre des créatures passives, & les préserver de tous les accidens que le hasard feroit naître.

Il y a des Accoucheurs qui croient que les enfans dans le ventre de leur mere se nourrissent par la bouche, par le nez & par les pores absorbans de leur peau, de l'eau dans laquelle ils sont plongés, & disent que le meconium que l'on trouve dans les intestins des enfans nouveau nés & la grandeur de leur estomac, prouve que ce viscere est accoutumé à travailler, & que sans cela on le trouveroit vuide comme la vessie, & ajoutent que les enfans digerent les eaux qui passent dans l'estomac, comme nous digerons nos bouillons. Si on met cette liqueur au feu, on la convertit en gelée, disent-ils, encore.

Il se peut que les eaux entrent dans l'estomac par la bouche & par le nez du fœtus, en passant par l'œsophage; que ces eaux se joignent à la bile qui doit se former dans le foie, & couler dans les intestins, pour former le meconium; mais cet excrément n'auroit jamais la couleur & la qualité du meconium, sans la bile dont je viens de parler. Il manquoit cette réflexion aux Accoucheurs dont je fais mention. A l'égard des pores absorbans qui servent aussi à former le meconium; je ne comprends rien à cette idée.

Des maladies du Fœtus.

Il est certain que les enfans peuvent être malades dans le sein de leur mere; ils y meurent même; mais connoît-on bien les espèces de maladies auxquelles ils sont sujets? On fait qu'ils éprouvent celles de *serosa colluvie*; l'hydrocephalie le prouve. Je ne crois pas qu'ils soient sujets aux inflammations; ils sont toujours dans l'eau; d'ailleurs, leur crue est très-rapide, ce qui employe les fucs, & qui prouve la mollesse de leur fibres. Cependant, les acrimonies de la mere passent dans l'enfant, comme dans l'icorbut, la vérole, &c. Dans la petite vérole, la mere la communique à son fruit, & elle accouche presque toujours dans cette maladie. Les convulsions des meres passent aux enfans, les épilepsies occasionnent aux enfans des convulsions qui les font périr dans les dix premiers mois de naissance.

Les femmes se plaignent quelquefois de ce que leurs enfans se remuent singulièrement; ils les font même crier, ce qui peut faire croire que les enfans sont sujets à des convulsions. En traitant la mere, on traite le fœtus dans quelque maladie que ce soit. On a vu des femmes grosses de six mois avoir la petite vérole, étant guéries, accoucher à huit mois d'un enfant guéri & taché de la petite vérole. Il n'y a aucun moyen de diagnostic pour l'enfant; & quand même nous en aurions, cela ne serviroit de rien, puisqu'on traite toujours la mere.

Cependant, par rapport aux convulsions, il faut bien distinguer l'espèce de ce mouvement. S'il se fait d'une manière réglée, sur-tout la nuit, ils peuvent être naturels; ou

cherche cependant à les calmer par quelque petite saignée, émulsions, &c. Mais quand il y a des secousses irrégulières avec une forte de tremblement qui fatigue & donne aux meres de la crainte, & quelquefois les fait souffrir & maigrir, on a vu la mort du fœtus précédée d'un tel mouvement, que la mere en est tombée en syncope; on a vu même des fœtus rompre & déchirer la matrice, & se répandre dans le bas-ventre, ce qui n'est pas si rare que l'on pense. Les femmes en ce cas meurent en très-peu de temps. Ces mouvemens convulsifs du fœtus paroissent d'abord peu de chose; mais ils deviennent de conséquence: il faut un peu d'habitude pour les reconnoître & les prévenir, s'il est possible.

Des Membranes qui embrassent le Fœtus.

Le fœtus & le placenta sont enveloppés de membranes qui servent à contenir les eaux, le *chorion* est la membrane pulpeuse extérieure, qui se répand sur le placenta, & par laquelle il est attaché à la surface interne de la matrice. Si on examine la matrice, on voit dans sa partie interne des porosités sans nombre; mais on n'y apperçoit aucune éminence ni excavation, comme quelques-uns l'ont cru. C'est donc une erreur de croire que le placenta tient à la matrice par engrenure. Il est vrai que la face interne de la matrice au bout de cinq à six mois est exaspérée, inégale. Ces inégalités sont formées par les *lacertuli* de la membrane charnue; la vessie intérieurement est l'image de ce que présente la matrice d'une femme grosse de quatre à cinq mois.

On a voulu dire de-là que la face interne de la matrice, & l'externe du placenta étoient *chamgrénées*, chargées de petits boutons, auxquels on a donné le nom de tubercules, par lesquels se faisoient l'adhérence. C'est une erreur. La surface interne de la matrice est unie, comme on a déjà dit, ainsi que l'externe du placenta; mais le tomentum qui est à la superficie du placenta, accomode ses radicules avec les pores de la matrice, ce que nous avons déjà dit plusieurs fois, à-peu-près comme les racines d'une plante s'infèrent dans la terre; & comme la sangsue tire le sang des parties sur lesquelles elle est appliquée.

L'*amnios*, qui est la membrane interne, n'enveloppe que le fœtus. Cette membrane intérieure est plus fine & plus transparente. On peut avoir recours aux planches, pour en connoître la figure & la situation.

Sur les différens effets de la Grossesse.

Pendant tout le temps où l'enfant fait peu de consommation, où le placenta attire peu, les règles doivent s'accumuler, les femmes deviennent plethoriques; quelquefois elles sont soulagées par des saignemens de nez, qu'il se faut bien donner de garde d'arrêter. Ce n'est donc point un mal, si on voit arriver les règles quelquefois; car dans les premiers mois, le sang est plus abondant.

La nature est admirable en tout ce qu'elle opere; rien n'est inutile; les dégoûts & les vomissemens au commencement de la grossesse sont avantageux. Par le moyen de ces dégoûts, elles mangent peu, & diminuent les effets de la plethore, qui seroit capable, par l'abondance du sang, de détacher le placenta, & de causer d'autres accidens à la mere. Lorsque la consommation du fœtus est plus grande, l'appétit renaît, & on voit alors des femmes qui mangent beaucoup plus qu'avant leur grossesse.

Vers le milieu de la grossesse, l'enfant consume à-peu-près ce qui pourroit être emporté par les règles, & par l'humidité qui transue par les pores de la matrice; de sorte que les femmes ne seroient pas dans l'état convenable, si dans le premier mois il ne s'étoit fait une conjection sanguine. Mais comme dans les quatre premiers mois l'enfant n'a pas consommé l'équivalent de ce qui s'est amassé, cette conjection existe toujours; elle sert alors; mais elle ne s'augmente pas; au contraire, elle diminue, parce que l'enfant & le placenta croissent insensiblement. Si la nature prévoyante n'eût fait ce magasin, l'enfant, dans les derniers mois, auroit affamé la mere; alors il vit aux dépens de la mere; il consume au-delà de ce qui se seroit consommé par les règles, & l'état de plethore se change en vacuité, en inanition: de-là, la maigreur de la mere, sa foiblesse & sa voracité, &c.

D'après ce principe, la raison suffira pour faire voir qu'on ne doit jamais saigner à la fin de la grossesse, mais bien au commencement; que si on le fait sur la fin, ce n'est pas pour la grossesse, mais pour des accidens dont nous parlerons ci-après.

Quand la matrice est petite, elle est fort à son aise dans le bassin; elle ne gêne point les parties voisines; mais à mesure que l'enfant augmente, elle s'emplit toujours au dépens du vagin. M. Petit a donné sur cela des mémoires très-intéressans. La matrice ne peut s'accroître ni s'élever, sans presser les parties voisines. Dans son accroissement, le fond se porte sur le devant, & son orifice en arriere; le rectum alors, & les vaisseaux hypogastriques souffrent une compression qui devient de plus en plus considérable. A six mois, la matrice est hors du bassin; elle s'appuie sur les bords, & presse le psoas, les veines & les artères iliaques, les lombaires & les nerfs. De cette pression naissent des accidens auxquels on doit avoir égard. Il arrive alors que le sang ne pouvant remonter facilement, occasionne des varices, des tumefactions œdémateuses; les mouvemens de la cuisse & de la jambe deviennent difficiles & douloureux, sur-tout dans les derniers temps.

La pression de la matrice sur les artères occasionne encore des effets plus considérables. Dans l'endroit de la compression, le sang trouvant une digue qu'il ne peut quelquefois pas vaincre, même dans les artères, dont les tuniques sont encore plus fortes que dans les veines, il reflue vers les mammelles, & les gonfle. Si la nature n'eût donné cette ressource, le sang auroit monté au cerveau en plus grande abondance, & fait de terribles ravages dans les femmes délicates; il leur occasionne des vertiges & des oppressions: malgré cette ressource, par la trop grande pression, il reflue dans une femme forte; mais ces accidens ne sont pas tant à craindre; le reflux leur cause tout au plus quelques maux de tête, & quelques saignemens de nez, qui n'ont aucune suite.

On doit partir de la cause de tous les maux, pour y apporter remède. On voit ici que ces accidens dans la grossesse ne viennent que du refoulement du sang, causé par la pression du sang par la matrice, & il faut y pourvoir par des positions & de légères saignées.

Les artères & les veines iliaques ne sont pas les seules parties qui souffrent du poids de la matrice. Les nerfs & les muscles y sont également exposés; d'où il résulte des effets locaux & généraux, comme ceux-ci. Les femmes ont les cuisses alors & les jambes engourdis; elles les fléchissent difficilement; elles marchent avec peine, par la compression du psoas. Ce ne sont pas encore là les seuls maux; les nerfs ne peuvent se dégorger du fluide qu'ils charient; il se fait un reflux dans la moëlle de l'épine. Ce reflux ici démontré est une preuve de ce que j'ai dit ci-devant en 1750, au sujet de la circulation des esprits animaux, du cervellet dans toutes les parties du corps, & de toutes les parties du corps dans le cerveau; ce reflux, dis-je, alors se jette dans la moëlle de l'épine, & dans tout le système nerveux. Ce que les parties inférieures reçoivent de moins, les parties supérieures le reçoivent de trop. Aussi les femmes sur la fin de leur grossesse éprouvent-elles dans les parties supérieures une sensibilité qu'elles ne connoissoient pas auparavant, & des insomnies, des feux dans la tête, &c. Ce reflux est cependant une ressource; il fournit un réservoir de force, pour aider au moment de l'accouchement, dans l'instant où les femmes doivent agir avec plus de vigueur.

Des impressions de la Femme enceinte.

Marie Stuart, Reine d'Ecosse, étoit vive, douce, d'une complexion amoureuse; elle aimoit aussi les Arts, & les favorisait. Cette Princesse avoit une intrigue avec un Musicien Italien. Le Roi en ayant été instruit, entra dans la chambre de la Reine, dans le temps même qu'elle étoit à table avec son amant, qu'il perça de plusieurs coups d'épée, malgré la résistance de la Reine, qui pour le défendre le cachoit sous sa robe. Elle ne put soutenir la vue d'un si sanglant spectacle sans se trouver mal: elle étoit pour lors grosse de Jacques I^{er}. qui fut Roi d'Angleterre, qui ne pouvoit voir une épée nue sans s'évanouir, de quelle façon qu'on la lui présentât. Les Physiciens de ce temps attribuent cette foiblesse à la catastrophe dont la mere avoit été frappée dans sa grossesse.

Il ne s'enfuit pas de-là que l'imagination soit assez forte pour changer l'enfant; de sorte qu'une mere qui aura été frappée à la vue d'un monstre en mette un au monde, ou qu'une femme qui aura vu rouer un homme accouche d'un enfant qui aura les membres rompus; il faut borner le pouvoir de l'imagination; elle peut bien influer sur le caractère de l'enfant, & non sur ses membres; & jamais un monstre ne fut l'effet de l'imagination.

Quelques-uns disent cependant qu'on a vu des femmes, qui, après avoir assisté à de cruelles expéditions: celle, par exemple, qui avoit vu rompre à Paris un homme, & qu'on a prétendu qu'elle avoit fait un enfant, dont les membres étoient rompus. Ce fait a été démenti dans le temps par la plupart des Accoucheurs. M. Petit n'en croit rien avec raison. Il est cependant vrai que j'ai vu à Roquevaire en Provence, une fille âgée alors de sept ans, qui avoit sur le milieu du front la tête du gland du pénis bien formée & bien caractérisée, avec toutes ses couleurs & dimensions, même avec une espèce de marque à l'extrémité qui dénotoit l'ouverture du canal de l'urètre. Cette fille d'ailleurs étoit belle & bien faite; elle appartenoit à un Aubergiste; on lui cachoit le front avec un bandeau de mousseline. Je ne fais ce qu'elle est devenue, & si on lui a fait l'emputation d'une excroissance si extraordinaire. La mere qui eut la complaisance de me montrer cette curiosité, convenoit avoir été affectée dans le commencement de sa grossesse, de cette partie du corps humain; qu'elle l'avoit toujours présente à l'imagination. Il est certain que l'on voit de ces fortes d'impressions des meres portées sur les enfans; mais ces effets extraordinaires, où il est question d'idée, ne sont pas susceptibles de raisonnement; ils prouvent seulement l'activité des idées, & leur force sur les corps qui leur sont soumis.

Concernant les saignées des Femmes enceintes, & l'effet des Remedes.

Les remedes de précaution dans les femmes grosses sont les saignées, les purgations, quelquefois les confortatifs & les stomachiques. Il est prudent de saigner les femmes au terme de trois ou quatre mois. Les femmes du peuple n'en ont pas besoin, à moins qu'elles ne soient trop plethoriques, parce qu'ordinairement leur grand exercice les garantit des effets de la plethore.

Les saignées doivent être petites. L'expérience a fait voir que les grandes saignées étoient nuisibles; elles exposent souvent à avoir de fausses couches. Toute grande évacuation du sang est contraire aux femmes grosses; même en état de plethore. Il faut que cette évacuation se fasse par degrés. Par exemple, à une femme délicate, ne tirer d'abord qu'une palette & demie de sang, & le lendemain réitérer la saignée de la même quantité. Dans une femme forte, on peut tirer deux palettes de sang le matin & autant le soir; elle s'en porte mieux, & ne court aucun risque, en partageant ainsi la quantité de sang qu'on veut lui tirer. M. Petit assure s'être très-bien trouvé de cette pratique.

Il est facile de donner la raison pourquoi une trop grande évacuation est nuisible. La circulation de la mere à l'enfant s'établit par des vaisseaux très-petits, dans lesquels le mouvement est insensible. Cette circulation se fait avec une lenteur extraordinaire. Quand on fait des saignées trop copieuses, la femme tombe en syncope, le sang ne circule plus, & la vie est presque éteinte. Cela posé, il est clair que le sang cessant de circuler, comme à l'ordinaire, étant beaucoup ralenti dans les gros vaisseaux, le mouvement cesse dans les capillaires, & l'enfant meurt. Quand une femme est attaquée de convulsion, l'Accoucheur doit sur le champ y porter remède en diligence avec des boissons adoucissantes. La saignée est alors dangereuse, les convulsions arrêtent la circulation de la mere à l'enfant. Dans tout autre cas, la saignée tient le premier rang parmi les remedes généraux. C'est une sage précaution, comme l'on vient de dire, de l'employer après le troisième mois de la suppression des règles, parce que la plethore occasionnant une grande plénitude, la saignée enleve le surabondant. Elle est évacuatoire. On en tire encore un autre effet non moins avantageux; c'est qu'elle diminue de la sensibilité des nerfs, en les distendant. Ainsi, la saignée du bras est bonne dans le temps de la grossesse.

Toutes les femmes cependant n'en ont pas besoin; mais c'est un usage en France de saigner après le troisième mois révolu. Avant ce temps, la saignée seroit inutile & même dangereuse, parce qu'une femme peut supporter deux fois la suppression de ses règles, sans être incommodée. Elle peut être dangereuse, en ce que l'embrion est si foible, & la cohérence du placenta à la matrice est si délicate, qu'elle pourroit en rompre les liens, déranger la circulation de communication, & désorganiser les fibres du fœtus. Le syncope peut encore survenir, décoller le placenta, & causer d'autres désordres. Le troisième mois révolu, on n'a rien à craindre de ces accidens.

La saignée ne convient pas à toutes les femmes; il y en a qui sont plethoriques; d'autres qui ne le sont pas. Il est évident qu'il ne faut pas saigner celles-ci; il y a aussi des femmes fluettes, délicates, qui ont peu de sang; il seroit dangereux de les saigner; mais ces femmes qui ont un beau teint, qui se portent bien, qui mangent à-peu-près autant qu'à leur ordinaire, on doit les saigner.

Il n'est pas étonnant de voir des femmes fortes qui se portent bien, faire des enfans foibles & délicats. Il y a des femmes qui avortent autant de fois qu'elles conçoivent, & souvent la cause de ces accidens fâcheux vient de la plethore, si considérable, que la colonne de sang qui va heurter les couloirs du placenta, empêche que les vaisseaux ne s'anastomosent, ce qui cause l'avortement. Si on diminue la masse du sang, on remédie à tous ces inconvéniens. Dans ce cas, on doit saigner, même avant le troisième mois, & réitérer la saignée de six en six semaines. M. Petit dit avoir conservé par ce secret, connu de peu de monde, mais cependant très-simple & très-efficace, la vie à plus de trente enfans.

L'habitude de saigner sur la fin de la grossesse, à cause, dit-on, que la saignée, quelques semaines avant le terme, est une bonne précaution, pour éviter l'abondance des pertes, lorsque le placenta se détache. Ce raisonnement porte à faux, parce que dans ce temps il n'y a plus de plethore générale; la femme l'épuise, par la quantité de suc que l'enfant absorbe. Ainsi, il ne faut pas saigner; ce seroit faire un grand mal, pour en retirer un bien petit avantage, à moins qu'il n'y ait des cas particuliers, comme nous avons observé. L'expérience prouve que dans ce temps, elle accélère l'accouchement, ce qui est dangereux, parce que l'enfant ne fera pas peut-être placé comme il convient; la matrice prête à se contracter, il y a moins de danger de retarder l'accouchement, que de l'accélérer. Les Anciens ont cru la saignée du pied mortelle pour les enfans dans le sein de leurs meres; elle fait plutôt tomber en syncope que celle du bras.

Les émétiques peuvent être comptés parmi les remedes généraux; mais dans la grossesse, dans quelque point qu'elle puisse être, soit au commencement, au milieu, ou à la fin, pour quelque maladie qu'il survienne, on ne doit jamais s'en servir. Il n'y a pas de meilleur moyen pour procurer l'avortement. Ces remedes violens ne manquent jamais de faire mourir l'enfant. Ainsi, ils doivent être proscrire, surtout ceux qui agissent avec trop de puissance, comme le tartre stibié, le quinquina, le tartre vitriolique, &c. Ceux qui ne donnent que quelques nausées, sont moins dangereux; mais généralement il faut les proscrire.

Les purgatifs ordinaires conviennent dans presque tous les temps de la grossesse. Après les deux premiers mois, dans le temps que les femmes ont perdu l'appétit & digèrent mal, il se fait saburre dans les premières voies; l'estomac ne faisant pas ses fonctions, les purgatifs peuvent les réparer. Dans les derniers temps, les femmes sont voraces; il se fait des amas de mauvaise matiere; les purgatifs la dissipent. Ceux qu'on doit employer, sont la rhubarbe, le séné, le jus des pruneaux, les tamarins, les amers, les modérés, les moyens; mais jamais, comme nous avons dit, les remedes violens, les résineux, les drastiques, qui font autant de ravage que l'émétique.

Toutes les femmes n'ont pas besoin d'être purgées, comme toutes n'ont pas besoin de saignées. Celles qui sont bien toutes leurs fonctions, qui n'ont point de saburre, n'ont pas besoin de purgatifs; il ne faut jamais purger dans les premiers mois de la grossesse, comme je viens de dire, mais vers le troisième, au plutôt; il ne faut pas aussi purger dans la dernière quinzaine, parce que dans ce temps les purgatifs seroient les mêmes effets que la saignée; ils accéléreroient l'accouchement, à cause de l'irritation qui se communique des intestins à la matrice. Il faut donc alors s'en abstenir, à

moins

moins qu'il n'y ait nécessité absolue. Ce précepte est contraire à celui que suivent plusieurs praticiens ; mais il n'en est pas moins vrai que la méthode opposée est très-nuisible.

La manière la plus commode de purger est avec les eaux minérales ; elles agissent plus doucement , en les animant avec un peu de mane , ou de sel de seignette , un demi-gros dans chaque verre. Il ne faut point en prendre beaucoup , parce qu'elles occasionnent plethore ; le besoin doit décider la quantité.

Les bains sont généralement en usage ; je suis d'avis qu'il faut s'en abstenir. Ceux du sentiment contraire disent « qu'ils rendent la fibre plus souple , dilatent la matrice , & favorisent l'accroissement du fœtus ». Pour mieux appuyer leur sentiment , ils ont imaginé que la matrice a tant de difficulté à se prêter à son accroissement , & à celui de l'enfant , qu'on ne sauroit trop & trop tôt employer les médicaments propres à obvier à tous ces maux », qui sont , selon ces Auteurs , les bains.

L'expérience a fait voir , & prouve encore tous les jours la fausseté de ce raisonnement. Pour s'en convaincre , il suffit de considérer la matrice en l'état de santé.

C'est un défaut , & même très-considérable , lorsque la matrice n'est pas fermement attachée au placenta , quand ses attaches ne sont pas assez fermes. Or , c'est ce que sont les bains ; l'enfant alors croît trop tôt , les pertes sont considérables ; parce que tout le sang est refoulé en dedans , comme nous le verrons dans la suite , & l'avortement en est souvent le fruit. Ce n'est pas encore le seul inconvénient qui résulte de la méthode des bains , dans les quatre premiers mois de la grossesse. Or , la plethore est une contre-indication pour les bains , ce qu'il est facile de démontrer.

L'eau pèse considérablement plus que l'air qui nous environne , de sorte qu'un corps plongé dans ce premier fluide est plusieurs milliers de fois plus pressé que dans le dernier. La pression que font les bains sur la superficie du corps , diminue le volume & la capacité de toutes les veines à l'extérieur ; le sang est refoulé à l'intérieur , où il suit la route qui lui offre moins de résistance. La tête étant hors de l'eau & ne recevant d'autre pression que celle de l'air , reçoit tout le sang des parties inférieures , & devient le siège de la plethore , qui y fait d'autant plus de ravage , que l'affluence du sang dans les femmes grosses y est déjà assez considérable , par les raisons que nous avons dites aussi ; des bains : arrive les étourdissemens , le gonflement & la rougeur des yeux , le tintement des oreilles , l'abattement , la stupidité & quelquefois la mort même.

Les bains sont donc nuisibles aux femmes grosses ? Au commencement de la grossesse , ils exposent à de fausses couches , à cause de la plethore universelle , qui fait que le sang qui est refoulé dans le bas-ventre , se porte dans la matrice , & la frappe d'autant plus fort , que la quantité est plus grande à la fin de la grossesse ; ils exposent à des coups de sang , à l'apoplexie. Les bains sont même très-nuisibles aux personnes saines qui y restent trop long-temps. Que doit-on donc en attendre pour les femmes grosses.

Les narcotiques ne conviennent pas non plus aux femmes grosses ; il faut les éloigner absolument. Il y a cependant quelques cas particuliers où on peut les employer pour empêcher les fausses couches ; pour lors l'opium est très-bon. On l'emploie aussi , selon quelques Auteurs , sur la fin de la grossesse en petite dose , pour distendre les nerfs , & diminuer la sensibilité ; mais aussi , si la dose est un peu trop forte , ils suspendent la communication de la mere à l'enfant , & font l'effet de la vapeur du charbon , c'est-à-dire , qu'ils procurent l'avortement. L'usage de ce remède est donc dangereux ; & dans la nécessité de s'en servir , comme nous venons de dire , ce qui est rare , hormis que l'on ne soupçonne une trop grande activité dans la circulation entre la mere & l'enfant , il faut y apporter toute l'attention possible.

Les appétitifs doivent être également suspendus pendant la grossesse. Il est très-difficile , quand on y a recours , de rencontrer le point d'un certain milieu entre le trop & le trop peu , & encore plus difficile de conserver ce milieu si nécessaire. Si on administre en trop grande quantité les appétitifs , ils corrompent la lymphe qui doit servir de principale nourriture à l'enfant. En trop petite quantité ils ne font aucun effet.

Lorsqu'une femme grosse a des glandes , des obstructions ,

&c. il faut suspendre les remèdes , parce qu'on ne peut les donner qu'à petites doses ; pour lors ils ne font rien , & lorsqu'on les donne en assez grande quantité pour agir , ils font beaucoup de mal.

On voit des femmes grosses qui se portent mieux qu'avant leur grossesse. A la campagne , le nombre en est considérable ; dans les villes , il y en a quelques-unes parmi le peuple ; mais à peine en trouve-t-on parmi les Grands. Quelques-unes même sont guéries pendant ce temps de plusieurs maladies , de l'hiterisme , &c. Celles qui sont sujettes au crachement de sang doivent se modérer sur les plaisirs de l'amour & le nombre des enfans.

De l'Avortement , & les règles qu'il faut suivre pour éviter les accidens.

Une femme peut avorter pendant tout le temps de sa grossesse ; mais dans quelque temps que ce soit , si l'enfant vit , ce ne sera pas un avortement. L'expérience a démontré qu'à sept mois l'enfant peut vivre. Ainsi , il n'y a avortement que depuis le premier mois jusqu'au septième. C'est ce que nous allons voir.

Les fausses couches ; c'est ce que les anciens appelloient avortement. On les distingue maintenant en *fluxion* , en *germe avorté* , & en *fausses couches*. On appelle fluxion cette espèce de glu sans organisation , qui ressemble à un mucilage épais qui sort du premier au septième ou huitième jour , ce qui se fait sans douleur & sans perte de sang. Quand une femme avorte les six premières semaines , & que ce qu'elle rend ressemble à un gésier , revêtu d'une espèce de poche polie , qui contient un peu d'eau , & qu'on aperçoit à peine les traces d'un enfant , on appelle cet avortement *germe avorté* , ou *faux germe*. On dit alors par ignorance , ou pour tranquilliser la conscience des femmes , par la faute de quelques arrivent ordinairement ces avortemens , qu'au commencement de la conception il ne s'est formé qu'une masse charnue. Cela est faux. La conception est toujours régulière ; mais les exercices violens , qui procurent la désorganisation , en font le plus souvent la cause. Le placenta absorbe le sang de l'enfant , sa substance se change en eau. La nutrition ne se fait point , ses principes se confondent , & ne forment plus qu'une masse informe , & c'est alors qu'on dit avoir fait un faux germe.

On distingue encore différentes espèces d'avortemens , à raison des temps où ils se font , & de la manière dont ils se font. Les uns se font *quasi spontané* , sans presque aucune douleur , d'autres plus violemment. L'avortement est toujours plus dangereux que l'accouchement. Les accidens se tirent des causes qui les occasionnent. La première est la construction de la matrice.

Lorsqu'un enfant vient au monde avant le terme fixé par la nature , il ne peut pas jouir du ressort de l'air , ses poumons sont trop foibles ; ils sont trop affaiblis ; s'il respire , il n'a pas la force de têter , & si on lui donne du lait , son estomac ne peut le digérer. De quelque manière qu'on s'y prenne , on ne peut lui prolonger la vie.

Les causes qui peuvent procurer l'avortement sont disposantes ou déterminantes. Les disposantes sont la ténuité des fibres de la matrice , Hyppocrate le remarque ; la trop grande sensibilité ; la trop grande humidité de la matrice , ou sa trop grande sécheresse ; l'excès du plethore , ou la trop grande plénitude des vaisseaux sanguins de la matrice. Toutes ces choses nuisent au germe ; l'humidité de la matrice empêche l'adhérence du placenta , & la sécheresse empêche les fibres de se distendre ; la plénitude des vaisseaux produit l'engorgement , & la trop grande quantité de sang qui passe par la matrice , la désorganisation.

L'hydropisie , les obstructions de la matrice , la chaleur des entrailles , les coups donnés sur le ventre , & généralement tout ce qui peut faire contracter la matrice , soit de la part de la mere ou de l'enfant , cause l'avortement. Tout ce qui épuise la mere , comme le dévouement , l'abondance de la salivation , l'hémorrhagie ; une saignée trop copieuse est aussi cause de l'avortement. *Si sanguis mulieri gravida mitatur qui deficiunt abortiunt. Par ce deficiunt* , il entend la sincope.

Quand l'enfant meurt , la mere avorte ; la circulation de la mere à l'enfant est arrêtée ; le placenta reçoit & absorbe tous les sucs ; ils se gonflent & s'obstruent. Le sang qui ne par-

vient plus jusqu'à l'enfant reste dans le paranchime ; les fermentens de mal-aise que ressent la matrice l'obligent à se contracter, pour chasser le corps qui lui nuit, qui est alors pour elle un corps étranger. On voit donc que ce qui contractera trop fort la matrice causera l'avortement. La cause déterminante est donc la contraction de la matrice. Les coups donnés sur le ventre, la presse où se trouve quelquefois une femme, la colere à laquelle elle s'abandonne, toutes les grandes passions de l'ame ; les fièvres intermittentes procurent aussi l'avortement. Les bonnes femmes croient alors que c'est la chaleur de la fièvre qui fait bouillir l'eau contenue dans la matrice, & cuit pour ainsi dire l'enfant. La vraie cause alors de l'avortement, c'est l'éretisme. La chaleur des fièvres ne tue jamais ; c'est le frisson, parce que dans ce temps, la circulation est si lente, qu'à peine existe-t-elle dans les capillaires, qui joignent le placenta à la matrice. On voit quelquefois des hommes très-robustes périr dans le frisson. On ne doit donc pas être surpris des terribles effets qu'il opere sur les femmes grosses. Certaines vapeurs engourdissantes causent aussi quelquefois l'avortement. On a des exemples qui ne sont que trop communs dans la vapeur du charbon.

Les symptômes de l'avortement sont les douleurs de reins plus ou moins aiguës qui se font sentir. Les parties naturelles deviennent humides ; il sort d'abord quelque matiere glaireuse, ensuite du sang ; des douleurs cuisantes surviennent ; le poulx s'éleve ; la chaleur de la peau augmente ; les mammelles se gonflent ; la matrice s'ouvre, & l'enfant sort : aussi-tôt les douleurs cessent ; les douleurs discontinuent ; il en reste seulement un petit sentiment pendant dix jours.

Les douleurs de reins viennent de la contraction de la matrice, à cause des ligamens qui y sont attachés. Les pertes viennent de ce que par la contraction de la matrice, le placenta s'en détache, les vaisseaux restent ouverts. Souvent le sang coule tout clair, & d'autres fois par caillots. Il sort clair, quand la matrice est très-ouverte, & lors qu'elle ne l'est pas, il ne sort que goutte à goutte, & le sang se coagule en dedans.

On voit alors le poulx s'élever, la peau s'échauffer, & un grand désordre dans tout le corps ; le gonflement des mammelles cesse, à cause des grandes pertes.

On connoît qu'une femme est prête d'avorter, par tout ce que nous venons de dire, & par le toucher. C'est par-là qu'on distingue si le sang qui coule est le sang des règles, ou le sang qui précède l'avortement. Une femme a perdu ses règles depuis un mois & demi ou deux ; elle sent des douleurs de reins, sa peau s'échauffe, &c. Si l'orifice se dilate au toucher, soyez persuadé de l'avortement, parce que dans les règles il ne se dilate point du tout, ou du moins très-peu.

Si l'avortement se fait au commencement de la grossesse, il n'y a rien à craindre ; mais si elle est déjà avancée, il y a plus de danger, parce que les pertes sont plus considérables. Quand c'est au commencement de la grossesse, il est à désirer que ce placenta sorte le premier, parce qu'étant plus gros que l'enfant, il lui frayera la route, & c'est tout le contraire, lorsque l'enfant approche de son terme. C'est ce que nous avons déjà dit.

Ce qu'il y a à craindre ne se borne pas à ce que l'enfant perde la vie ; il la perd toujours ; mais il y a aussi à craindre pour la mere. Si c'est pour la premiere fois qu'elle conçoit, il est presque sûr qu'elle restera stérile, ou que si elle conçoit elle avortera. On en donne facilement la raison, en disant que la trop grande contraction déformant la matrice, qui ne se rétablit pas. Ces malheurs ne manquent jamais de produire ces mauvais effets dans les femmes d'un tempérament délicat. Les femmes qui ont déjà fait plusieurs enfans n'ont pas la même chose à craindre, parce que l'organisation de la matrice est assurée, plus ferme, & pour ainsi dire aguerie, qu'aucun avortement ne peut la déranger.

Lorsque l'avortement est décidé, il faut d'abord avoir soin de placer la malade dans un lieu qui ne soit ni trop chaud, ni trop froid. Une trop grande chaleur dilate les vaisseaux, augmente les pertes, & cause l'hémorrhagie ; le froid au contraire cause un faiblissement qui donne aux fibres du corps une tension plus forte que la tension ordinaire, & excite trop de contraction. Le repos n'est pas moins nécessaire que le bon régime réglé. Le mouvement & l'agitation loin de prévenir le mal, l'accroissent. Il faut qu'une femme

soit au lit, les reins un peu élevés, de façon que la tête ne soit pas trop en arriere, les cuisses collées l'une contre l'autre, & un peu pliées. On doit avoir le plus grand soin, lorsque la femme est ainsi dans le repos, d'éloigner tout ce qui pourroit émouvoir sa sensibilité, ne lui pas faire soupçonner qu'elle est exposée à l'avortement. Souvent la colere, l'impatience, les menaces, ont fait plus de mal que toutes les causes physiques.

L'orifice de la matrice étant ouvert, & les caillots arrivant, lorsqu'on sent le corps de l'enfant qui s'avance, & le jugeant mort, il ne faut plus penser qu'à la conservation de la mere, qui peut se trouver dans trois cas, auxquels il faut avoir égard.

Le premier est celui où la masse contenue dans la matrice fort d'un tiers, ou de moitié de son volume, autant qu'on peut l'estimer par la grosseur de la femme.

Dans le second, il ne se présente à l'orifice de la matrice qu'une petite masse en forme de crête.

Le troisième cas est lorsqu'il ne se présente rien, & que les douleurs sont toujours vives, & les pertes abondantes.

Dans le premier cas, il faut profiter de l'instant où la femme sent une douleur ; il faut porter la main sous le vagin, passer l'autre sous la cuisse. Si la douleur tarde, on la fait naître par une légère irritation ; on profite du moment. L'effort que fait la mere pour chasser l'enfant, & l'adresse de l'Accoucheur qui a ses trois doigts dans le vagin, achevent l'avortement ; il n'y a rien à craindre. On traite ensuite la femme avec autant & même plus de soin qu'une femme nouvellement accouchée.

Dans le second cas, comme ce qui avance hors de la matrice est peu de chose, que les douleurs sont vives, que la femme est réduite à l'*animi deliquiare*, il ne faut, ni porter la main, ni employer les narcotiques qui engourdissent. Sufit quelques cordiaux doux, quelques légers astringens, pour réveiller & augmenter l'irritation de la matrice. Si on prenoit ce qui sort, on le déchireroit ; les petites portions ôtées romproient des vaisseaux, l'hémorrhagie surviendrait ; d'ailleurs ce qui sortoit tenoit la matrice ouverte ; elle se fermera, & il faudra attendre par force d'autres douleurs. Il est donc plus prudent d'attendre un travail plus avancé que de rompre d'abord les petites portions qui paroissent.

Enfin, dans le troisième cas, il ne sort plus rien ; on a déchiré ce qui sortoit. Ce cas est terrible, à cause de la hauteur de l'orifice. Il faut avoir recours aux saignées, aux narcotiques. On porte un doigt, ensuite un second ; on tâche d'arriver au fond, & de saisir avec les deux doigts cette masse, & on la fait sortir par l'orifice que les deux doigts ont dilaté. Cela ne réussit pas toujours. Cette opération est même très-difficile. On a imaginé une petite pince, mais je ne parle pas ici des accouchemens forcés, au moyen des instrumens. On connoît les Auteurs qui ont traité cette matiere, & on peut y avoir recours. Mon plan ne consiste qu'à définir, en Anatomiste Physicien, tout ce qui peut regarder la grossesse & l'accouchement, & les moyens de secourir les femmes dans leur travail avec les instrumens des premiers Accoucheurs, qui sont les doigts. De dix femmes que l'on accouche avec le fer, il en périt neuf. Pour peu qu'il y ait jour de délivrer la personne d'une autre façon, en excitant plus fortement la contraction de la matrice, & la dilation de l'orifice, il faut le faire. Cela m'a réussi à Nice sur une femme qui ne voulut pas entendre parler de ferrement. Il faut ensuite avoir beaucoup de soin d'une femme qui sort d'un travail si dangereux.

Il y a un quatrième cas dans ces avortemens ; c'est celui où le germe est sorti de la matrice, & tombé dans le vagin. Le placenta s'y est altéré, le faux germe qui s'est confondu s'est pourri, & a formé un tampon. Il faut saisir ce corps avec deux ou trois doigts, & le tirer dehors. Ce cas n'offre aucune difficulté, quand on est instruit. On met alors la femme à un petit régime doux, & on lui donne un peu de repos, &c. moyennant ce que nous venons de dire de ce quatrième cas, il faut observer, que quand on a fait mettre au lit une femme menacée d'avortement, il faut avoir soin, vingt-quatre heures après, & plusieurs fois de temps en temps, d'examiner si la cessation des symptômes ne vient point de ce que le germe est tombé dans le vagin.

On croit avec raison qu'une femme grosse est moins exposée aux maux vénériens, & aux ravages qu'ils occasionnent ; mais on fait aussi qu'il faut apporter plus d'attention

dans le traitement de ces maladies, quand elles en sont atteintes. Il est rare qu'une femme fautive d'une vérole complète conçoive. Si cependant elle a conçu, il est plus rare encore qu'elle arrive à terme sans avortement. L'expérience démontre que ces femmes avortent dans le troisième ou quatrième mois, ou tout au plus tard dans le cinquième; quelquefois elles avortent encore plutôt.

Cet avortement beaucoup moins dangereux que ceux qui ont d'autres causes, procède de ce que les fucs qui vont à la matrice sont dépravés, ont beaucoup d'acrimonie, qui détruit & déorganise le corps de l'enfant, qui est d'une délicatesse infinie. Cette acrimonie est causée par les coneretions de la lymphé (comme nous détaillons dans notre *Exposition anatomique des moux vénériens, &c.*) Le virus produit encore un autre effet sur la matrice; il irrite ses fibres, les fait entrer en spasme, & par la contraction convulsive qu'il occasionne, intercepte la circulation de la matrice au placenta.

Les avortemens causés par les maladies vénériennes ont quelque chose qui leur est propre; ils n'ont besoin ni de chute, ni de fièvre, ni des grandes passions; ils viennent comme d'eux-mêmes, la femme ressent d'abord des douleurs aux reins, &c. comme dans les autres avortemens; mais il se termine avec moins de danger & plus promptement. (*Voyez, pour ce qui concerne le traitement, ce que j'ai dit dans mon Exposition citée ci dessus*).

De la Culbute de l'enfant.

Il y a des femmes chez qui cette culbute se fait subitement; mais en général elle se fait petit à petit. Chez certaines femmes, elle se fait quinze jours auparavant l'accouchement; la forme du ventre change. La cause vient des légères contractions de la matrice, qui commence à s'exercer, & d'un autre part, que l'enfant prend une pesanteur spécifique, plus grande que celle de l'eau. Les petits mouvemens de l'enfant aident à cette culbute, ainsi que le poids de sa tête qui entraîne le corps. Il y a cependant des enfans qui ne font point la culbute; quelquefois même il est porté

plus loin, & au lieu de présenter la tête, il présente d'autres parties, la culbute étant portée trop loin, ce qui prouve les causes que nous avons admises.

Des Jumeaux.

Les jumeaux de diverses grosseurs & de diverses forces; plus ou moins bien nourris, & plus ou moins expulsés par la matrice, ont donné lieu à imaginer la *superfétation*. J'ai donné dans mes anciennes observations périodiques, qu'a aujourd'hui M. l'Abbé Rosier, des dissertations critiques, que je ne rapporterai pas ici, qui tendent à prouver mon sentiment. Le retard de l'un des jumeaux, quand même il seroit de trois mois, ne prouve pas la superfétation. Il y a mille causes qui peuvent faire que l'un des jumeaux soit plus petit, moins avancé; l'un des deux peut être malade, l'autre se portant bien. Si un enfant vient long-temps après son jumeau, on peut concevoir la chose; sans admettre la superfétation; car dans l'accouchement le premier enfant étant sorti, a causé la distraction forcée de la matrice. Si le second placenta tient beaucoup, le second enfant peut rester, comme on voit que le placenta reste plusieurs jours après l'accouchement; d'ailleurs la matrice ayant cessé sa contraction par l'accident du premier, & le second se trouvant plus à son aise, il peut rester plus long-temps, & attendre une nouvelle contraction de la matrice, qui peut retarder plusieurs mois dans cette situation. Les exemples des negresses qui ont accouché d'un blanc, ou plutôt d'un mulâtre & d'un noir, ne prouvent rien. L'un des jumeaux peut tenir plus de la mere que du pere, & l'autre être tout opposé.

On conçoit que la génération faite, la matrice est remplie & clausée, & un second germe se brise à l'orifice, & ne sauroit y parvenir. La semence qui porte le germe, peut porter les deux jumeaux à la fois, l'homme ayant deux testicules & deux vésicules séminales, trois même par une conformation extraordinaire; mais les germes reçus, il n'y a plus à parvenir dans l'utérus, la place est prise.

DE L'ACCOUCHEMENT.

L'ACCOUCHEMENT est la sortie de l'enfant à terme du sein de la mere. L'accouchement est naturel, difficile, ou contre nature. On observe, 1°. le temps où il se fait; 2°. la maniere dont il se fait; 3°. le travail.

L'accouchement naturel est celui qui s'opere par les seules forces de la nature. On ne compte pour rien les secours ordinaires des Sages-femmes; il est toujours naturel, lorsqu'il ne s'agit que d'aider un peu, & de donner les soins qui conviennent à une femme en travail, *imperfidus adhuc &c.*

L'accouchement difficile est celui dont la position de l'enfant oblige les femmes à avoir recours au secours des Accoucheurs, ou à celui des plus habiles Sages-femmes. Lorsque par exemple la tête du foetus se trouve engagée dans le petit bassin, ou qu'il présente les fesses, &c.

L'accouchement contre nature est celui dont les obstacles invincibles obligent l'Accoucheur à tirer de force l'enfant, à le mutiler, & à l'arracher par parties, &c. ne pouvant sauver la vie de la mere autrement, ni le mettre au monde dans son entier.

Le temps prescrit pour l'accouchement naturel n'est pas fixé. Les femmes ordinairement accouchent avant les neuf mois accomplis, & quelquefois au neuvième mois précisément; d'autres fois elles passent de quelques jours le neuvième mois, ce qui arrive dans les campagnes; elles portent leur fruit plus long-temps, & avec plus de force, aussi leurs enfans sont-ils plus robustes & leurs accouchemens moins difficiles. Il arrive aussi que les femmes se trompent souvent sur les termes de leur grossesse, ne se croyant enceinte que du moment où elles s'aperçoivent du défaut de leurs règles. Ainsi, la dispute sur la question du temps de la grossesse n'est fondée que sur des conjectures. Les mois lunaires, les mois solaires; rien n'est précisément fixé, en ce qui regarde le terme de l'accouchement naturel. Les accouchemens prématurés sont aussi naturels, si l'enfant vit.

Les enfans de sept mois sont à terme, & vivent ordinairement, même ceux de six, ce qui est rare, & on a toutes les peines imaginables de les élever; car ils meurent toujours à ce terme en venant au monde.

Les femmes accouchent aussi quelquefois à huit mois, à sept mois & demi; mais ces accouchemens prématurés sont toujours naturels, quand l'enfant vit. Les femmes sensibiles, nerveuses, qui ont plus d'eau dans la matrice qu'il ne faut; celles qu'on marie trop reserrées, & les hystériques accouchent prématurément.

La maniere dont se fait l'accouchement. On a cru que l'enfant, las d'être renfermé, cherchoit à sortir, & qu'il opéreroit lui-même tout le mécanisme de l'accouchement. Cette idée ancienne est fautive; cela ne peut arriver ainsi, quand même l'enfant auroit fait la culbute, que sa tête seroit posée sur l'orifice, & ses pieds contre le fond de la matrice, ses efforts seroient vains, si la matrice ne se mettoit en contraction elle-même, & si malheureusement l'enfant seul agissoit, ses mouvemens irréguliers & mal ordonnés, déchireroient la matrice, plutôt que de parvenir à s'en frayer l'issue & la sortie, comme cela est arrivé dans le mouvement convulsif du foetus, ce que nous avons déjà observé ci-dessus dans la grossesse. Le mœconium, l'acrimonie des eaux, le défaut de nourriture, la gêne dans la matrice; toutes ces prétendues causes ne font rien au travail de l'accouchement; l'enfant est purement passif, comme il arrive quand il est mort. S'il fait quelques mouvemens, ils ajoutent peu de chose aux forces de l'accouchement; c'est la matrice elle-même qui est l'agent de tous ces mouvemens. La matrice est un muscle creux; capable de contraction, comme l'estomac, quand une cause le détermine. Il y a d'ailleurs des forces auxiliaires qui agissent avec la matrice.

Le travail est ce sentiment de douleur, effet de la contraction de la matrice. Les douleurs sont vraies ou fausses.

Elles sont fausses, quand elles ne mènent à rien; souvent même ces douleurs ici éloignent l'accouchement. Dans l'accouchement naturel, il n'y a que des vraies douleurs. Les femmes sentent de petites douleurs; elles passent vite, ce qu'on appelle *mouches*, qui durent quelquefois vingt, vingt-quatre, trente-six heures, & même plus: elles prennent aux régions lombaires, & vont au nombril, au lieu que les bonnes vont vers les parties naturelles, & sur le fondement. C'est alors qu'on est près de l'accouchement, quand la femme en travail désire & demande la garde-robe, & lâche même les matières fécales malgré elle. Il y a des femmes qui n'ont presque pas de mouches. Plus elles ont des enfans, moins les mouches sont de durée. Le vrai travail commence, la douleur s'annonce par un resserrement involontaire, interne du bas-ventre; lequel est succédé par la contraction des muscles de l'abdomen. Dans la douleur, tous les muscles de la matrice sont en contraction.

Dans l'intervalle des douleurs, le vagin est humide, & a une chaleur un peu plus forte. Au commencement du travail, l'orifice est haut; il est mollaſſe. Quand la douleur commence, l'orifice s'ouvre un peu; on sent les membranes tendues se présenter à l'orifice, au lieu qu'elles sont molles & plissées quand la douleur cesse. La tumeur formée par les eaux s'efface aussi. Tout ceci sert de signe & de bouſſole à l'accouchement. On a coutume de dire que les *eaux se forment* dans le temps que l'orifice est bandé; & très-aminci. Dans le même temps de la douleur, on ne peut toucher l'enfant qui remonte, à proportion que les eaux s'avancent, ce qui surprend quelquefois les jeunes Sages-femmes & les commençans. Quand la douleur cesse, & que l'orifice redevient mol & plissé, ainsi que les membranes, la tumeur s'efface, & l'enfant retombe sur l'orifice; & c'est dans ce temps que l'on peut juger quelle est la partie que présente l'enfant.

La contraction & les douleurs augmentent ensuite, & la femme fait de grands efforts, l'orifice se dilate en se bandant, la tumeur s'avance, les membranes s'aminçissent, & crevent; c'est-là la *sortie des eaux*; alors on trouve la tête derrière les membranes. S'il se fait encore une petite tumeur, cela n'empêche pas qu'on ne sente la tête qui y reste, & ne s'éloigne plus pendant la douleur. On juge mieux qu'auparavant de la partie que présente l'enfant. Il descend à raison de la force des douleurs; il fort enfin. Si cela tarde à se faire, on dit que l'accouchement est à sec. Avant la sortie de l'enfant, la tête se sent, s'aperçoit, la plus grande partie paroît vers la fourchette. Les femmes crient alors à force de douleurs; quelquefois un tremblement, un grelottement les accompagnent. La crainte de la mere aide beaucoup à ce phénomène; les femmes alors se plaignent encore plus d'une pesanteur très-forte sur le siège; la tête gagne le devant, pour s'engager par la vulve qu'on voit insensiblement s'aminçir & s'étendre d'une façon merveilleuse. Les nymphes & les caroncules s'effacent entièrement; enfin, la tête fort comme élançée par la douleur, ce qui est accompagné d'un torrent d'eau, quelquefois de sang. Il se fait quelquefois un petit bruit, comme quand les eaux débordent. L'enfant fort, la femme goûte une joie, une tranquillité inexprimable.

Le placenta suit quelquefois l'enfant; mais plus souvent il tarde de sortir; il se fait une petite masse vers le nombril, représentant un bloc, qui méprend quelquefois, & peut faire soupçonner un second enfant. Il arrive des petites douleurs pour expulser le délivre, dont on aide la sortie en le tirant légèrement par le cordon.

Ce qui détermine l'accouchement; c'est la matrice, par son irritation, quand elle est distendue autant qu'elle a pu faire. Ce développement se fait par les fibres qui composent le corps de la matrice, & par ceux du vagin en particulier. C'est lorsque ces fibres sont développées, & qu'elles ne peuvent plus se prêter sans se rompre, ce qui produit alors un mal-être, & des douleurs qui déterminent la contraction; & cette contraction est si forte, que quand l'Accoucheur y porte la main, elle se trouve prise comme dans un étai, & il la fort toute engourdie.

Hors le temps de la grosseſſe, les parois antérieures & postérieures de la matrice sont à-peu-près d'égale épaisseur; les bords sont plus épais dans leur milieu, où ils forment chacun un dos, ou bosse qui sépare l'ouverture du col de la cavité triangulaire. Jusq'au quatrième & cinquième mois, le col ne prête point; ce sont jusq' alors, les bosses

des parois qui se sont développées. Vers le cinquième mois, le col de la matrice commence à se développer, ses parois sont aussi épais que ceux du corps de ce viscère; ils ont des plis bien fins dans leur composition; le col, dont les fibres sont bien fines & musculaires, se ramollit enfin, prête & s'aminçit, au point qu'il disparoît près de l'accouchement; les bosses s'effacent aussi totalement; de forte qu'il paroît que le col de la matrice & ses bosses sont le magasin des fibres qui servent à son développement; de même que dans l'accouchement, les rides du vagin, les caroncules & les petites lèvres sont faites pour prêter & s'étendre, dans le temps de la sortie de l'enfant, ainsi que le podex qui a des fibres réservées, propres à l'étendre. Il faut donc convenir que le corps de la matrice a, de plus que son extension, le développement qui se fait par son col, & les bosses qui le terminent. Les extensions énormes qui sont arrivées à la matrice se sont faites par le tissu cellulaire, & point du tout au-delà de celles où les fibres peuvent parvenir. Les fibres musculaires trop tendues se cassent, ou perdent leur propriété de se contracter, qualité que conserve la matrice, & qu'elle perd quand elle est tellement distendue, qu'elle est prête à se crever. D'ailleurs, s'il n'y avoit qu'allongement, nécessairement la matrice s'aminçiroit. Cela ne lui arrive point; elle n'est jamais si épaisse, ni si volumineuse que près de l'accouchement. L'épaisseur est encore plus considérable où le placenta est implanté.

Les fibres de la matrice, avant la grosseſſe, sont fort resſerrées & rapprochées, n'ayant de suc que ce qu'il faut pour leur nourriture, & plissées en zig-zag, occupant peu de place dans les filles; mais chez les meres, les sucs empressent ces fibres, qui s'amollissent, se distendent, étant plus disposées à prêter, & les fluides pénètrent davantage, à mesure que les plis s'effacent. Les fibres développées se démontrent facilement, & prennent le caractère musculaire; elles dans sont disposées par faisceaux, ce qu'on n'aperçoit point les vierges. Il vient un temps où le développement s'arrête, & l'enfant grossissant toujours, la matrice souffre par conséquent, se contracte, & détermine l'accouchement.

La preuve que le col prête principalement au développement de la matrice, comme nous avons déjà dit plusieurs fois, c'est que les ligamens ronds, les trompes, &c. sont toujours dans la même situation au fond de la matrice; & si c'étoit le fond de ce viscère qui eût plutôt servi à son développement le col, les ligamens & les trompes seroient rentrées & racourcies vers leurs attaches au corps de la matrice. Ce mécanisme, comme on conçoit, a causé toutes les variétés de l'accouchement. On sent aisément pourquoi une femme peut accoucher à sept mois, comme il arrive très-souvent quand il y a deux enfans, puisqu'il est, on ne peut pas plus rare, que l'accouchement se fasse au neuvième mois révolu, ce qui arrive quand il y a assez de fibres dans le col pour un plus grand développement, & que l'accroissement des jumeaux est plus lent.

Quand une femme est prête d'accoucher, on s'informe si la femme a accouché déjà avec facilité, s'il y a des glaires, & on examine par le toucher si l'enfant vient bien, &c. On distingue l'enfant par l'orifice ou à côté. La rondeur dure indique la tête; les inégalités indiquent les autres parties. Si elles sont petites, inégales, qu'on touche avec peine, on juge que ce sont les mains ou les pieds.

Pendant le travail, il n'y a pas grand chose à faire; on accouche les femmes dans l'attitude la plus commode. En France, on les couche sur un *lit de misère*. On ne doit coucher les femmes que quand elles sont prêtes d'accoucher, crainte de les fatiguer. Celles qui sont sujettes aux syncopes, aux hémorrhagies, ou qui souffrent de la poitrine, elles ne doivent point être couchées; mais assises, & un peu penchées en arrière; elles doivent toujours être couvertes; l'Accoucheur ou la Sage-femme se place aux pieds. On voit qu'une femme accouchera bientôt, quand on sent facilement l'orifice, & qu'il est déjà développé; la tête s'avance, & on dit qu'elle est au *couronnement*; quand elle est à vue, il ne faut plus alors que deux ou trois douleurs.

Quand l'enfant est sorti, on délivre la femme; mais on doit faire attention à plusieurs choses; car tous les cordons n'ont pas la même force, la même consistance. Si on tire trop fort, on peut les casser, causer des douleurs, emmener la matrice. On a beaucoup parlé du renversement de la matrice; ce cas peut arriver; mais il est rare. Ce qui arrive

arrive plus souvent dans les endroits où les Sages-femmes & les Accoucheurs ne font pas assez instruits, & opèrent trop grossièrement. La matrice par la suite se sent toujours des violences que l'on a faites en tirant le délivre. Quand le cordon craque, il faut craindre qu'il ne se casse, ainsi que quand il est gonflé & mollaſſe; on doit porter la main tout auffi-tôt, quand le placenta est trop adhérent, ou que le cordon est trop foible. Si on tarde une demi-heure à délivrer, on est presque toujours obligé de le faire, parce que la matrice se contracte & se resserre; il se fait des caillots. Ainsi, quand on doute le moins du monde de l'adhérence du placenta, on y porte la main, comme nous disons ici. Si on y trouve de la résistance, on attend un peu. Si de nouveaux efforts ne réussissent pas, on tâche encore d'introduire la main avec soin, & sans que la femme s'en aperçoive; car cette introduction n'est pas de leur goût: mais il vaut mieux la faire que de laisser périr une femme par une fausse délicatesse.

Quand tout va bien, & qu'il n'y a aucun danger, on ne porte point la main dans la matrice. Il y a moins d'inconvénient de tarder, que de se presser, parce que dans ce cas il suit assez communément des hémorrhagies terribles, qu'on évite quand on attend les douleurs secondaires de l'accouchement, pour la sortie du placenta. Les vaisseaux ne se ferment que par les contractions; il faut que la matrice soit en action, il faut attendre son moment; c'est toujours la méthode la plus sage, de ne courir aux opérations qu'aux extrémités.

On coupe le cordon entre la double ligature. Avant que de délivrer, la ligature se fait à deux ou trois travers de doigt du ventre de l'enfant: il se fait un dessèchement, en sorte que la nature forme le nombril au lieu de son terme. Si on lie trop près de l'enfant le cordon, il est plus exposé aux hernies. On ne fait point de ligature aux animaux, mais leurs vaisseaux sont plus petits à proportion; les placenta sont par cotyledon; d'ailleurs, les femelles dans les animaux mâchent le cordon. La délivrance est plus facile, quand le cordon n'est pas viséré absolument au milieu du placenta, ce qui est très-souvent. Ainsi, la nature, pour l'avantage de toutes les opérations animales, ne s'est-elle point oubliée.

La délivrance faite naturellement, ou par l'introduction de la main, portée dans la matrice, conduite par le cordon, & ayant dans ce cas contourné avec les doigts, avec toute la délicatesse possible, & ayant légèrement détaché le placenta, on examine s'il est entier, s'il n'y a point d'hémorrhagies, & la femme couchée, on lui donne quelques légers restaurans. S'il reste des morceaux de placenta, & qu'ils soient de petit volume, on les laisse; autrement on va les chercher. Quelquefois même, si l'hémorrhagie est trop considérable, on laisse le placenta entier, plutôt que de voir expirer l'Accouchée noyée dans son sang; au lieu que dans ce traitement, en temporisant, on peut encore espérer, de façon ou d'autre, l'expulsion du placenta.

Marche de la Tête du Fœtus.

Quand le travail commence la tête s'appuie sur l'orifice, lorsque les douleurs sont cessées; car dans la force des douleurs, l'enfant, nous supposons les eaux non percées, tourne sa face du côté du sacrum: mais insensiblement la tête se tourne un peu de côté; de façon que l'axe le plus grand de la tête répond au grand diamètre du bassin. Il ne faut cependant pas croire que la face soit tout-à-fait à droite, & l'occiput à gauche; il n'est obligé dans cette situation, d'avoir la face un peu à droite ou à gauche, & l'occiput du côté opposé, que jusqu'au point où la tête trouve à passer ce détroit. Dans cette situation, l'enfant passe le détroit, sans changer de position. Cependant sa tête se détourne encore un peu plus transversalement, s'il est nécessaire, & avance en s'appuyant sur le rectum, ce qui occasionne ce sentiment de pesanteur & d'envie d'aller à la garde-robe. La tête gagne ensuite en devant par la force des douleurs, pour s'engager sous le pubis, & à mesure qu'elle avance, elle reprend sa direction droite & primitive, comme elle étoit avant de s'engager dans le grand détroit; en sorte que l'occipital est plus ou moins directement sous le pubis, & la face vers le sacrum. Les Anciens ne connoissoient pas ces positions & progressions

du fœtus dans la marche du petit bassin. Dans le temps des douleurs, les femmes veulent qu'on les aide; on en fait semblant. Autrefois, quand entre deux douleurs, on s'apercevoit que la tête étoit un peu de côté, on s'efforçoit de la mettre dans la situation droite, de façon que la face fût absolument en arriere, vis-à-vis le sacrum, ce qui étoit une dangereuse méthode & contre l'ordre naturel.

Lorsque les levres sont rondes, fermes & courtes, comme chez les jeunes personnes, les brunes sur-tout, elles sont sujettes à se rompre. Chez les personnes grasses, les levres sont minces, & projettent en arriere; mais il y a des exceptions. Quand les douleurs vont vite, on conseille de les retenir. Le travail en est plus long; mais aussi on ritque moins les déchirures. Dans la première grossesse, quelquefois même dans les secondes, la fourchette est encore bien exprimée; elle s'appuie & embrasse le bas de la partie de la tête & se présente comme une coëffe, en sorte que la tête en est au tiers, ou à moitié couverte. Si on presse les douleurs, assez souvent elle se fend, ainsi que le periné, quelquefois jusqu'à l'anus. Des Accoucheurs ont même vu paroître les boyaux tendus. Pour empêcher cet accident, voici la pratique ordinaire.

Les Sages-femmes appuient avec les pouces, pour aider à la dilatation: cela ne vaut rien. D'autres coupent avec l'ongle ou le bistouri un peu la fourchette; cela est encore plus dangereux. Il faut seulement défendre aux femmes de faire valoir les douleurs pendant quelque temps, & ramollir avec de la pommade ou du beurre frais; la distension se fait alors lentement, exposé moins à la rupture. On soutient même la tête contre les efforts de la mere; en sorte que la tête qui seroit sortie en une ou deux douleurs, ne sort qu'en cinq ou six.

Les dilatations préparatoires, soit du vagin, soit des parties externes, soit sur le periné, sont inutiles, nuisibles, & les suites des couches en sont à craindre, & il en arrive des accidens. On neutrit, on irrite, & quelquefois même on déchire.

Variété des Accouchemens.

L'accouchement peut être naturel, quoique la tête ne présente pas tout-à-fait le sommet. Les Auteurs ont beaucoup discuté cette position. Il importe peu que la tête se présente un peu plus du côté du front ou des tempes, &c., pourvu que la tête en total se présente dans la position ci-dessus. Je dis plus; c'est que l'enfant présentant la face, l'accouchement est toujours naturel, & peut se faire sans accident. L'enfant en souffre, il est vrai, beaucoup plus; sa face est un peu plus mutilée, ce qui est peu de chose: mais il peut venir ainsi par les seules forces de la nature, d'où je conclus que les recherches scrupuleuses qu'on conseille ne mènent à rien.

ACCOUCHEMENT PAR LA FACE. Quand les eaux sont encore dans les membranes, il est assez difficile de juger si la face se présente; mais les eaux percées, on voit si la face s'est présentée & où elle est déjà engagée.

Les causes sont la précipitation avec laquelle les eaux se percent, en sorte que la tête n'a pas eu le temps de s'acommoder, & de s'affujettir de la bonne manière.

L'accouchement est alors long, difficile, les douleurs sont fortes, & l'enfant gagne peu. On sent avec le doigt des inégalités, qui sont celles de la face. Avant l'écoulement des eaux, il n'y a pas de diagnostic; on peut le présumer seulement entre deux douleurs, par ces inégalités dont je viens de parler. Chaque fois que les eaux se forment avec peine, & d'une façon irrégulière, on a droit de soupçonner qu'il y a quelque chose qui n'est pas dans l'ordre: mais on ne peut savoir quel est ce dérangement, les eaux étant percées; c'est le tact qui alors indique que c'est la face.

Cet accouchement, quoique naturel, a des inconvénients fâcheux; on a été obligé quelquefois dans cette position d'avoir recours aux forceps. On verra, comme j'ai dit pour les pincées, dans l'avortement, les Auteurs qui traitent de ces instrumens dangereux; mais autrement, l'enfant ne court pas grand risque, & la mere n'en est pas plus malade.

Si on s'aperçoit que la face se présente, ou qu'on le soupçonne, on ne quitte point la mere. Si la matrice est suffisamment ouverte par les eaux, il ne faut pas hésiter. On perce les eaux; on soutient la tête contre les douleurs, afin de faire en sorte que la tête s'engage dans une meilleure

position, au moins en partie; ou ce qui est plutôt fait & plus sûr, c'est d'aller chercher l'enfant par les pieds, si la face est déjà engagée, ce qui est l'usage le plus commun, en repoussant la tête avec assez peu de violence, sans chercher à le retourner, comme vouloient les Anciens. La tête se remet d'elle-même, si l'enfant est petit & le bassin assez grand.

ACCOUCHEMENT PAR LES PIEDS. Cet accouchement est encore naturel. Les Accoucheurs sont bien revenus de l'ancienne idée sur cet accouchement; car dans tous les accouchemens laborieux, on tâche de les ramener tous à celui qu'on fait par les pieds, parce qu'ils donnent moins de peine, qu'on a plus de facilité. Toutes les fausses positions sont réduites à celle-ci. Cet Art est un Art tout nouveau. Les Anciens accouchoient bien par les pieds; mais ils ne connoissoient pas ce principe de réduction.

L'enfant peut ne présenter qu'un pied. La pointe des pieds peut être retournée de tous côtés. Dans ces positions, on observe que les eaux ne se forment pas bien régulièrement. L'accouchement languit entre les douleurs; on touche avec assez de peine de petites parties inégales, qu'on ne fait être les pieds ou les mains. Les eaux écoulées, on se décide alors avec sûreté.

On ne quitte jamais la femme, quand on soupçonne quelque accouchement difficile. L'orifice assez dilaté, on perce les eaux; les pieds se présentent, ayant leur pointe en arrière. On les saisit avec un linge, & on les tire bien doucement. Il est mieux alors que la femme soit sur le bord de son lit, les fesses élevées; on tire en dégageant un peu bien doucement. Point de ces grands mouvemens en fronde, comme quelques-uns font. On se repose entre les douleurs; on ne doit tirer que dans le temps de la contraction. Si l'accouchement étoit un peu long, on porte un peu le doigt, pour amener le cordon de façon à faire l'ante, pour qu'il ne soit point ferré & éraflé. Quand il y a un peu de difficulté, on appuie une main sur son ventre, & l'autre sur les reins; on ménage de la sorte le cordon: l'enfant parvenu aux épaules, si on dégage les bras, on peut meurtrir la mere, pour une chose inutile; des Sages-femmes les cassent quelquefois en voulant les dégager. Si les bras se tournent en l'air du côté de la tête, cela n'empêche rien. Si l'enfant passe, on avance les doigts jusques sur les clavicles, & on fait des petits mouvemens. C'est l'industrie & l'adresse des Accoucheurs qui doit régler alors de quelle façon on doit faire ces mouvemens. On examine la situation de la tête. Si elle n'est pas bien, on l'arrange avec les doigts.

S'il n'y a qu'un pied, il n'en faut pas davantage; il est inutile de chercher l'autre. Par ce moyen, il importe peu qu'il y ait deux enfans. Après avoir tiré un peu, si le second pied vient, on le saisit; s'il est ployé, ou la jambe

vers la cuisse, on fait un crochet avec son doigt, & on accroche le pli de la jointure. Il faut observer dans cet accouchement de tenir la jambe, ou la cuisse serrée, & le plus proche du tronc qu'il est possible.

Si le menton s'accroche, après avoir glissé sa main, le menton étant retenu sur le sacrum, & l'occiput sur le pubis, on met le doigt dans la bouche, empoignant le menton. On tourne à droite, à gauche, en abaissant un peu; & aux premières douleurs, l'enfant vient. Il ne faut point tirer avec le doigt dans la bouche; on risqueroit de déchirer la mâchoire de l'enfant; & ceux qui conseillent de le faire, ont bien tort.

Si le corps de l'enfant est mal tourné, on passe une main en devant, & une en arrière dans leur longueur; autrement, le demi-tour ne porte que sur l'épine, qu'on blesse souvent. On peut donner ce petit tour de corps entre les douleurs; mais il réussit mieux dans le temps de la douleur.

Quand on en vient à la tête, s'il est besoin, on se comporte de la manière qu'il est dit ci-dessus. La main étant avancée, cela se fait avec aisance.

ACCOUCHEMENT PAR LES GENOUX. L'enfant présentant les genoux ou les fesses, l'accouchement est naturel: il est un peu plus long & un peu plus difficile; mais il se termine sans le secours de l'art. Il est cependant rare que l'enfant se présente par les genoux. Quand cela est, il y en a toujours un qui avance plus que l'autre, lequel cependant n'est pas bien loin, la matrice oblique ou non, &c. Avant la sortie des eaux, il n'y a que des signes équivoques. Les eaux contenues s'allongent quelquefois dans l'intervalle des douleurs; on aperçoit un corps, qu'on présume être le genou. Il faut beaucoup d'habitude pour en bien juger. Si les eaux sont écoulées, on aperçoit une tumeur anguleuse. C'est par la rotule que l'on distingue le genou du coude. Le volume aide aussi à le reconnoître. Le coude est pointu; & en remontant la main, quand c'est le genou, on rencontre la cuisse & les parties naturelles.

Le pronostic n'a rien de fâcheux dans cette situation; le travail n'est pas plus long. D'ailleurs l'accouchement peut être plus prompt que celui qui se fait par la tête.

Si l'on veut laisser venir l'enfant par-là, il faut mettre les deux genoux au niveau l'un de l'autre; mais si les eaux sont coulées, & que les genoux soient avancés, ils bouchent tellement l'orifice, & sont tellement poussés par la contraction, qu'on ne peut faire de travail. Il faut alors les laisser venir ainsi. L'on aide, en portant les doigts en forme de crochets dans les plis, derrière les genoux. Si l'enfant ne présente qu'un genou, & qu'il soit grandement & fortement engagé, il faut aussi le laisser venir; mais comme il est à présumer que l'autre genou est accroché, on pose la main pour le dégager, & on l'amène au passage.

PLANCHE IX.

Elle représente la coupe de la Symphise, pour faciliter les accouchemens impossibles, dans lesquels on a pratiqué jusqu'à présent l'opération césarienne.

FIGURE I^{re}.

Le bas-ventre disséqué, & l'os pubis découvert, réduits au tiers de nature.

- a. Coupe des chairs de la cuisse, & les cuisses écartées.
 b. L'os pubis découvert. c. La branche de l'os ischion. d. La symphise dans son état naturel. e. Le muscle grand oblique. f. L'oblique interne. g. Sa gaine. h. Le muscle droit. i. Le triangulaire du bas-ventre. k. La ligne blanche. l. Les ligamens des muscles droits du bas-ventre. m. La tête de l'enfant au passage, arrêtée par les os du bassin. n. Le clitoris. o. Ses muscles. p. Les nymphes, les grandes levres étant emportées. q. Coupe des ligamens ronds. r. troncs des nerfs & des vaisseaux des cuisses qui sortent du bas ventre. s. Portion du triceps. t. Extrémité de l'iliaque.

FIGURE II.

L'opération faite de la coupe de la symphise, réduite à demi-nature.

- b. Les os pubis séparés. c. L'os ischion. d. La symphise coupée. e. La tubérosité de l'ischion. f. Les os des cuisses dépouillés. g. Les os du bassin à nud. h. La vessie de l'urine. j. L'ouraque. i. Les ureteres. l. La matrice. m. Le vagin dilaté. n. Les trompes d'Eustache. o. Les ovaires. p. Les ligamens ronds. q. Les ligamens larges. r. Le ligament qui tient au rectum. s. La tête de l'enfant.

FIGURE III.

L'os pubis de grandeur naturelle dépouillé, avec une portion du vagin.

- a. La symphise. b. Les os pubis. c. Coupe des branches de l'ischion. d. Le clitoris. e. Le corps du clitoris & son prépuce. f. Les branches du clitoris. g. Les nymphes. h. La fosse naviculaire, la fourchette & les caroncules. i. Les rides du vagin. k. Coupe des grandes levres. l. Le périnée. m. L'anus.

FIN.

Pl. IX

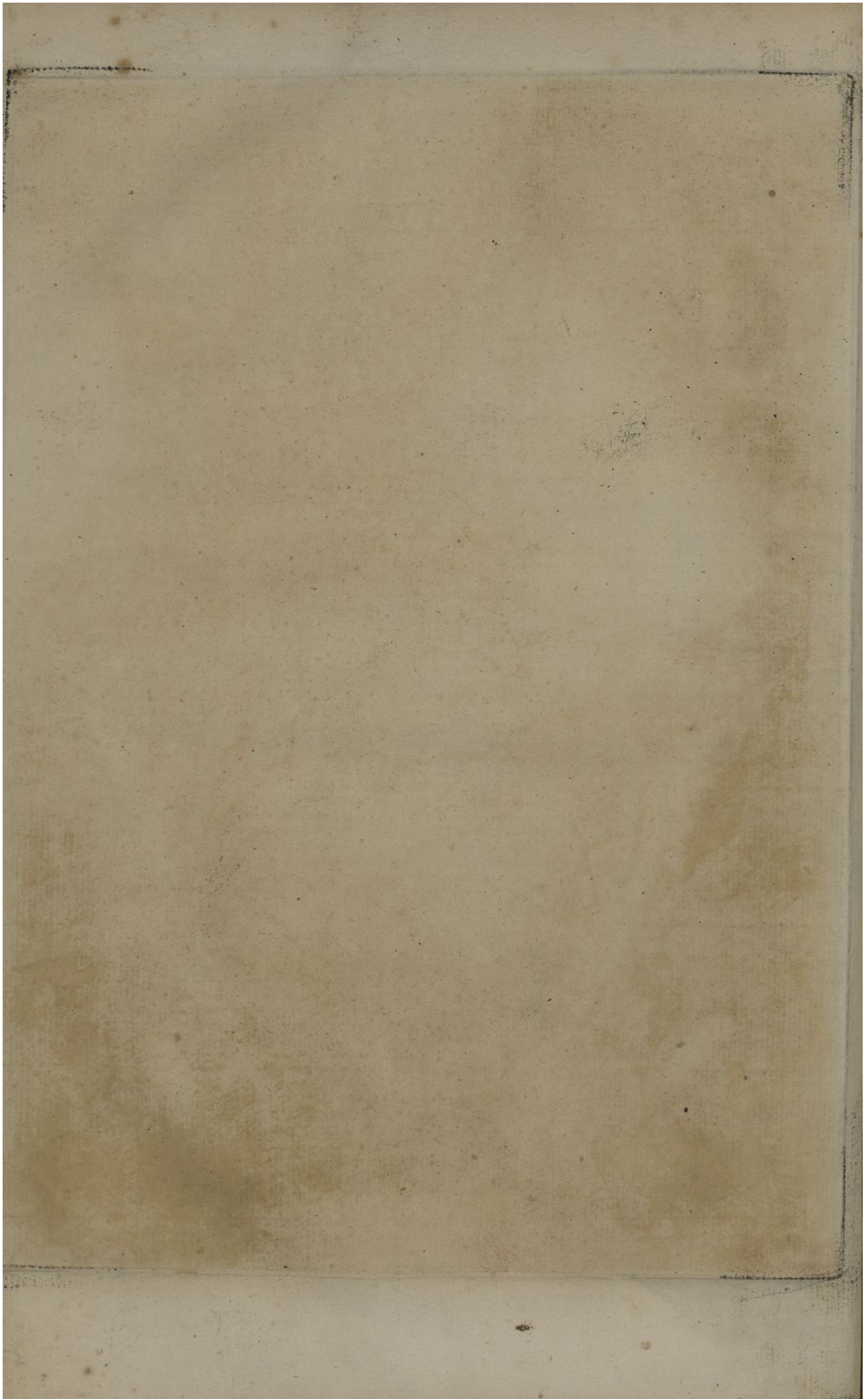
Pl. IX

no. 3

fig. 1.

l'organe de la semence





OPÉRATION DE LA SYMPHISE.

PAR M. GAUTIER DAGOTY, Anatomiste Pensionné du Roi.

DEUXIÈME PLANCHE.

DESCRPTION de l'Expérience faite par M. DAGOTY, sur le Bassin d'une femme bien conformée, de cinq pieds de hauteur, pour démontrer l'écartement des os pubis dans cette Opération, & les dimensions des diamètres du détroit supérieur & inférieur, avant & après l'Opération, &c.

BASSIN; grand diamètre, quatre pouces six lig. petit diamètre, quatre pouces trois lig.

Ecartement produit par la coupe de la Symphise des os pubis: deux pouces six lignes.

CARTILAGES de l'os sacrum joints aux os des îles; Epaisseur, deux lig. & demie: dans les femmes mortes en couches, ces Cartilages sont plus épais & plus humectés.

Ecartement des Cartilages; sur le devant, après la coupe

de la Symphise, quatre lig. & demie, & par conséquent élargis de deux lig. de plus; dans leur milieu étendus d'une ligne de plus, & dans leur partie postérieure de demi-lig. de plus.

LIGAMENS sacro-iliaques; leur étendue, 2 pouces, de puis l'apophyse transversale de la dernière vertèbre du dos, & depuis l'os sacrum, jusqu'à leur origine sous le rebord de l'os des îles: après l'Opération, allongés de 3 l.

Les nouvelles découvertes & les plus utiles, ne sont jamais généralement approuvées; elles trouvent toujours des Contradicteurs. La circulation du sang, par *Cesalpin*, fut d'abord mise au rang des visions du premier ordre; elle fait aujourd'hui le fondement de la Physiologie.

Il en fera de même de l'Opération de la Symphise dans les accouchemens impossibles; on la combat, aujourd'hui les esprits sont suspendus, on ne sçait à quoi s'en tenir. Mais enfin son utilité une fois reconnue changera son sort; elle sera universellement adoptée: c'est ce que l'on peut prédire avec une sorte de certitude. Nous allons en détailler les raisons, auxquelles nous ajoutons une nouvelle Planche, où il est question des parties internes du Bassin, sur lesquelles tombent toutes les critiques des Auteurs opposés à cette découverte.

M. *Jumelin*, Docteur en Médecine, a donné dans le Journal de M. l'Abbé Rozier, le Précis historique de cette Opération: il met dans son discours beaucoup d'Algèbre, ce qui n'est pas à la portée de tout le monde; nous suivons ici ce qu'il dit de bon; nous y ajouterons nos remarques, pour concourir à la pratique de cette découverte, qui ne tend, comme nous disons, qu'à sauver la vie de la mère & de l'enfant dans le cas de mauvaise conformation.

La coupe de la Symphise, dans son écartement, agrandit les diamètres du détroit supérieur du Bassin, comme j'ai démontré, & facilite le passage de la tête de l'enfant sans nuire, par l'écartement qu'il se fait alors avec violence, aux ligamens ni aux cartilages qui unissent les os des îles avec l'os sacrum; car, je le répète, c'est sur la rupture de ces ligamens & le déchirement des cartilages prétendus, que roule tout ce que l'on peut dire contre cette Opération.

L'expérience prouve assez que l'écartement des os pubis peut se faire sans endommager le corps de la vessie; que l'on peut la détacher sans danger. D'une autre part, que le clitoris soit coupé, que les branches soient déchirées, cela peut être sans porter aucun préjudice à la vie ni à la santé de la mère, ni à la réunion des os pubis après l'Opération.

On peut voir dans la Planche précédente l'écartement de ces os & l'état du clitoris dans cette Opération. Il est même possible que les branches du clitoris se déchirent, & qu'elles ne soient pas capables de l'appuyer un allongement assez considérable sans lésion; mais pour peu que l'on connoisse la Nature & l'usage de ces parties, on conviendra que leur suppression, ou leur rupture, n'a rien de commun avec la vie & la santé des mères, comme nous venons de dire: de même que la suppression des parties qui caractérisent les Eunuques, n'empêche pas ceux-ci de digérer, de se mouvoir, de croître & de faire toutes les fonctions animales, hors celles de la génération. Bien mieux, la suppression du clitoris n'empêcherait pas les femmes de concevoir: on ait que cette partie de leur corps est seulement propre à certaines sensations; qu'il s'allonge quelquefois, mais rarement; qu'il devient monstrueux dans les Hermaphrodites, & à certaine roideur: mais aussi il n'en découle aucune liqueur; il est imperforé; il ne communique, ni avec l'utérus, ni avec les ovaires, & par consé-

quent, il n'a aucun usage, & ressemble aux sourcils & à la barbe, il ne sert qu'à la décoration des parties.

On peut juger de la facilité de la coupe dont il est question, en faisant attention au rapport de M. *Sigault*, que voici: « J'ai incisé, dit-il, la peau & la graisse un peu au-dessus du pubis, jusqu'à la commissure des grandes lèvres; la Symphise se trouvant à découvert, j'ai pénétré les muscles pyramidaux & la ligne blanche, & j'ai introduit par cette ouverture, l'index de la main gauche, le long de la partie interne de la Symphise. J'ai continué la section du ligament & du cartilage, qui se trouvent très-épais au dernier terme de la grossesse, &c. » L'Opération jusques-là, comme l'on voit, n'est pas difficile, pour peu que l'on soit Anatomiste; mais elle a ses difficultés; il faut ensuite ménager le corps de la vessie & son meat-urinaire: le doigt & le scapelle, ou le bistouri, doivent être bien conduits, éviter les touches de l'instrument sur ces parties; ce qu'un bon Artiste fait, & auquel on peut se rapporter: ainsi, comme on a déjà observé, il n'est aucun danger de cette part, dans l'Opération, pour la mère, ni pour l'enfant.

La douleur que doit ressentir la mère, doit être infiniment moins sensible que dans l'Opération Césarienne, où l'on tranche la peau, les trois muscles du bas-ventre posés l'un sur l'autre, & le péritoine; & qui plus est, la douleur doit être extrême dans la coupe du corps de la matrice, pour découvrir l'enfant & l'arracher de l'utérus avec son placenta, par une ouverture de cinq ou six pouces, de laquelle coulent des ruisseaux intarissables de sang. Au contraire, dans la coupe de la ligne blanche & de quelques filets des muscles pyramidaux, pour passer le doigt sous la Symphise, & préserver de l'instrument les parties voisines, on ne détruit que quelques petits vaisseaux capillaires qui tarissent facilement. La réunion dont nous parlons a lieu ensuite avec la même facilité; ce ne sont que des cartilages séparés à rapprocher qui se colent aisément, & des peaux à réunir; mais peut-on réunir des muscles opposés dans leurs directions, un péritoine qui s'écarte des muscles, & le corps d'une matrice tendue abandonnée à son hémorragie? Tout cela peut-il être fait tout à la fois? Cela est impossible. La femme perd tout son sang & doit périr, même avant l'appareil.

On peut mettre au nombre des miracles les Opérations Césariennes qui ont réussi sans la mort de la femme opérée.

Il faudroit, pour le croire, que le procès verbal de telles Opérations fût fait en présence des Artistes, assistés d'autres personnes; car il ne suffiroit pas que les Artistes seuls disent avoir réussi, quoiqu'ils soient dignes de foi, certainement: mais comme de plusieurs femmes opérées, on en cite trop peu d'échappées, il faudroit du moins avoir une pleine certitude de celles qui ont survécu à l'Opération Césarienne: on peut dire en attendant qu'il n'y en a peut-être pas eu une seule qui ait survécu à cette Opération. M. *Héritier* dit bien en avoir vu une vivante, de cinq qui ont été opérées dans Paris, dans l'espace de cinq ou six ans; est-il dans le cas de prouver ce fait, & de nous montrer le procès-verbal dans la forme requise, tel que

nous le demandons, de l'Opération? Nous a-t'il dit le nom; & furnon & le domicile de la personne qui a produit ce le phénomène, & celui de la femme opérée? Non: jusqu'à présent nous ignorons tout ceci. Mais M. Sigault a montré cette femme à la Faculté de Médecine, on l'a vue opérée; on a suivi les suites de cette Opération; non-seulement on n'ignore rien de toutes ces choses, mais encore on fait que cette femme a trois pieds huit pouces de haut; les cuisses & les jambes arquées & le petit diamètre du bassin de 2 pouces & demi, suivant le rapport des plus habiles Artistes. (M. Jumelin donne la façon de mesurer sur une femme vivante le diamètre du bassin).

Il est actuellement question de venir au fait, & de répondre à ceux qui prétendent que l'Opération de la coupe de la Symphise est dangereuse, parce qu'elle peut occasionner le déchirement des ligamens intérieurs du Bassin, &c. Voici ce que dit à ce sujet M. Etienne, ancien Démonstrateur d'Anatomie à l'Hôpital Royal & Militaire de Metz, savoir: » que cette Opération est dangereuse: qu'il observe » qu'alors on déchire les ligamens, ainsi que le tissu cellulaire qui unit la vessie aux os pubis; que le clitoris lui-même est déchiré, si le fer a respecté ses deux jambes; » que l'écartement devenant considérable, les ligamens » sacro-iliaques se rompent ainsi que le périoste: accident, » ajoute-t'il, d'où doit s'ensuivre une supuration abondante, » qui, gagnant de proche en proche, infectera le bassin, » & conduira le malade à l'épuisement & à la mort.

Le tissu cellulaire qui unit la vessie aux os pubis, peut être écarté dans l'Opération de M. Sigault, comme nous venons de faire appercevoir, sans aucun danger; & le clitoris être aussi déchiré sans aucune sorte d'inconvénient: ainsi ces difficultés sont écartées, & l'expérience en a prouvé la vérité dans les femmes qui ont été opérées. A l'égard du déchirement des ligamens sacro-iliaques, lesquels nous représentons ici pour démontrer notre raisonnement, nous nous appuyons de l'expérience; ce qui est encore prouvé par les 4 femmes qui ont souffert la coupe de la Symphise des os pubis, qui ont accouché heureusement, & qui sont encore en vie; elles prouvent que ces prétendus dangers n'ont pas eu lieu. Mais nous ajouterons à tout cela, qu'il n'est pas possible qu'il y ait des ruptures. Dans la femme d'Arras que l'on a ouverte, quatre jours après l'opération dont

il s'agit, on n'a point apperçu qu'il y eût aucun déchirement dans les cartilages qui unissent les os des îles à l'os sacrum, ni dans les ligamens sacro-iliaques, & par conséquent aucune sorte de supuration; voilà le fait.

On a observé que la tête d'un enfant qui se présente au passage, agit comme un coin qui tendroit à ouvrir le bassin lorsque le détroit n'est pas assez large: l'effort de la tête de l'enfant est quelquefois si grand, dans un bassin mal conformé, que les cartilages des trois Symphises se prêtent & les ligamens qui les avoient & qui les couvrent s'écartent considérablement. On a observé qu'en devant, cet allongement avoit été quelquefois porté à 8 ou 10 lignes sans aucune rupture. Si telle chose arrive quand le mouvement est distribué sur les trois Symphises, il est certain que si on ouvre celle du pubis, il faudra nécessairement que les cartilages & les ligamens sacro-iliaques prêtent; mais il n'est pas dit qu'ils soient forcés de rompre, n'ayant que quelques lignes de tension à supporter, puisqu'on a observé: » que les ligamens qui unissent les os du bassin, sont abreuvés de sérosités, au point » de se gonfler & de se ramollir considérablement. Ne voit-on pas ces Baladins se pencher en arrière, & prendre avec leur bouche une pièce de monnoie posée à leur talon? Quel écartement ne fait-il pas alors des ligamens, des cartilages, des vertèbres, des lombes? &c.

Plusieurs Chirurgiens disent aujourd'hui que l'Opération dont il s'agit est inutile; que lorsqu'une femme est mal conformée, & que l'os sacrum avance trop dans le bassin, l'écartement des os pubis ne sauroit agrandir le petit diamètre; & qu'il faut toujours dans ce cas avoir recours à l'Opération Césarienne pour sauver l'enfant.

Je réponds que l'Opération de la Symphise est toujours nécessaire, parce que l'on ne peut pas juger de la difformité de l'os sacrum, de la forme du détroit, de l'étendue de ses diamètres, &c. Si, malgré cela, le passage du détroit n'est pas encore assez ouvert, il faut alors en venir à l'Opération Césarienne, j'en conviens, parce que la mere est, dans ce cas, condamnée à la mort, & qu'il faut sauver l'enfant: si au contraire on veut sauver la mere & sacrifier l'enfant, le bassin étant toujours plus ouvert, on peut arracher l'enfant par morceaux, en faisant servir avec plus de facilité les instrumens déjà inventés pour cela.

PLANCHE II.

FIGURE Iere.

Le Bassin avec ses ligamens, vu en face, & dépoillé de ses muscles.

- a. Les os des îles. b. La crête de ces os. z. Le coudé postérieur d'où part le ligament sacro-iliaque. d. L'épine antérieure. e. L'os pubis. f. Le corps de l'os ischion. g. La tubérosité de cet os. h. La branche de l'ischion. i. La cavité cotiloïde. e, e, f, g. Le trou ovalaire.
- k. L'os sacrum. l. Les apophyses articulaires de l'os sacrum. k, l. La base de l'os sacrum. m, n, o. Les trous antérieurs de l'os sacrum par où passent les nerfs qui vont former le nerf sciatique. o. Le coccx.
- p. Le corps de la dernière vertèbre des lombes. q. Son apophyse transverse.
- r. Le cartilage qui unit la dernière vertèbre des lombes avec l'os sacrum. s. Les cartilages qui unissent l'os sacrum à l'os des îles. t. le cartilage ou Symphise qui unit les os pubis.
- u. Le ligament sacro-iliaque, ou ligament antérieur, inférieur. v. Le petit ligament qui attache l'apophyse transverse de la dernière vertèbre avec l'os sacrum, auquel s'unit le précédent, qui se porte à cette apophyse, & à celle de la première vertèbre de l'os sacrum. x. Le ligament ischiatique interne, dont les filets se convergent pour se porter à l'épine ou apophyse épineuse du corps de l'ischion. y. Extrémité du grand ligament ischiatique, ou sacro-ischiatique externe, & la petite ouverture sciatique inférieure. w. La grande ouverture sciatique supérieure.

FIGURE II.

Renversée & couchée sur l'os sacrum pour appercevoir les diamètres du détroit supérieur.

- a. La dernière vertèbre du dos. b. L'os sacrum vu en raccourci. c. d. Les os des îles. e. L'os pubis. f. L'os ischion. e, e, d, d. Le détroit supérieur. g. Le coccx. g, h, h, f. Le détroit inférieur. i. La Symphise des os pubis. k. Celle de l'os sacrum & des os des îles. h. L'extrémité inférieure du grand ligament sacro-ischiatique, ou sacro-ischiatique. z. Le petit ligament sacro-ischiatique. m. Le ligament sacro-iliaque antérieur. n. Filets ligamenteux, ou ligament de l'apophyse transverse des lombes avec l'os sacrum. o. Ouverture sciatique supérieure. p. Petite ouverture sciatique inférieure.

FIGURE III.

La même Figure que la précédente, vue après la coupe, & l'écartement des os pubis. Ces Figures sont réduites à demi-nature.

- z. p. 6 l.; écartement des pubis. r, r. 4 l. & demi; écartement de la Symphise de l'os sacrum avec l'os ischion. s. e. Le ligament sacro-iliaque, allongé de 3 lignes.

FIGURE IV,

Le Bassin renversé pour voir le détroit inférieur.

- a. La tête de l'Enfant au passage, sa face tournée vers l'os pubis. b. La Symphise coupée des os pubis. c. Les os ischion. d. L'extrémité de l'os sacrum & le coccx. e.

FIGURE V.

L'Enfant sorti du détroit supérieur & inférieur par le moyen de la coupe de la Symphise des os pubis.

Cette PLANCHE se distribue, comme la précédente, chez l'AUTEUR, rue Saint Honoré, vis-à-vis l'Oratoire; & chez VALLEYRE l'ainé, rue de la vieille-Bouclerie. Prix 6 liv. comme la première.

M. X

Coupe de la Symphise .II. planche



PIU Sanlo
Medicina
Paris

