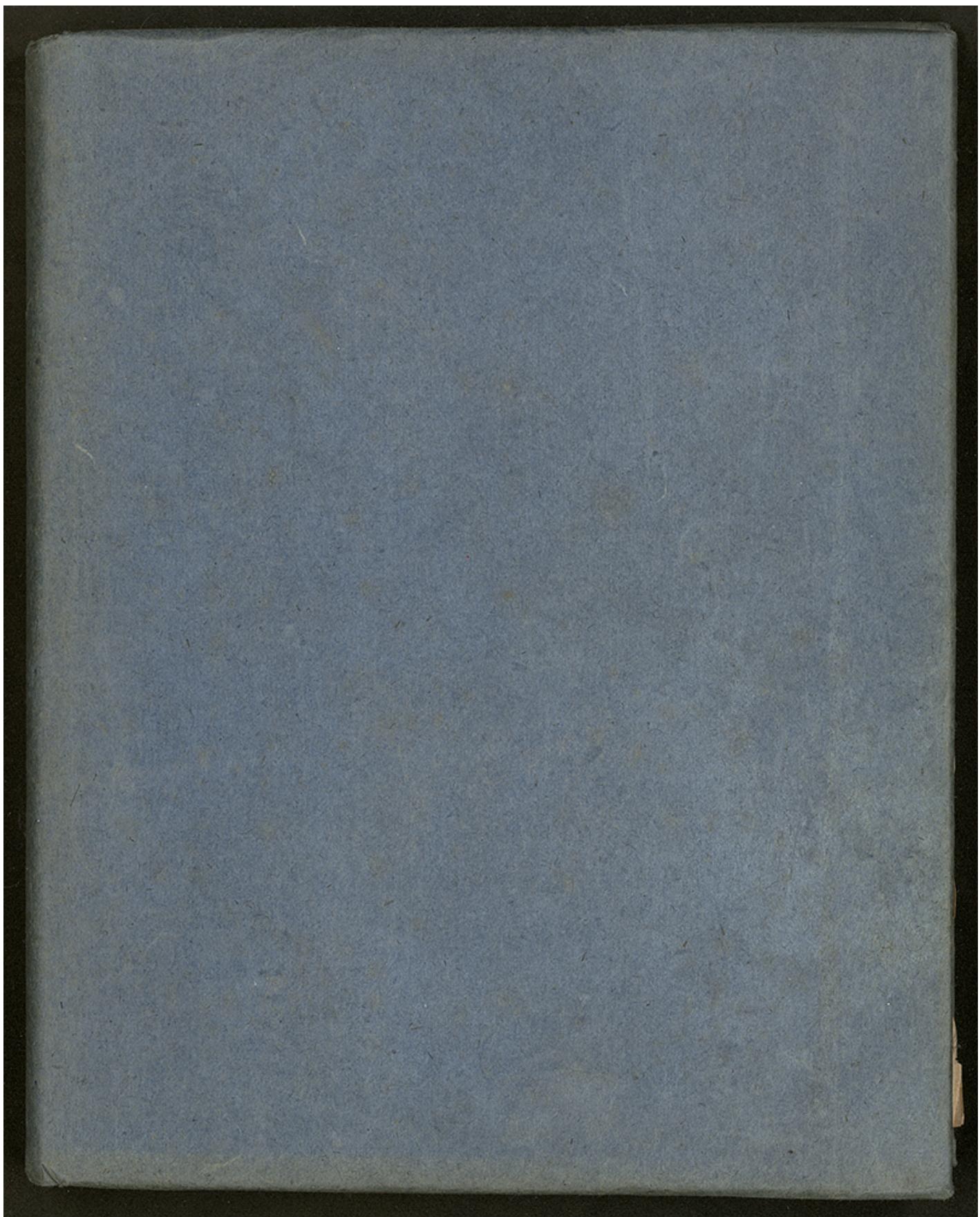


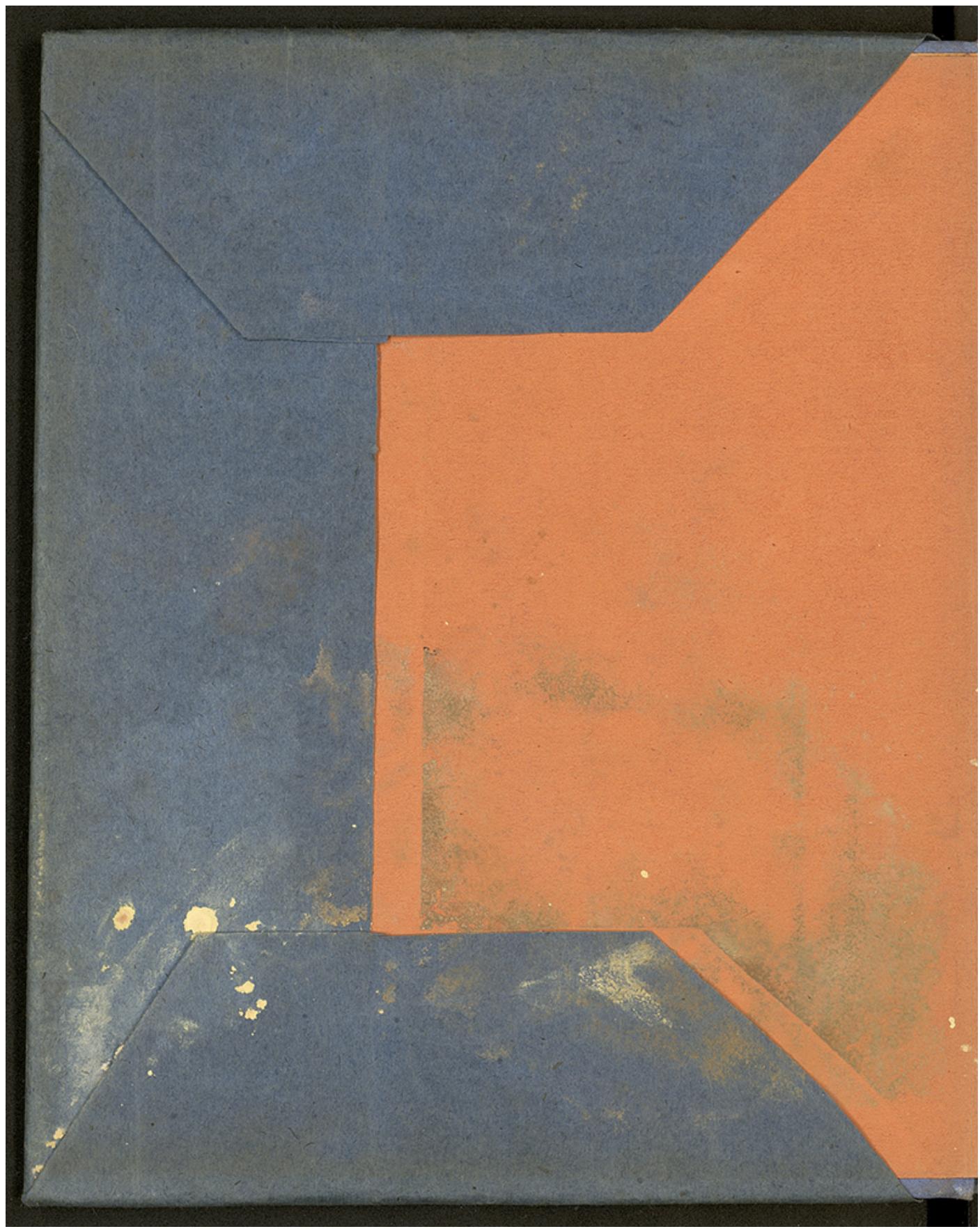
Bibliothèque numérique

medic@

**Lherbier, Anna / Auvard, Alfred /
Boissard, Alphonse. - Anatomie
obstétricale. Cours de M. le docteur
Auvard suivi du cours de M. Boissard**

1896.
Cote : ms 5616





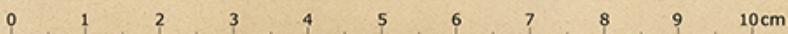
75 5616-1

- Anatomie obstétricale -

- Cours de M^{me} Docteur Auvard -

Anna Lherbier élève sage femme
à la Maternité Boulard de Port-Royal

- Paris -



- Cours de M^e Auvard -

- Anatomie obstétricale -

Bassin - On appelle cette partie du squelette bassin (ou pelvis) parce qu'on le compare à l'ancien plat dont se servaient autrefois les barbiers. Il se compose de différents os qui sont : en arrière, le sacrum qui s'articule supérieurement avec la colonne vertébrale et qui est la continuation inférieure de cette colonne ; il se continue en bas avec un petit os le coccyx. De chaque côté sont les deux os iliaques qui viennent se terminer en avant et se réunir au pubis ou symplyse pubienne. Ce bassin est donc une véritable ceinture osseuse constituée en arrière par le sacrum et le coccyx, latéralement par les os iliaques ; cette ceinture est reliée aux membres inférieurs par les deux fémurs qui s'articulent aux os iliaques au niveau de l'articulation de la hanche ; elle se réunit encore à la partie inférieure de la colonne vertébrale, au niveau de l'articulation saero-lombaire. Ces différents os sont réunis entre eux par des articulations. De chaque côté du sacrum existe une articulation qui joint cet os aux os iliaques et que l'on appelle

articulation sacro-iliaque; en avant l'on voit une autre articulation qui réunit les deux os iliaques, c'est l'articulation de la sympophyse-pubienne; inférieurement il existe une articulation qui joint la partie inférieure du sacrum au coccyx, elle est appelée sacro-coccygienne.

Sacrum - Le sacrum est un os sacré, ainsi nommé parceque dans l'antiquité on l'offrait en sacrifice aux Dieux du paganisme, c'est un os impair symétrique, il a la forme d'une pyramide quadrangulaire dont la base serait dirigée en haut et le sommet en bas. Il offre à étudier 4 faces: une face antérieure en avant, une face postérieure en arrière, une base, un sommet et le canal sacré. Le bord latéral

Base - La base du sacrum s'articulant avec la colonne vertébrale, présente une petite facette articulaire, s'articulant à la face inférieure du corps de la cinquième vertèbre lombaire; en dehors de cette facette, de chaque côté, il y a deux autres petites facettes qui sont les ailes du sacrum ainsi nommées à cause de leur ressemblance avec des ailes de papillon. En arrière, un petit canal voir Kunkel

qui chemine dans toute la longueur du sacrum et qui s'ouvre à la partie supérieure et vient déboucher à la partie inférieure, c'est le canal sacré qui fait suite au canal rachidien. De chaque côté de ce canal, il y a encore 2 petites saillies qui sont les apophyses articulaires, destinées à s'articuler avec les apophyses analogues qui sont sur la dernière vertèbre lombaire. À l'autre extrémité (sommet) il existe une petite facette articulaire analogue à celle qui se trouve sur la base, mais plus petite, elle s'articule avec une autre facette analogue qui est sur la base du coccyx.

De chaque côté de cette facette on remarque 2 petites cornes qui sont comme 2 prolongements et qui sont les cornes sacrées.

Face postérieure À la face postérieure en haut de chaque côté on trouve 2 apophyses articulaires s'articulant avec les dernières vertèbres lombaires, sur la ligne médiane, l'entrée du canal sacré et une série de saillies plus ou moins volumineuses suivant les sacrum.

Face antérieure - La face antérieure est concave et présente des petites sillies transversales, qui sont les restes de la suture des vertèbres sacrées. En dehors de cette partie médiane se trouvent les trous sacrés antérieurs au nombre de 8 qui pénètrent directement au canal et de ces trous s'échappent des branches nerveuses qui se réunissent ensemble pour former des nerfs et en particulier le nerf sciaticque qui va innervé une grande partie des membres inférieurs. En dehors de ces trous, il y a une petite surface osseuse plus large à la partie supérieure, qu'à la partie inférieure, et aboutit presque ^{sur les} à la face latérale.

Face latérale - La surface latérale présente 2 parties absolument distinctes qui sont: une surface articulaire ou auriculaire ainsi nommée parce qu'elle a une ressemblance avec l'oreille humaine. En dehors de cette surface, il existe une partie très irrégulière à laquelle on a donné le nom de tubérosité sacrée. La partie articulaire, s'articule avec celle qui se trouve sur l'os iliaque l'autre partie donne attaché à des ligaments.

Développement - Le sacrum est formé de 5 vertèbres, chacune de ces vertèbres se déve-

appellent par 8 points d'ossification primaires et 3 secondaires complémentaires, sur chacun des bords latéraux de l'os existent 2 épiphyses dont une correspond à la facette auriculaire, l'autre est située sur le bord des 2 dernières pièces du sacrum.

Les vertèbres sacrées commencent à se solder entre elles vers l'âge de 8 à 10 ans, mais elles se fusionnent complètement et ne forment plus qu'un seul os vers l'âge de 18 à 16 ans; à cet âge il présentent une masse solide.

Le sacrum est très léger parce qu'il est formé de tissu spongieux, et que le canal et les trous dont il est percé contribuent à en alléger le poids.

La face antérieure du sacrum à sa partie supérieure a une largeur de 11 centimètres à 11 cent. $\frac{1}{2}$; sa hauteur du milieu du promontoire à l'articulation sacro-coccygienne est de 9 $\frac{1}{2}$ à 11 centimètres; sa longueur en suivant la courbure de l'os est de 11 à 12 centimètres; cette face est en rapport avec le rectum.

Coccyx - Le coccyx est formé par la réunion de 5 petites vertèbres (ou fosses vertébrales) qui continue le sacrum et termine la colonne vertébrale. Le coccyx, dans le monde, est appelé crompon.

au bord ~~inférieur~~ inférieur, et en bas s'arrête à la saillie où
ligne innominée - qui constitue le détroit supérieur.
La fosse iliaque intime s'arrête en arrière à une
petite surface rugueuse qui se compose elle-même
de 2 parties qui sont les suivantes : 1^{er} une petite
surface appelée facette articulaire ou ~~articulaire~~
en arrière on voit une surface inégale rugueuse qui
présente des dépressions où saillies et qui l'on nomme
la tubérosité iliaque, qui correspond avec la
facette articulaire et la tubérosité sacrée du Sacrum.
La partie inférieure de la ligne innominée présente
à étudier le trou obturateur; derrière ce trou obturateur
se trouve une petite surface osseuse qui correspond
à la cavité cotyloïde; en avant de ce trou on voit
une autre surface osseuse beaucoup moins résis-
tante que la précédente, cette partie constitue le
pubis. Entre le pubis et cette surface osseuse on voit
une autre surface osseuse qui est la surface pectinale.
À la partie inférieure on voit une petite tubérosité
qui constitue la partie la plus inférieure et qui se
nomme l'isquion; entre l'ischion et le pubis
il y a la branche ischio-pubienne; cette branche
a été divisée en 2 parties : la branche supérieure
appelée branche descendante du pubis; la branche

inférieure appelée branche ascendante de l'obturation. A la face interne du trou obturatent on voit une petite gouttière qui se continue et passe devant les vaisseaux et les nerfs obturatent.

La face externe de l'os iliaque représente une large surface lisse, convexe à la partie antérieure, et concave à sa partie postérieure, c'est la fosse iliaque externe sur laquelle on trouve 3 lignes très importantes : la ligne demi-circulaire supérieure et la ligne demi-circulaire inférieure ; la ligne demi-circulaire supérieure part du bord supérieur de l'os, à 4 centimètres en avant de l'épine iliaque postérieure et supérieure et se dirige en bas vers la grande échancrure sciatique et laisse entre elle et le bord postérieur de l'os, une petite surface irrégulière, d'aspect rugueux, qui donne attache au muscle grand fessier, la ligne demi-circulaire inférieure commence, en bas, au niveau de la grande échancrure sciatique à 1 centimètre en avant de la terminaison de la ligne demi-circulaire précédente ; elle se dirige en haut et en avant vers le bord supérieur de l'os où elle se confond avec la crête iliaque, sur un point situé à environ 3 centimètres en arrière de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Entre ces 2 lignes se trouve une large surface de forme triangulaire qui donne attache au muscle moyen fessier. En avant de la ligne inférieure on voit une autre surface beaucoup plus considérable qui reçoit l'insertion du muscle petit fessier. Au dessous de cette surface l'on voit une cavité de forme hémisphérique, c'est la cavité cotyloïde elle est lisse et cartilagineuse, c'est dans cette cavité que vient s'articuler la tête du fémur l'arrière fond donne attache au ligament rond où interarticulaire de l'articulation coxo-fémorale. Le rebord de la grande cavité est mince, tranchant, sinuose, il présente 2 dépressions et une échancrure profonde; la dépression antéro-supérieure répond au tendon du muscle pyramidal, la dépression antéro-supérieur répond à la gouttière sur laquelle glisse le tendon des muscles psoas iliaques. L'échancrure antéro-inferieure donne passage aux vaisseaux.

Au dessous de la cavité cotyloïde la face externe présente le trou obturateur ou sous-pubien, ses bords sont minces dans toute leur étendue, une membrane fibreuse appelée membrane obturatrice ferme complètement le trou sous-pubien excepté à l'endroit où la gouttière obturatrice donne passage

aux vaisseaux et aux nerfs obturateurs.

Le bord supérieur du crête iliaque est très épais et contient en Sitalique, il présente 2 lèvres et un interstice, la lèvre externe donne insertion au muscle grand oblique, l'interstice au muscle petit oblique et la lèvre interne au muscle transverse.

Le bord antérieur en procédant de sa partie supérieure à sa partie inférieure offre à étudier l'épine iliaque antérieure et supérieure qui constitue l'angle antérieur et supérieur, au dessous une petite échancrure, une seconde saillie qui se nomme l'épine iliaque antérieure et inférieure; au dessous on voit une autre petite échancrure et une 3^{me} saillie qui est l'éminence ilio-pectinée; après cette saillie le bord devient mince, c'est la branche horizontale du pubis. Ensuite on voit une toute petite saillie qui est l'épine du pubis, et une autre petite surface articulaire la sympathie-pubienne. Le bord inférieur est formé de la branche ischio-pubienne, appelée encore branche ascendante de l'ischion ou branche descendante du pubis.

L'ischion forme l'angle postérieur et inférieur de l'os iliaque.

Le bord supéropostérieur en allant de la partie inférieure

à la partie supérieure présente à étudier l'ischion au dessus de l'ischion, une petite échancrure sciatique au dessus 1 saillie qui forme l'épine sciatique, ensuite une grande échancrure qui est l'échancrure sciatique ensuite l'épine iliaque postérieure et inférieure, fait suite toujours en remontant au bord supérieur une légère échancrure et l'épine iliaque postérieure et supérieure et une grande ligne qui va rejoindre la crête iliaque au bord supérieur de l'os iliaque.

- Articulations du bassin -

Les articulations. Les os du bassin sont réunis entre eux au moyen de ligaments qui assurent la solidité des articulations. Elles appartiennent toutes à l'ordre des amphiarthroses ou symphyses symphysis pubienne. Cette articulation résulte du rapprochement des facettes ovalaires de la portion verticale des os des pubis. Les moyens d'union sont : 1^{er} un ligament pubien antérieur formé de fibres très minces, s'entrecroisant et allant d'un pubis à l'autre. 2^{er} un ligament postérieur encore plus mince et qui est le prolongement du périoste ou arrière des pubis. 3^{er} un ligament supérieur épais fibreux recouvrant le bord supérieur des os

pubiens et allant de l'un à l'autre. 4^{me} le triangulaire inférieur très fort, composé de fibres croisées, il donne à l'arcade pubienne sa couche irrégulière. 5^{me} un ligament fibro-cartilagineux interosseux, faisant en arrière une saillie débordant des os et formant un ~~barre~~ bourellet que Pinard a appelé l'extrême antérieure du diamètre sacro-pubien minimum.

Symplyse sacro-iliaque. Est formée par la réunion des facettes auriculaires du sacrum et de l'os iliaque revêtues de cartilage. Ils sont réunis par: 1^{er} ligament antérieur formé de fibres minces, s'étendant de la face concave du sacrum à l'os coxal.

2^{me} un ligament postérieur encore appelé inter-ossous composé de forts ligaments étendus horizontalement du coxal au sacrum.

3^{me} un ligament supérieur très épais qui unit la base du sacrum à la partie attenante de l'os iliaque.

4^{me} un ligament inférieur ou vertical qui est une bande fibreuse très résistante qui part de l'épine iliaque postérieure et

supérieure et va s'insérer aux environs du 3^{me}
trou sacré postérieur

3rd le grand ligament sacro-sciatique se trouve au
à la partie post^{re} et inf^{re} du bassin, il est trian-
guulaire, comme aplati vers son milieu qui est
rétréci, épanoui à ses extrémités qui s'insèrent
l'une à l'épine iliaque post^{re} et inf^{re} et
à tout le bord tranchant du sacrum et du coccyx,
l'autre en dehors et en bas, s'attache à la grande
tubérosité de l'ischion. 6th ligament sacro-
sciaticque naît aussi des bords du sacrum
et du coccyx et va s'insérer vers l'épine
sciaticque; ces 2 ligaments servent à fortifier l'arti-
culation sacro-iliaque.

Sacro-coccygienne - Cette articulation est formée
par le rapprochement du sacrum et de la
base du coccyx, elle est maintenue : 1^{er} par un
disque fibreux inter articulaire et par une synoviale
2nd par 1 ligament ant^{re} et post^{re} composé de fibres
parallèles qui s'étendent des faces ant^{re} et post^{re}
et aux faces correspondantes du coccyx.

Articul. sacro-vertébrale - Cette articulation résulte
de la réunion de la 1^{re} vertèbre lombaire à
la base du sacrum. On y trouve 1^{er} un disque

intéressants fibro-cartilagineux très épais, en avant et à sa circonference. 2^e des ligaments en avant et en arrière faisant suite aux ligaments vertébraux. 3^e le ligament sacro-vertébral, court, épais, oblique de l'apophyse transverse de la 5^e vertèbre lombaire à la base du sacrum. 4^e le ligament iléo-lombaire partant de cette apophyse et allant vers la crête iliaque. Enfin pour terminer les parois du bassin, il y a encore la membrane obturatrice ou sous-pubienne et le ligament de Fallope. Cette membrane est fixée autour du trou obturateur et à l'état frais, recouvre des muscles obturateurs. De sa partie supérieure, cette membrane est percée d'un petit orifice ovale et qui forme avec la gouttière se trouvant dans cette partie de l'os, un canal appelé obturant, laissant passer les vaisseaux et les nerfs de ce nom.

Le ligament de Fallope répond au pli de laine, il établit la ligne de démarcation entre l'abdomen et la cuisse.

Articulations Dans le bassin complet il y a 2 sortes d'articulations : **extrinsèques** Les articulations extrinsèques qui joignent le bassin au reste du squelette, et les articul. intrinsèques qui réunissent entre elles les différentes parties du bassin.

Articulations Les extrinsèques sont au nombre de 3 : l'articulation **intrinsèques** l'articul. ilio-sacrée et les 2 articul. coxo-fémorales. Les intrinsèques sont : les sacro-iliaques, sacro-coccyiennes et la symphylie-pubienne.

Diamètres du bassin.

Au point de vue obstétrical on a divisé le bassin intérieurement en 2 grandes parties : le grand bassin et le petit bassin ; ils sont séparés l'un de l'autre par le détroit supérieur.

Détroit supérieur. - Le déroit supérieur en allant d'arrière en avant et en contournant le bassin se compose d'une partie saillante le promontoire en allant sur les parties latérales on trouve un rebord saillant c'est la ligne innominée en suivant la ligne innominée de l'iliaque on arrive à la branche pectinale ou branche horizontale du pubis, ensuite à l'épine du pubis, à la partie supérieure de la symphise pubienne.

Grand bassin - Le grand bassin est constitué en arrière par la partie inférieure de la colonne lombaire ; par la petite surface des ailerons du sacrum, et par la fosse iliaque interne.

En avant il présente une vaste céraverure fermée sur le vivant par le ligament de Fallope

Il y a certains diamètres importants à connaître au point de vue de l'accouchement et il y en a au nombre de quatre :

1^{er} le diamètre de Baudelogue ou diamètre sacro-pubien externe qui s'étend de la partie supérieure de la sympophyse pubienne à la partie supérieure du sacrum, son étendue, sur un bassin normal, est en général de 20 centimètres.

2nd un diamètre assez important qui est le diamètre bis-épineux qui réunit les 2 épinces iliaques antéro-supérieures et qui mesure 21 centimètres.

3rd un autre diamètre qui réunit les 2 parties les plus éloignées de la crête iliaque, c'est le diamètre bis-iliaque il mesure 28 centimètres. Enfin le diamètre bi trochantérien qui va d'un trochanter à l'autre et qui mesure 32 centimètres.

Petit bassin - toutes les difficultés de l'accouchement proviennent du petit bassin. Le petit bassin a pour limites le détroit supérieur et le détroit inférieur entre ces 2 détroits se trouve l'excavation pelvienne.

Diamètres du détroit sup. Au niveau du détroit supérieur on a un diamètre antéro-postérieur, 2 diamètres obliques et 1 diamètre transverse.

Le diamètre antéro-postérieur ou promonto-pubien

part de la partie supérieure du promontoire à la partie supérieure de la symphyse pubienne et mesure 11 centimètres.

Les 2 diamètres obliques sont : l'un gauche et l'autre droit; le diamètre oblique gauche est celui qui part de la symphyse sacro-iliaque droite, et aboutit en avant à l'éminence ilio-pectinée gauche.

Le droit et celui qui part de la symphyse sacro-iliaque gauche et aboutit en avant à l'éminence ilio-pectinée droite; ils ont la même dimensions et mesurent chacun 12 centimètres.

Le diamètre transverse part des 2 points les plus éloignés de la ligne innominée et mesure 13 à 13 $\frac{1}{2}$.

Excavation pelvienne - Les diamètres de l'excavation pelvienne sont au nombre de 4 : 1 diamètre antero-postérieur, 1 diamètre transverse et 2 diamètres obliques. Le diamètre antero-postérieur part de la 2^{me} vertèbre sacrée et se dirige en avant à la partie postérieure de la symphyse pubienne, il mesure 12 centimètres. Les diamètres obliques sont : l'un gauche, l'autre droit; le diamètre oblique gauche est celui qui part de la grande échancrure sciatique droite et va aboutir au milieu du trou obturateur gauche.

Le diamètre oblique droit est celui qui part de la grande échancrure sciatique gauche et aboutit au milieu du bras obturateur droit, il mesure ^{sacrum} 19 centimètres. Le diamètre transverse part d'un plancher cotyloidien à l'autre et mesure 19 centimètres.

Diamètres du détroit inférieur - En arrière du détroit inférieur on trouve la pointe du coccyx en cheminant d'arrière en avant l'on trouve le bord inférieur du grand ligament sacro-sciatique toujours en se dirigeant en avant la tubérosité de l'ischion, la branche ascendante de l'ischion ou descendante du pubis, la symphyse pubienne et le ligament triangulaire de la symphyse pubienne.

Les diamètres sont au nombre de 4 : le diamètre antéro-postérieur ou coccyx sous-pubien, part du coccyx et vient aboutir au dessous du pubis, il mesure 11 centimètres. Beaucoup d'auteurs disent 9 centimètres ; ce diamètre est un peu variable parce que le coccyx est mobile et peut se déplacer. Le diamètre oblique part de la partie inférieure du grand ligament sacro-sciatique et vient aboutir au milieu de la partie inférieure de la branche ischio-pubienne ou branche ascendante de l'ischion, il mesure 11 centimètres.

Le diamètre transverse ou bis ischiatique qui va d'un ischion à l'autre mesure 11 centimètres. De moyen certains auteurs admettent le détroit moyen. L'excavation pelviene est divisée en 2 parties; la grande excavation et la petite excavation.

Ce détroit à plusieurs diamètres.

Le diamètre antéro-postérieur part à l'union du sacrum et du coccyx et arrive au milieu de la partie postérieure de la symphise pubienne il mesure 12 centimètres.

Les diamètres obliques qui partent de la partie moyenne du petit ligament et aboutissent à la partie moyenne du trou obturateur mesure 11 centimètres en moyenne.

Le diamètre transverse ou bis-sciatique joint les 2 épines sciatiques, il mesure 10 centimètres.

Le détroit moyen à une très grande importance au point de vue de ses épines sciatiques; quand elles sont très longues elles forment un obstacle pour l'accouchement.

- Les muscles du bassin -

À l'intérieur du bassin on a à étudier les muscles du grand bassin et les muscles du petit bassin.

Les muscles qui forme le petit bassin de bassin les portent le nom de périnée.

Sur niveau du grand bassin il est un muscle considérable qui est le muscle psoas iliaque, il se compose lui-même de trois muscles qui sont : le petit psoas, le grand psoas et le muscle iliaque. ~~et il psoas~~

On voit d'abord le petit psoas derrière lui le grand psoas. Le muscle iliaque passe derrière le grand psoas.

Le petit psoas **Petit psoas** - Le petit psoas s'insère supérieur est grêle nubialement à la 12^e vertèbre thoracique et sur la 1^e vertèbre lombaire, et aplati.

de là ses fibres forment un faisceau charnu qui se continue et forme un tendon qui vient s'insérer sur l'éminence ilio-pectinée ; ce muscle est entouré d'aponévrose.

Tous les muscles de l'économie sont entouré d'aponévrose, ce sont des membranes fibrouses qui les entourent, les maintiennent dans leur rapport et l'empêche pour ainsi dire de se luxer. Cette aponévrose est nommée fascia iliaca

Ce muscle petit psoas est relativement très grêle.

Grand psoas — Ce muscle à la forme d'un faisceau, il s'insère supérieurement sur les parties latérales du corps et sur les apophyses transverses des 4 premières vertèbres lombaires et de la dernière dorsale. De là il traverse le bassin, parallèlement à la ligne innominée qu'il déborde un peu en dedans et longe le bord interne du muscle iliaque avec lequel il s'unit.

Muscle iliaque C'est un muscle large de forme triangulaire qui recouvre de chaque côté les fosses iliaques internes. Ses fibres s'attachent à la surface de la fosse iliaque interne, se dirigent en bas, passent sous le ligament de Fallope et se réunissent au tendon du grand psoas pour aller s'attacher avec lui au petit trochanter. Ce muscle dans sa portion pelvienne, sert de coussin à l'utérus gravide; quand il se contracte, il est fléchisseur et abducteur de la cuisse.

Le faisceau charnu résultant de l'union de ces 2 muscles diminue d'épaisseur à mesure qu'il devient plus inférieur. Il recouvre l'articulation coxo-fémorale, sur laquelle il glisse par une bourse séreuse dépendant de la synoviale articulaire.

Face postérieure - La face postérieure du muscle iliaque est en rapport avec le muscle carré des lombes plus ou moins avec les apophyses transverses des vertèbres lombaires; avec la fosse iliaque interne; avec le nerf crural qui passe derrière le grand psoas.

À sa partie supérieure il est en rapport avec le rein recouvert de sa capsule surrenale postérieure rénale, et la veine rénale, en descendant dans le bassin, avec l'artère utéro-ovarienne, et l'uretère qui part du rein et se rend dans la vessie.

À droite de la colonne vertébrale au niveau du bord interne, est la veine cave inférieure, la veine iliaque primitive et la

À gauche est l'aorte et l'artère iliaque primitive et

Ce muscle est encore en rapport: à droite avec le cæcum et à gauche avec l'artère iliaque primitive. L'aponévrose facia-iliaque s'insère sur toute l'étendue de la colonne vertébrale, elle forme la même espèce de peau que où vient passer les vaisseaux et les nerfs; elle recouvre toute la face interne du muscle psoas iliaque et vient s'insérer avec lui sur le petit trochanter.

Parties molles du bassin

Petit bassin

Sur le squelette on voit un vaste orifice qui, sur le vivant, est comblé par les parties molles du bassin. À la partie supérieure du petit bassin en arrière on trouve le promontoire, en avant la symphise pubienne et sur les parties latérales la ligne innominée; puis en avant un organe de forme globuleuse, qui c'est la vessie; en arrière de la vessie on rencontre un autre organe, c'est l'utérus; de chaque côté de l'utérus partent deux bandes qui se rattachent sur les parois latérales du bassin, ces bandes sont appelées ligaments larges. Tout à fait en arrière de l'utérus à la partie postérieure du bassin on rencontre un autre organe qui est le rectum.

Aponévrose pelviennne

En dessous de tous ces organes, on trouve une aponévrose garnissant toute l'excavation pelviennne et venant s'insérer latéralement sur les parois osseuses.

Cette aponévrose est très résistante et recouvre une série de muscles sous-jacents; elle s'insère en avant à la partie postérieure de la symphise pubienne et sur les deux pubis; et latéralement sur les branches osseuses qui limitent le trou obturateur, elle s'insère ensuite sur le contrefort osseux qui correspond à

la cavité cotyloïde en arrière de la ligne incontinée,
ensuite sur la base du Sacrum et sur la ligne
médiane au-dessous du 1^{er} trou sacré.

Derrière cetteaponévrose on trouve une série de
Releveur
de l'anus.muscles, dont un très vaste anges on donne nom
de muscle releveur de l'anus ou releveur périanal
ou releveur coccygien ; il existe de chaque côté
trois faisceaux de fibres : un antérieur ou faisceau
pubien qui s'insère sur la partie postérieure du
pubis et sur ses parties latérales, puis il se dirige
d'avant en arrière, et s'insère sur la ligne médiane.
De là il va sur l'urètre, ensuite sur la ligne
médiane, puis il a des fibres qui viennent s'insérer
à la partie antérieure du vagin, sur ses parties
latérales et sur sa partie postérieure, sur le rectum
et revient une troisième fois sur la ligne médiane.
Le second faisceau se nomme faisceau coccygien
ses fibres s'insèrent sur la pointe du coccyx et vont
s'insérer ensuite sur une petiteaponévrose qui
part en arrière de l'épine sciatique et se dirige
en avant sur la partie horizontale du pubis.
Le 3^{me} faisceau. Ses fibres partent de la pointe
des épines sciatiques et viennent s'insérer sur
les parties latérales du coccyx.

On peut comparer ce muscle releveur de l'anus à un éventail dont le bord arrondi s'étendrait du pubis à l'épine sciatique.

L'orifice intérieur est fermé par ces fibres excepté 2 orifices qui laissent passer les vaisseaux et les nerfs obturateurs.

Il y a deux autres muscles complémentaires qui sont : le muscle pyramidal et le muscle obturateur interne.

Muscle pyram. Le muscle pyramidal s'insère sur la partie antérieure et latérale du sacrum puis il se dirige transversalement vers les grandes échancrures sacro-sciatiques, puis ses fibres se dirigent en dehors et vont s'insérer sur le grand trochanter.

Obturat. inter. Le muscle obturateur interne s'insère sur tout le pourtour du trou obturateur et sur la membrane obturatrice ; de là ses fibres se dirigent en arrière et s'échappent du bassin par la petite échancrure sciatique et viennent s'insérer sur le grand trochanter.

Au dessous de ces muscles qui constitue le diaphragme pelvien, il existe 2 autres muscles au niveau de l'anus, il existe deux sphincters : un sphincter interne et un sphincter externe

Les sphincters: Le sphincter interne est un muscle à fibres lisses il se trouve dans les parois même du rectum et de l'anus.

Le sphincter externe est un muscle à fibres striées, il se compose de deux moitiés absolument symétriques qui en se réunissant forment un anneau. Les fibres de ce sphincter s'incèrent sur la pointe du coccyx par un petit tendon aponévrotique ; puis ces fibres se dirigent en dehors les unes à droite les autres à gauche et contournent l'anus et viennent s'incérer sur un petit tendon nommé raphé aponévrotique. lorsque le sphincter externe de l'anus se contracte il ferme l'orifice anal.

On compare le trajet des fibres du sphincter externe, anal et du constricteur du vagin aux.

On voit de chaque côté les corps cavernous qui partent de la partie inférieure des branches ischio-pubienne, se dirigent en avant et se réunissent à la symphise pubienne elles s'incèrent sur le corps du clitoris. Il existe encore deux autres

Organes érectiles organes qui sont : les organes érectiles ou bulbes du vagin ; ils se trouvent placés de chaque côté de l'orifice vaginal et forme le constricteur du vagin.

Constricteur de la vulve Le constricteur de la vulve est disposé autour de l'orifice vaginal comme le sphincter autour de l'anus. Il forme un anneau complet et s'incère en arrière sur les fibres musculaires du sphincter externe de l'anus, ces fibres se dirigeant de chaque côté et contournant l'orifice de la vulve et viennent se continuer sur le clitoris. Ce muscle constricteur est un muscle rudimentaire.

Muscle Au dessous est un autre muscle qu'on appelle transverse superficiel du périnée qui s'incère du périnée de chaque côté sur la partie interne de l'ischion; ces fibres s'entrecroisent avec celles du côté opposé sur la ligne médiane, il y en a d'autres qui s'arrêtent sur le muscle constricteur du vagin n'est autre chose qu'un soutien pour les autres muscles.

Muscle Il y a encore le muscle ischio-caverneux qui n'a ischio-caverneux pas grande importance, il s'incère sur les bords de l'ischion, entoure les corps caverneux et se termine à la partie supérieure de ce corps.

Muscle de Wilson Le muscle de Wilson. Certains auteurs admettent ce muscle qui est petit et s'incère à la partie postérieure de la symphise pubienne, et va jusqu'au niveau de l'urètre.

L'aponévrose périénale a une grande importance
il est formé chez l'homme.

Aponevroses. Il existe 3 aponevroses: une superficielle, une moyenne et une profonde, entre ces 3 aponevroses se trouvent des muscles.

Entre la superficielle et la moyenne se trouve deux muscle: le constricteur de la vulve, et plus en arrière le transverse superficiel. Entre la moyenne et la profonde on trouve le transverse profond. Le muscle de Wilson est situé plus profondément.

On comprend sous ce nom toutes les parties molles qui ferment l'orifice pelvien. Il se compose de 2 étages ou plans. le plan musculaire et le plan fibro-^{peiriné} Le périené est donc un plan musculo-fibro-^{peiriné} formé de 2 aponevroses; une superficielle et une profonde. La 1^{re} est très mince, elle s'insère en avant sur le clitoris et la commissure antérieure de la vulve, latéralement sur la branche périénale du pubis et de l'ischion; en arrière elle ne finit pas brusquement elle va se perdre dans l'aponévrose profonde; cette dernière est plus épaisse et plus résistante.

Péiriné. Le périené s'étend de la vulve à l'anus, il se divise en 2 parties: le périené anal et le périené vulvaire.

- Cavité abdominale -

La cavité abdominale contient une série d'organes importants qui sont : l'estomac, l'intestin, le foie, les reins etc... et tous les organes du petit bassin fermé supérieurement par le diaphragme. L'abdomen est comparé à une espèce de ton ronde, dont le mur qui l'entoure n'est autre chose que les parois abdominales ; il est constitué en arrière par une partie solide qui est la colonne vertébrale ; et dans tout le reste de son étendue par des parties molles. Au niveau du thorax existe une paroi osseuse, complète formée par les côtes et le sternum.

Les parois abdominales sont formées par le psoas-iliaque, le carré des lombes qui est une petite bandelette musculaire qui s'étend du bassin à la dernière fausse côte, il s'incère inférieurement au $\frac{1}{4}$ interne de la crête iliaque, sur l'interstice de cette crête, il s'incère par des petits fibres aponévrotiques qui se rendent à la 12^{me} = fausse côte, et quelquesunes sur les apophyses transverses des quatre dernières vertèbres lombaires.

En avant on trouve de grandes bandelettes musculaires formant le grand droit, il existe encore une

autre masse musculaire qui est le sacro lombaire.
des muscles qui entourent la cavité abdominale
sont les suivants: d'abord le grand oblique, le petit
oblique, le transverse, le grand droit, enfin le pyra-
midal.

Le grand oblique est le muscle le plus superficiel
des parois abdominales, il s'incise superficiellement
aux 7 dernières côtes par des petites languettes
musculaires qui s'entrecroisent à leur origine
à d'autres bandelettes appartenant au grand dentelé
et au grand dorsal, de là ces fibres suivent une direction
oblique (c'est pourquoi on lui a donné le nom de
grand oblique,) celles du petit oblique s'entrecroisent
aussi en X avec celles du grand.

Au-dessous on trouve le transverse qui s'incise su-
périeurement aux côtes et inférieurement à la $\frac{1}{2}$ ~~et~~
antérieure de la crête iliaque.

Donc le grand oblique s'incise à la ligne externe.
Le petit oblique à l'intastice, et le transverse
à la ligne interne.

Les insertions du grand oblique se font surtout sur
une vasteaponévrose, ce sont les plus importantes.
Cetteaponévrose s'incise sur la ligne médiane avec
l'aponévrose du côté opposé, leurs fibres s'entrecroisent

et forment la ligne blanche qui est interrompue au milieu par l'ombilic. Cetteaponévrose se termine inférieurement en constituant l'arcade de Fallope, ou ligament de Fallope ou de Poupart. Ce ligament est constitué par des fibresaponévrotiques du grand oblique. Au dessous sont les parois abdominales en dessous 2 canaux séparés par une petite bandelette verticale qui s'étend du ligament de Fallope à l'émanence ilio-pectinée, le canal supérieur est le l'inferieur est le canal crural.

Ce ligament de Fallope ne s'insère pas simplement au pubis par une insertion, mais par 3 faisceaux : le 1^{er} se rend à l'épine pubienne, le 2^{me} vient s'insérer juste au milieu de la symphise pubienne et enfin le 3^{me} faisceau supérieur au précédent et qui passe de l'autre côté, arrive en arrière pour fermer l'espace comprise entre les 2 premiers, ce petit espace est transformé en un orifice par des fibres, c'est l'orifice externe du canal inguinal qui sert chez l'homme au passage des conduits spermatiques qui se rendent aux testicules, et chez la femme au passage du ligament rond.

L'orifice externe est composé d'un pilier externe d'un pilier moyen et en haut des fibres articulées

et en bas par le ligament de Colles.

Quand le grand oblique se contracte s'il prend un point d'appui sur le pubis, il tire sur les côtes qui s'abaissent et produisent l'expiration; quand il prend point d'appui sur le thorax, il agit sur le bassin et produit un mouvement de flexion du bassin.

Muscle petit oblique

Le petit oblique s'insère en arrière sur l'apophyse épineuse de la 1^{re} vertèbre sacré et sur les 3 dernières lombaires, sur le ligament ilio-lombaire, sur la crête sacrée dans les 3/4 antérieurs de l'interstice.

De là ses fibres se croisent avec celles du grand oblique, les fibres supérieures se portent supérieurement et s'insèrent sur les 3 dernières côtes 10^e 11^e et 12^e et vont ensuite sur l'aponévrose qui s'étend depuis le thorax jusqu'au niveau du bassin.

Cette aponévrose après avoir été unique pendant un certain trajet se dédouble en 2 feuillets, dont un se dirige vers la partie la plus superficielle et l'autre dans la partie profonde.

Le superficiel se confond avec l'aponévrose du grand oblique, et le feuillet postérieur se réunit à l'aponévrose du transverse.

Ces 2 feuillets après avoir entouré le muscle grand droit se réunissent et s'entrecroisent, et c'est à ce

niveau qui existe la ligne blanche.

Il existe 2 fascias c'est à direaponévrose lâche, constitué par du tissu cellulaire : le superficialis et le transversalis. Le fascia superficialis est une espèce de bande qui entoure tout le muscle grand oblique ayant au dessous du tissu cellulo-graissieux ou (adiposus) et au dessous, la peau.

Aponévrose Le fascia transversalis est celui qui se trouve dans la profondeur, c'est une doubleur qui double tout le muscle transverse, sous ce fascia on trouve le péritoine.

Dans la partie sous-ombilicale, les muscles droits existent aussi, inférieurement l'aponévrose se fisionne à celle du côté opposé, le petit oblique contrairement à ce qui se passe pour la partie sus-ombilicale le petit oblique ne se redouble pas, il se confond avec l'aponévrose du grand oblique.

Le transverse et son aponévrose passent en avant des muscles grands droits et se fisionnent à l'aponévrose des 2 autres muscles. En arrière du grand droit on trouve le fascia transversalis.

Muscle Le petit oblique a des insertions inférieures sur la partie inférieure du ligament de Fallope, son action est à peu près la même que celle du grand oblique.

Muscles Le transverse s'insère en arrière à la partie interne transverses des 7 dernières côtes par des petites bandelettes aponévrotiques très courtes et qui entrecroisent leurs insertions à celles du Diaphragme, les insertions moyennes se font sur la colonne vertébrale par l'intermédiaire des feuillets aponévrotiques; un feuillet à son origine par le sommet de l'apophyse épineuse, commun pour les 3 dernières vertèbres lombaires, commun avec les insertions du petit oblique.

Le 2^{me} feuillet sur la pointe des apophyses transverse, le 3^{me} à la base de cette apophyse. Les premiers se réunissent et n'en forment qu'un qui se continue avec les fibres charnues du transverse. Entre le 1^{er} et le 2^{me} feuillet on trouve le psoas iliaque et entre le 2^{me} et le 3^{me} les muscles de la région lombaire.

Ces muscles obliques et transverses forment comme une ceinture et en se contractant resserrent l'abdomen.

Parois abdominales - (suite)

Muscles grands droits

Ce muscle grand droit est une grande bandelette qui s'insère sur le thorax en haut, et en bas sur le bassin; ils sont au nombre de deux situés à la partie antérieure de la cavité abdominale, de chaque côté de la ligne médiane. Chaque muscle s'insère d'une part sur le bord supérieur du pubis, dans l'intervalle qui sépare l'épine du pubis de la symphise-pubienne, d'autre part aux cartilages des 8^{me}, 9^{me} et 10^{me} côtes par 3 digitations.

Chaque muscle droit présente sur son trajet 3 ou 4 intersections aponevrotiques, il est donc formé de 3 ou 4 tronçons musculaires qui se continuent bout à bout. Ces muscles droits sont aplatis en forme de ruban large de 2 à 3 travers de doigt. Au niveau de leur insertion inférieure, ils se touchent par leurs bords internes et s'écartent à mesure qu'ils se rapprochent de leurs insertions supérieures où ils sont distants de 2 à 3 centimètres.

Ils sont maintenus dans une gaine aponevrotique complète dans la région sous-ombilicale constituée en avant par l'aponevrose du grand oblique et par des feuilles du petit oblique, et en

arrière avec l'aponévrose du muscle transverse et l'autre feuillet du petit oblique.

La région sus-ombilicale. Le muscle droit est enveloppé d'une aponévrose incomplete, en arrière il est recouvert par le fascia transversalis derrière lequel se trouve le péritoine.

Action

Action... Quand ces muscles se contractent ils tendent à rapprocher les 2 points d'insertion du thorax et du bassin, l'abdomen semble se rétracter. Quand son point fixe se trouve en haut sur le thorax, il se produit un mouvement de flexion sur le bassin, s'il est en bas il tire sur les côtes, les abaisse et il se produit le mouvement d'expiration.

En outre de ces 2 muscles droits, on en remarque un autre de faible importance (il manque quelques fois) qui est le muscle pyramidal qui se compose de fibres musculaires; il naît du pubis et du ligament antérieur de la symphise, se porte en haut et se termine par une extrémité pointue qui s'attache sur la ligne blanche. Il est de forme triangulaire.

Dans l'épaisseur des parois abdominales on trouve des artères lombaires, des veines du même nom

qui se rendent aux veines des nerfs qui viennent du plexus lombaires, ce sont les nerfs abdomino-génital supérieur et le nerf abdomino-génital inférieur.

Le canal inguinal présente un orifice externe, un trajet et un orifice interne.

L'orifice externe se trouve composé de 2 piliers un externe, un moyen latéralement, en haut les fibres arciformes et en bas le ligament de Zolles son ouverture est sur le fascia superficiel.

L'orifice interne ou profond a son ouverture sur le fascia transversalis.

Entre ces 2 orifices existe la longueur du canal ayant des murs en voûte formés par les fibres du petit oblique et du transverse et par le ligament de Fallope qui est tout voisin.

Dans le canal inguinal passe le ligament rond chez la femme, et chez l'homme il joue un rôle très important, il sert de passage aux testicules qui se développent comme les ovaires sur les côtés de la colonne vertébrale, et à la période embryonnaire.

vers la fin de la grossesse descendant vers le canal inguinal, arrive à l'orifice profond, traversent complètement ce canal et descendent dans les bourses.

leur siège habituel et normal.

Parfois les testicules restent cachés dans ^{le canal} ~~la cavité~~ ^{inguinal} abdominale et ne descendent pas du tout. Il y a alors vice de conformation qui s'appelle ^{le canal à une grande importance au point de vue} des hernies qui sont la sortie d'un organe en dehors de la cavité abdominale. La hernie peut se faire au niveau de l'ombilic, du canal inguinal, et du canal crural, et à travers de petits orifices qui se creent au niveau de la ligne blanche. Les hernies les plus fréquentes se passent au niveau de l'ombilic (hernies ombilicales) au niveau du canal inguinal (hernies inguinales) et au niveau du canal crural (hernies crurales). Ce n'est pas seulement l'intestin qui peut descendre mais l'épiploon, l'ovaire etc.

La hernie intestinale peut se faire par l'influence du phénomène de l'effort expulsif.

Si l'intestin se trouve comprimé par la cavité abdominale et s'il peut trouver un orifice libre il cherche à s'échapper par cet orifice, soit par l'ombilic.

Ce phénomène de l'effort joue un grand rôle dans l'accouchement, surtout pendant la période d'accou

On divise l'effort en 2 classes : l'effort simple et l'effort expulsif.

Dans l'effort simple, les bras prennent point d'appui sur le thorax, et il faut que les muscles mêmes prennent point d'appui sur le thorax pour cela, il faut que ce thorax soit immobilisé, il faut aspirer l'air afin de l'empêcher, alors la glotte se ferme, et l'air reste dans les poumons, les côtes et le thorax sont dans l'immobilité, si la glotte s'ouvre un peu, l'air s'échappe et produit un petit bruit.

À côté de l'effort simple, il y a l'effort expulsif, très intéressant au point de vue obstétrical, il s'exerce sur la vessie et produit la miction ; sur le rectum et produit la défécation, sur l'utérus et le vagin pour l'accouchement.

Cet effort se fait de la façon suivante : les parois abdominales agissent sur les muscles qui se contractent énergiquement, compriment tout le contenu abdominal, grâce à l'entrecroisement des fibres, principalement sur l'intestin de tel sorte qu'il va tendre de s'échapper vers la partie supérieure de l'abdomen et vers la partie inférieure du côté du thorax il rencontre le diaphragme

qui doit être immobilisé pour que l'effort soit complet, alors l'intestin ne pouvant remonter à cause du diaphragme, descend, vient ~~à l'intérieur~~ exercer sa compression sur les organes du petit bassin, rencontre en avant la vessie, en arrière le rectum et au milieu l'utérus; si la compression est exercée sur l'utérus il se trouve comprimé dans tous les sens, et laisse échapper son contenu qui arrive au dehors après avoir traversé le vagin et la vulve.

Il y a les conditions indispensables pour que l'effort puisse se faire; les voies respiratoires doivent être normales, la glotte doit se fermer pour cela, il ne faut pas que la femme ait subi la trachéotomie; si la femme a subi cette opération, elle est alors dans l'impossibilité complète de faire des efforts, il faut donc terminer l'accouchement par une application de forceps.

Il arrive très rarement que les muscles droits soient écartés; ils forment pour ainsi dire une parenthèse dans laquelle vient faire saillie une portion intestinale. Ceci arrive chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants, ou une tuméfaction abdominale, en un mot quand les parois abdominales ont été très distendues on observe aussi cela chez les femmes qui ont

subi la laparotomie.

Les fibres s'amincent extrêmement, les intestins n'étant plus bien maintenus, viennent se projeter dans l'ouverture entre les muscles grands droits par suite des efforts de la femme.

Cette ouverture a ordinairement une largeur de 4 travers de doigts, mais parfois elle est plus considérable.

- Organes génitaux féminins -

Les organes génitaux de la femme ont été divisés en 2 parties : les organes génitaux externes et les organes génitaux internes.

Organes génitaux externes : Les organes génitaux externes se composent : Du mont de Vénus et de la vulve.

Le mont de Vénus ou pénis est cette éminence Mont-d-Vénus à sommet arrondi qui recouvre le pubis et surmonte la vulve, il est recouvert de follicules pilaires, à sa base il est en rapport avec la vulve, sur les parties latérales il se continue avec la peau des cuisses.

Vulve : La vulve constitue l'ensemble des organes qui entourent et forment l'ouverture extérieure des voies génitales, elle est limitée en haut par le mont de Vénus ou pénis; en bas par le péirinée. Elle se compose de différentes parties qui sont : les grandes lèvres, les petites lèvres, le clitoris recouvert de son capuchon, le vestibule, le méat urinaire et l'hymen.

Grandes lèvres : les grandes lèvres sont au nombre de deux, elles sont situées de chaque côté de la vulve; plus épaisses et plus renflées à leur partie moyenne qu'à leurs extrémités, elles forment deux replis

symétriques allant de la partie inférieure du mont de Vénus avec lequel elles se confondent la partie antérieure et médiane du périnée.

Indépendamment de leurs deux extrémités, on peut décrire aux grandes lèvres, une face externe, une face interne, et deux bords.

Face externe La face externe où cutanée est convexe et couverte de poils un peu moins abondants qu'au pénis. Un sillon nettement accusé (sillon génito-crural) la sépare de la racine de la cuisse.

Face interne La face interne est plane, rosée, dépourvue de poils et s'adosse à celle du côté opposé quand la vulve est fermée.

Bord antérieur Le bord antérieur ou bord libre unit les deux faces précédentes et présente un contour arrondi, en allant de haut en bas, il décrit une légère combe à convexité antérieure. Son aspect est le même que celui de la face externe ; il est couvert de poils peu abondants au dessous de la partie moyenne.

Bord postérieur Le bord postérieur est adhérent et épais, il s'attache à la branche ischion-pubienne et se continue avec les parties molles des régions voisines.

Structure Les parties qui rentrent dans la composition des grandes lèvres : sont : la peau, ensuite sous la peau

une tunique de fibres musculaires lisses, en dessous une couche de fibres élastiques, encore en dessous une couche cellulaire où cibili-adipeux. On trouve aussi dans leur extrémité supérieure quelques fibres musculaires venant du ligament rond.

Vaisseaux. On trouve aussi des vaisseaux et des nerfs.

et nerfs. Les artères viennent de la honteuse interne et des hontes externes, fournies par les artères fémorales et les épigastriques, les veines accompagnent les artères, les nerfs proviennent des nerfs hypogastriques et affermantes du plexus lombaire. Les vaisseaux lymphatiques se rendent tous dans le périné du bassin, interne, dans les ganglions qui se trouvent dans le pli de l'aïne.

Usages. Les grandes lèvres sont des organes de protection; elles concourent, en outre à l'accouchement en formant à ce moment un canal membraneux qui livre passage au fetus.

Petites lèvres. Quand on écarte les grandes lèvres, on aperçoit les petites lèvres ou nymphes qui se présentent sous la forme de deux replis minuscules beaucoup plus mince que ceux des grandes lèvres, d'une couleur rosée. On peut leurs considérer à faces et extrémités; une face externe, une face interne, une extrémité supérieure, une extrémité inférieure.

Face externe. La face externe, où versant, est plane, elle répond à la face interne des grandes lèvres dont elle est séparée

par un sillon profond.

Face interne La face interne est plane aussi et s'applique en partie à celle du côté opposé.

La partie inférieure des petites lèvres se termine en un point appelé la fourchette, à la partie supérieure elles se divisent en 2 branches. La branche la plus interne qui se réunit sous le clitoris avec la branche du côté opposé forment ce qu'on appelle frein du clitoris Capuchon. La branche externe passe audessus du clitoris et du clitoris s'unit à la branche correspondante du côté opposé en formant avec elle un pli saillant comme sous le nom de capuchon du clitoris, qui est analogue au prépuce chez l'homme.

Dans certaines peuplades de l'Afrique, chez les petites filles, ce capuchon peut recouvrir la vulve, on est obligé de faire une section. Chez les femmes bos-chimanes, les petites lèvres aquièrent une longueur de 12 à 18 centimètres et forment ce qu'on a appelle le tablier des Hottentotes.

Structure Les petites lèvres sont formées par un repli de la muqueuse vulinaire, au milieu duquel existe une couche de tissu conjonctif, recouverte d'un épithélium pavimenteux au dessous duquel on trouve des papilles dont la sensibilité est

Glandes surtout mise en jeu pendant la copulation. Les glandes sébacées y sont très nombreuses. Les vaisseaux sanguins sont fournis par ceux des grandes lèvres, une partie des veines va se réunir aux veines du bulbe et du vagin. Les lymphatiques se rendent aux ganglions de l'aine, les nerfs viennent de la honteuse interne.

Usages ... Les usages des petites lèvres sont relatifs à la copulation et à la parturition; elles s'effacent, en effet, pendant l'accouchement et servent à l'expansion de la vulve.

Clitoris Le clitoris est un organe érectile analogue au corps cavernosus de l'homme; il naît par 2 racines longues de 27 à 30 millimètres, donnant naissance au corps du clitoris qui monte au devant de la symphyse pubienne, parcourt toute la honteuse du vestibule, se recourbe en avant et se termine par le gland du clitoris.

Structure Le clitoris est formé d'une enveloppe fibreuse, des veines qui partent de la trame érectile. Les

Artères artères viennent de la honteuse interne, ce sont: l'artère cavernosuse et l'artère dorsale. Les veines

Veines viennent de l'artère dorsale. Les nerfs proviennent de la honteuse interne et viennent se terminer

Nerfs dans le périnée qui est le principal siège

De la sensibilité génitale chez la femme.

Par sa ~~essentielle~~ situation, son érectilité et sa sensibilité, le clitoris est un organe de copulation.

Vestibule

Le vestibule est un petit espace triangulaire, limité par les petites lèvres, dans lequel on trouve vers le sommet, le clitoris et en dessous le méat urinaire, cette est nacrée, lisse ; elle recouvre le corps du clitoris ; la muqueuse qui la tapissé contient des papilles et un petit nombre de glandes.

Méat urinaire

Le méat urinaire est l'orifice externe de l'urethre, de forme circulaire, placé au centre d'un petit bourrelet arrondi et saillant situé sur la ligne médiane entre le vestibule et l'extrémité antérieure de la paroi supérieure du vagin, cet orifice a une grande importance pour pratiquer le cathétérisme. Pour cela

Cathétérisme

on introduit l'index dans l'orifice vulvo-vaginal, et quand il arrive sur le tubercule urétral (en avant) on dirige la sonde en suivant le doigt et elle arrive dans l'orifice du canal de l'urethre.

Orifice vaginal. L'orifice vaginal présente des différences suivant qu'on a à faire à une femme vierge, nullipare, ou multipare. Chez la femme vierge, l'orifice du vagin est en partie fermé par une membrane assez mince pour être déchirée pendant les premières approches sexuelles, d'où le nom d'hymen sous lequel on le désigne. Il a ordinairement la forme d'un croissant, dont la partie large est convexe est à la partie inférieure, et les cornes et la concavité à la partie supérieure.

Hymen. L'hymen n'a pas toujours la forme semi-lunaire; il peut prendre encore la forme d'un diaphragme circulaire, il existe alors une membrane complète avec un orifice au milieu pouvant être étroit ou large. Il y a aussi l'hymen labié présentant une fente verticale ayant 2 levres, une droite l'autre gauche dans les bords peuvent devenir dentelés. On observe aussi au lieu d'un orifice central, 2 qui sont placés les uns à cotés des autres, il peut même y avoir plusieurs orifices. Dans cette disposition rappelle une pomme d'arrosoir, on a alors

l'hymen criblé.

Il existe même des cas où l'hymen n'est pas perforé et au moment de la menstruation, le sang ne pouvant pas s'écouler se met à s'insérer dans les tissus, du vagin et de l'utérus.

Un moment de la défloration, dans les cas où l'hymen est normal, il se produit des déchirures, mais c'est très rare, la défloration peut avoir lieu sans déchirures.

Ces petites déchirures fournissent une petite quantité de sang et donnent les caroncules desquelles il y en a 2 sortes: les caroncules hyméniales et myrtiformes.

Chez la femme vierge l'hymen en croissant est intact, chez les nullipares au moment de la défloration il se produit de simples déchirures au moment du rapport sexuel et qui sont au nombre de trois et dont les lambeaux peuvent être rapprochés.

Chez la femme ayant eu des enfants, l'aspect sera le suivant: les déchirures sont plus profondes, elles enbaissent non seulement l'hymen, mais encore les organes voisins qui se cicatrisent par suite de la formation de tissus cicatriciels.

il y a alors des petits nodules nettement séparés les uns des autres et forment les coronules myrtiliformes. Ceci est très important pour contrôler le dire des femmes qui se diront primipares quand elles seront multipares et important aussi au point de vue médico-legal.

Cet hymen a quelque fois très peu d'épaisseur, dans d'autre cas assez large permettant les rapports sexuels sans qu'il n'y ait de déchirures; parfois l'hymen est fibreux par conséquent si résistant qu'on est obligé d'employer le bistouri sans cela les rapports serait impossible et il y aurait obstacle à la fécondation.

Glandes de Bartholin... Sur les parties latérales de l'hymen, on trouve les glandes vulvo-vaginales ou de Bartholin, glandes en grappe ayant un petit canal de quelques millimètres de long, il existe encore d'autres glandes dont la sécrétion est active au moment du coït.

Organes génitaux internes Les organes génitaux internes sont au nombre de 4: le vagin, l'utérus et ses ligaments, les trompes utérines et les ovaires.

- Vagin -

Vagin

Le vagin où conduit copulateur est un canal qui permet l'introduction du membre viril et l'éjaculation. C'est un organe cylindrique qui s'étend de la vulve à l'utérus; il est fermé inférieurement par l'hymen et ses débris, il s'ouvre supérieurement dans tout le pourtour de l'utérus. La direction du vagin chez une femme debout est oblique de haut en bas et d'avant en arrière, il ne constitue pas un conduit absolument rectiligne, mais un peu courbe dont la concavité regarde la vessie.

On a décrit au vagin un orifice externe, un orifice profond, une paroi antérieure, une paroi postérieure et des parois latérales.

Paroi antérieure

Antérieurement, le vagin est en rapport avec la vessie, la partie supérieure des parois vaginales avec le bas fond de la vessie ce qui permet chez la femme de faire l'exploration de la vessie. Ce voisinage a ses inconvénients, quand il se produit une compression prolongée de ces tissus il se forme des escharres qui tombent et amènent la formation de fistules soit uréthro vaginales soit vénico vaginales.

Escharres

Dans ces dernières, l'urine s'écoule constamment. Sans le canal vaginal dans le premier cas, l'écoulement ne se fait qu'au moment de la miction.

Paroi postérieure Le vagin est cotoyé postérieurement par le rectum, l'accrolement du rectum et du vagin est intime vers la partie moyenne du canal vaginal, dans la partie supérieure l'accrolement n'est plus aussi intime, il existe un petit feuillet péritonéal se comportant en enveloppant le rectum auquel il fournit un revêtement descendant en avant du rectum et se réfléchissant sur la paroi postérieure vaginale et sur l'utérus et forme le cul-de-sac.

Cul-de-sac de Douglas auquel on donne encore le nom de cul-de-sac recto-utérin ou recto-vaginal. Dans la partie antérieure le vagin et le rectum ne sont plus intimement accolés, il existe des muscles et desaponévroses constituant ce qu'on appelle le périée.

Fistules De même que le vagin, le rectum a aussi des inconvénients, il y a aussi des fistules recto-vaginales, il peut se produire des déchirures quand la tête est volumineuse, les tissus résistants qui se font vers les parties superficielles,

plutôt en arrière vers le périnée et qui peut arriver jusqu'à la cloison recto-vaginale. La partie latérale postérieure du vagin à un rapport important, on y trouve des vaisseaux qui cheminent et dont la rupture est d'autant plus grave qu'elle ne se fait pas sur la ligne médiane.

Rapports

Le vagin est encore en rapport avec les muscles du voisinage et en particulier ~~avec~~ ^{par} 2 muscles qui sont : le constricteur de la vulve qui entoure le vagin à sa partie inférieure et plus haut le releveur périneal ou releveur de l'anus. Ces 2 muscles peuvent être atteints de contracture ils deviennent très serrés et donne lieu à ce

Vaginisme que l'on appelle le vaginisme, qui se reconnaît en voulant introduire le doigt dans le vagin par l'obstacle que l'on rencontre et qui est occasionné par la contracture du releveur de l'anus pour le vaginisme supérieur et par le constricteur de la vulve pour le vaginisme inférieur.

Structure

Si on fait une coupe du vagin, on rencontre d'abord une enveloppe fibro-cellulose à l'intérieur de laquelle il y a des fibres

musculaires lisses qui se divisent en 2 couches, dont une de fibres longitudinales et au dessous une de fibres circulaires lisses, la muqueuse constitue le chorion ou derme recouvert de papilles ou saillies au dessous recouvrant ce derme, il y a l'épithélium protecteur constitué par des cellules aplatis.

En général, dans les muqueuses il y a des glandes, or pour le vagin on les a cherchées attentivement parce qu'il s'y développent des tumeurs kystiques, mais c'est en vain on en a jamais trouvées.

Face interne Sur la face interne on aperçoit des rides transversales et sur la paroi vaginale antérieure, une espèce de colonne qui se dirige de la partie inférieure du vagin, de l'orifice vulvo-vaginal à l'orifice du col de l'utérus.

Colonne postérieure La colonne postérieure part du périphérie et se dirige vers la profondeur, plus prononcée à l'orifice vulvaire et moins prononcée en approchant de l'utérus. (L'usage de ces rides est inconnu) Sur la colonne antéro-postérieure, il y a des rides transversales très marquées vers l'entrée même et qui s'effacent au voisinage de l'utérus comme pour la colonne postérieure.

Vaisseaux

Les vaisseaux sont formés par les artères vagi-
nales qui branche de l'hyogastrique et par des
artères utérines

Chez la petite fille, au niveau de l'hymen,
l'entrée du vagin est très étroite.

Chez la femme entre 20 et 40 ans, l'hymen
n'existe plus, le vagin est aussi large vers la
profondeur qui a l'orifice externe, sa capacité
est suffisante pour le passage du fetus.

Chez la vieille femme après la ménopause, c'est-
à-dire après 48 ou 50 ans, alors qu'elle ne peut
plus avoir d'enfant, la partie profonde se
rétrécit de telle sorte que le vagin présente
la forme d'un entonnoir, et par le toucher
on ne peut arriver jusqu'au niveau
du col de l'utérus.

Longueur

La longueur habituel du vagin depuis
l'orifice inférieur, jusqu'au niveau du
cul-de-sac postérieur à environ

10 centimètres de long; avec le doigt on peut arriver jusqu'au niveau du cul-de-sac postérieur en comprimant et repoussant le périphée. Il y a des vagins qui mesurent de 18 à 19 centimètres, ce sont des vagins exagérés. Il y en a d'autres qui sont très courts ils mesurent de 8 à 10 centimètres.

- Uterus. -

L'organe situé plus profondément que le vagin est l'utérus.

Definition. - L'utérus est un organe gestateur, il a la forme d'une poire, ou d'un cône aplati ou d'une gourde aplatie; il comprend 3 parties: une supérieure, une inférieure et une partie moyenne; la partie supérieure est volumineuse c'est le corps; la partie inférieure plus étroite c'est le col; la partie moyenne est l'isthme.

Dans l'intérieur on trouve une cavité divisée en 3 parties: la cavité du corps, la cavité du col et la cavité de l'isthme.

Situation. - L'utérus est situé dans l'excavation pelvienne; il occupe ordinairement la ligne médiane entre la vessie et le rectum, il est soutenu latéralement par les ligaments larges, les trompes et les ovaries.

il est embrassé inférieurement par le vagin. L'utérus forme avec le vagin un angle droit, cette attitude n'est pas absolument fixe.

Déplacement.

Il y a version et flexion de l'utérus.

Par version on entend un déplacement en bloc.

De l'organe, c'est-à-dire que l'utérus s'incline si c'est en avant il y a antéversion; en arrière retroversion, si il s'incline à droite ou à gauche (latéralement) il y a latérversion, suivant que l'utérus est incliné à gauche ou à droite.

Par flexion on entend le pliement du corps sur le col, si le corps est plié en avant il y a anteflexion, si il est plié en arrière, il y a rétreflexion, et latéralement il y a latroflexion.

À l'état normal l'utérus forme l'angle droit, il subit des déplacements fréquents. La vessie maintient l'utérus, quand la vessie est vidée, l'utérus n'étant plus soutenu se penche en avant; quand le rectum est rempli de matières fécales, il fait pencher l'utérus sur la vessie.

Utriculus - (suite.)

Poids.

Longueur.

Ligaments.

Ligaments
larges.

Face antérieure.

L'utérus pese 40 grammes en état de vacuité sa longueur depuis le fond jusqu'au niveau de l'orifice externe est de 6 centimètres environ.

Pour être maintenu dans l'intérieur du bassin,

la nature l'a fixé par une série de ligaments qui s'étendent dans tous les sens, d'abord, 2 ligaments qui le maintiennent transversalement ce sont les ligaments larges; à la partie supérieure faisant partie pour ainsi dire de ces ligaments, il y a les ligaments ronds, en 3^e lieu un ligament qui vient s'incliner sur la partie postérieure du col, auquel on donne le nom de ligament utéro-sacré, et en dernier lieu, les ligaments utéro-vésicaux auquel on donne encore le nom de ligaments utéro-pubiens. L'utérus par le col, appuie sur le diaphragme pelvien.

Les ligaments larges sont 2 bandes larges qui s'étendent transversalement du corps de l'utérus, aux parois du bassin; ils présentent à l'étude une face antérieure, une face postérieure, un bord externe et un bord interne, une base et un sommet.

La face antérieure du ligament large est interrompue par le passage du ligament rond

qui se continue avec le péritoine sur les parois du bassin, vient poser sur la face antérieure de l'utérus, et contribue à former à la partie latérale de la vessie une petite facette nommée para-vésicale.

Face postérieure

La face postérieure du ligament large regarde la partie latérale de la face antérieure du sacrum. Le péritoine après avoir recouvert cette face, descend pour former la fossette rétro-ovarienne. Le bord externe vient s'inciser directement sur les parois latérales du bassin.

Le bord interne vient s'inciser sur les parties latérales de l'utérus, depuis le cul-de-sac vaginal, jusqu'au niveau de l'insertion de la trompe.

Bord inférieur

Le bord inférieur vient se continuer sur le diaphragme pelvien.

Bord supérieur

Le bord supérieur est le plus intéressant à étudier. Quand on regarde les organes génitaux dans le bassin, on apperçoit au centre l'utérus, en avant la vessie, et en arrière le rectum. De chaque côté le sommet des ligaments larges qui se divise en 3 ailerons : un antérieur, un moyen et un postérieur.

L'aileron antérieur contient le ligament rond, l'aileron moyen contient la trompe, et l'aileron postérieur contient l'ovaire.

Ligaments.

Le ligament rond part de la partie supérieure ronde. De l'utérus, au voisinage de la trompe, suit l'aileron moyen, se dirige vers les parties latérales du bassin, quitte le ligament large et devient indépendant, il s'engage dans le canal inguinal qu'il traverse et se termine par 3 ordres de branches musculaires, 1^{er} ordre, les fibres s'insèrent sur la partie inférieure de ce canal, 2^{me} ordre les fibres s'insèrent à l'épine du pubis, 3^{me} ordre les fibres s'insèrent dans l'épaisseur des grandes lèvres.

Structure

Le ligament rond est constitué par des fibres musculaires; il comprend dans sa partie utérine des fibres musculaires lisses, et dans sa partie superficielle des fibres musculaires striées; dans la partie moyenne il y a un mélange de fibres lisses et de fibres striées.

Aortique et

veine. On trouve à la coupe de ce ligament, une petite artère et une petite veine faisant communiquer la région utérine avec la région épigastrique, il existe 2 ligaments rond, un droit et un gauche.

Opération
D'Alexander.

Trompes.

Ovaires.

Structure

Ces ligaments ronds empêchent le corps de l'utérus de basculer en arrière. Dans le cas de rétroversion, on fait l'opération D'Alexander, qui consiste à raccourcir les ligaments ronds.

L'aileron moyen est occupé par l'organe de la fécondation, c'est à dire la trompe, au canal aminci au niveau de la portion utérine et ensuite s'élargit, permet à l'ovule, détaché de l'ovaire, de cheminer dans la cavité utérine.

L'aileron postérieur contient l'ovaire qui est maintenu par un ligament spécial appelé inter-ovarien et par un autre ligament relié avec la trompe, appelé ligament stculo-ovarien.

Si on fait une coupe sur le milieu d'un des ligaments larges, ligament large, on voit 2 feuillets musculaires qui partent des parties latérales du bassin et qui sont composés de fibres lisses. Les fibres du feuillet antérieur vont se mêler aux fibres musculaires de l'utérus et se continuent avec les fibres du ligament large opposé. Il en est de même pour le feuillet postérieur.

À la surface de ces fibres musculaires il y a le feuillet péritonéal qui tapisse le bassin, reconnaît le ligament large, tapisse la face antérieure de l'utérus et se continue sur le ligament large opposé.

En arrière le péritoine se comporte de la même façon, de telle sorte que nous avons d'avant en arrière un feuillet péritonéal, un feuillet musculaire, un espace libre, un autre feuillet musculaire et un autre péritonéal.

Entre les 2 feuillets musculaires, on trouve du tissu cellulaire. À la partie supérieure et à la partie inférieure du ligament large il y a les artères utérines et utéro-ovariennes qui cheminent dans ce ligament entre les 2 feuillets musculaires.

Reunis au nerf de cette région, ils forment 2 faisceaux, un faisceau utérin et un autre faisceau utéro-ovarien.

Action L'action des ligaments larges est d'empêcher le basculement transversal de l'utérus.

Ligaments utéro-sacrés Les ligaments utéro-sacrés sont de petites bandes musculo-sciennes; elles partent de la 3^{me} et 4^{me}

vertèbres sacrés sur la face antérieure et latérale. Leurs fibres se réunissent et forme une espèce d'y et vont s'insérer sur les parties latérales et postérieures de l'utérus un peu au-dessus de l'insertion du vagin.

Ces ligaments constituent avec l'utérus en avant et le sacrum en arrière une sorte de loge qui est renfermé le rectum. Au niveau de ces ligaments, le péritoine recouvre le rectum, sur sa face antérieure, il réfléchit recouvre la face postérieure du vagin et de l'utérus formant le cul-de-sac recto-utérin ou poche de Douglas.

Sur les parties latérales, le péritoine descend dans le bassin, rencontre les ligaments larges, les tapisse et forme la fossette utéro-ovarienne séparée du cul-de-sac de Douglas par le ligament utéro-sacré.

La partie postérieure du bassin derrière les ligaments larges est donc tapissee séparée en 3 fossettes par les 2 ligaments utéro-sacrés, une médiane ou poche de Douglas 2 latérales ou fossettes recto-ovarienne

Action. Les ligaments utéro-sacrés servent surtout

à maintenir en place le col de l'utérus, ils empêchent de pénétrer facilement dans la cavité utérine. Quand il se relâchent, le col n'étant plus maintenu, l'utérus bascule et va se placer en rétroversion, dans ce cas le col peut arriver à la vulve.

Ligaments utéro-vésico. Les ligaments râsses utéro-vésico sont beaucoup moins importants que les précédents. Ce sont deux petites bandelettes musculaires qui s'insèrent sur les parties latérales de l'utérus et vont se perdre d'après certains auteurs sur les parois latérales de la vessie. Mais il a été reconnu qu'elles se continuaient jusqu'à la partie postérieure du pubis. En réalité, ce sont 2 branches musculo-sèreuse qui relient l'utérus au pubis.

Les ligaments utéro-vésico sont formés de fibres musculaires lisses recouvertes par le péritoine qui forment les cils de sac utéro-vésical. Les ligaments utéro-vésico servent à maintenir l'utérus dans le sens antéro-postérieur et à empêcher son rapprochement du pubis. Ils sont très peu résistants contrairement aux autres ligaments de l'utérus.

Le corps de l'utérus est maintenu transversalement.

par la partie supérieure des ligaments larges, en avant en arrière par les ligaments ronds, la vessie en se repliant remplissant le maintien en arrière, de sorte que le corps de l'utérus est maintenu en tous sens.

Le col est maintenu transversalement par la partie inférieure des ligaments larges, en arrière par les ligaments utéro-sacrés et en avant par les ligaments utéro-pubiens. Pour que l'utérus se déplace, il faut un relâchement de ces ligaments.

Utrus (suite et fin)

L'utérus est un organe qui se compose de 3 parties, un corps, un col est l'isthme, ou encore canal de Guyon.

Face antérieure. La face antérieure de l'utérus est recouverte par le péritoine sur toute sa partie supérieure qui se refléchit sur la vessie au niveau du col de l'utérus formant le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin.

La face antérieure du col mesure environ 3 centimètres. L'insertion du vagin se fait sur la face antérieure à peu près à 1 centimètre du bord inférieur, en arrière, elle se fait environ à 2 centimètres de sorte que le cul-de-

sac vaginal antérieur est moins profond que le postérieur.

Le centimètre inférieur de la partie antérieure du col répond au vagin, le centimètre supérieur répond au péritoine et marque le point où celui-ci se refléchit pour former le cul-de-sac vésico-utérin. Le centimètre intermédiaire est en rapport directe avec la vessie. Ces rapports ne sont pas toujours constants et peuvent varier dans leurs mesures.

De ces rapports du col de l'utérus et de la vessie, il peut résulter des inconvénients très importants; l'utérus peut presser la vessie contre la symphyse pubienne et si cette compression est trop prolongée, il peut en résulter une escharre qui en tombant constitue une fistule vésico-utérine en ce cas.

Si la compression se fait au niveau du vagin ce sera une fistule vésico-vaginale. Ces rapports sont assez intimes et sont souvent utilisés par les chirurgiens dans l'ouverture de la vessie par les voies génitales vaginales.

Les rapports de la face antérieure de l'utérus, varient selon que la vessie est

pleine ou vide, car l'utérus suit les mouvements de la vessie. L'espace qui sera compris entre l'utérus et la vessie vide laissera passer des anses d'intestins qui seront alors en rapport avec l'utérus et qui seront repoussées à mesure que la vessie s'emplira.

Face postérieure. La face postérieure de l'utérus est complètement recouverte par le péritoine qui se réfléchit à la partie postérieure du vagin pour former le cul de sac recto-vaginal ou de Douglas. Ce cul de sac mesure de l'insertion vaginale à son fond environ 1c.^{1/2}, et le péritoine est dans cette région partie en rapport direct avec le vagin. La face postérieure de l'utérus est en rapport avec la face antérieure du rectum recouverte par le péritoine.

Dans l'inclinaison en avant de l'utérus il reste une cavité assez grande qui viennent occuper les petites anses intestinales très mobiles.

À l'état pathologique, il peut y avoir d'autres organes dans la poche de Douglas, les ovaires, les trompes, mais pas alors dans leur

position normale.

Faces latérales. Les faces latérales de l'utérus sont en rapport avec des vaisseaux sanguins qui se rendent à l'intérieur, des artères et des veines et des lymphatiques. L'utérus de même que le vagin est d'autant plus vasculaire qu'on approche des parois latérales, si il existe une rupture sur la partie médiane, elle sera peu grave au point de vue de l'hémorragie. L'hémorragie parce qu'il n'y a pas de gros vaisseaux, tandis que sur les parties latérales, cette hémorragie sera extrêmement grave.

Le fond de l'utérus est en rapport avec les anses du petit intestin, il repose sur un plan passant horizontalement sur la symphyse pubienne et arrive au niveau de l'isthme.

Le col de l'utérus est entouré par le vagin qui forme comme une rigole circulaire, ce col présente 2 portions: une intra-vaginale, et une supra-vaginale, plus considérable et inaccessible.

Sur la face interne de l'utérus, la cavité de l'utérus est divisée en 3 parties: la cavité corporelle, la cavité du petit canal de l'isthme

et la cavité cervicale, qui communique avec la cavité vaginale, et en haut la cavité du corps se continue avec les conduits tubaires. Les dimensions verticales de la cavité corporelle à l'état normal chez la femme ayant eu un enfant mesure généralement 3 millimètres, la cavité cervicale mesure à peu près la même chose, quand au canal de l'isthme il mesure 1 millimètre.

Chez la petite fille la dimension du col emporte sur le corps, au contraire, chez la femme ayant eu beaucoup d'enfants, la dimension de la cavité du corps devient plus considérable que la cavité du col.

Sur la paroi de la cavité utérine, on trouve une muqueuse qui présente des caractères différents suivant qu'on la considère au niveau du corps ou au niveau du col. L'aspect à la partie intime dans le haut est lisse, à la partie inférieure il y a des saillies verticales sur lesquelles arrivent des saillies horizontales, ces saillies représentent un tronc d'arbre avec ses branches, aussi on les a donné le nom d'arbre de vie, on ne sait à quoi il sert.

on a supposé que c'étais pour l'ascension
des spermatozoïdes.

Cette muqueuse a une épaisseur de 1 millim.
environ, plus épaisse au moment ^{de la} menstruation
plus encore pendant la grossesse.

En dessous de cette muqueuse se trouvent des
glandes en tubes entre lesquelles il y a un
intervalle comblé par du tissu conjonctif cellulaire
qui est le chorion ou derme dans lequel on
trouve des vaisseaux de veines et des artères.

La surface de la muqueuse est recouverte par
un épithélium cylindrique, composé de petites
cellules cylindriques avec leurs noyaux.

Si on regarde à la surface de ce revêtement, on
trouve des petits cils vibratiles qui examinés à
l'état frais sont animés de mouvements d'indu-
cation qui sont sensés jouer un rôle important
dans la migration du sperme et des ovules.

Les glandes aussi ont un épithélium qui s'aplatit
devient cubique et perd les cils vibratiles.

Au niveau du col, les glandes n'ont plus le même
aspect, ce sont des glandes en grappes. De même que
pour la cavité du corps il y a des vaisseaux
un épithélium d'un caractère différent, il

n'est plus cylindrique, mais caliciforme à sa partie moyenne, cylindrique à cils vibratiles à sa partie supérieure, et pavimenteux à sa partie inférieure.

Ces glandes arrivent à constituer les aups de Naboth, petites saillies comme une tête d'épingle contenant à l'intérieur un liquide gélatineux ou mucus. L'utérus se compose de 3 tuniques : une externe ou séreuse péritoniale, une moyenne musculaire, et une interne ou muqueuse.

Le péritoine est fortement adhérent sur la partie médiane, à mesure qu'on s'éloigne, il devient de moins en moins intime ; à la partie interne la muqueuse tapisse le muscle utérin de même que le péritoine le tapisse à la périphérie.

Le muscle utérin se compose de fibres musculaires lisses, dont la disposition est compliquée, à l'état de vacuité difficile à reconnaître, mais en état de gravité facile à suivre. C'est à Elie et Chenauts qui on doit la description actuelle de la structure de l'utérus qui varie suivant qu'on a à faire

au corps ou au col, cette structure est plus complexe pour le corps.

Il y a d'abord une couche plexiforme, composée de fibres musculaires qui s'entrecroisent dans tous les sens, c'est un véritable filet musculaire formant des orifices, c'est dans ces orifices contenues dans l'espace de ces entrecroisements que passent les vaisseaux et les artères, qui se trouvent comprimés par suite de la contraction des fibres musculaires qui forment en quelque sorte des ligatures qui ont été appelées par M. Pinard les ligatures vivantes.

Cette couche plexiforme a une importance capitale au point de vue obstétrical. Après l'accouchement, une fois la délivrance faite, les vaisseaux utérins qui étaient en communication avec le placenta sonts ouverts, par suite de la contractilité et de la rétractibilité, les fibres de la couche plexiforme se contractent, enserrent les vaisseaux et amènent l'hémostase ou arrêt du sang, si cela ne se passait pas ainsi, si l'utérus ne se contractait pas, il y aurait inertie, les vaisseaux ne seraient pas serrés, il se produirait une hémorragie. Au dessous de cette couche

plexiforme, se trouve une autre couche formée de 2 ordres de fibres: les fibres verticales qui occupent le milieu de l'utérus forment une bande qui arrive au niveau de l'isthme en passant autour de l'utérus en formant une espèce de ceinture. Outre ces fibres verticales, il y en a des transversales qui se continuent avec les fibres des ligaments larges.

Au dessous de la couche plexiforme intérieurement, on trouve des fibres verticales et transversales. Les fibres musculaires transversales faisant tout le tour de l'utérus, forment un véritable anneau, plus en dessous sous la muqueuse, les fibres verticales ont une disposition spéciale en Z, elles existent sur la paroi postérieure et antérieure.

Des fibres transversales du corps se continuent dans le col, les autres fibres s'arrêtent au niveau de l'isthme les 1^{es} forment un anneau masculin, le col est un sphincter fermé entre l'utérus et le col, c'est au col que se produisent 2 phénomènes, l'effacement et la dilatation. La trompe est un canal musculaire recouvert extérieurement par une tunique, et tapissé intérieurement par une muqueuse. Ce canal est situé à la partie supérieure et externe.

De la carre de l'utérus, se dirige vers le côté du bassin et se termine par une partie renflée, évasée, découpée qu'on nomme le pavillon de la trompe.

On leur donne encore le nom d'oviductes, trompe de Fallope ou tubes; ce nom de trompe vient du mot grec (salpinx). L'inflammation de cette trompe s'appelle salpingite, quand il y a du pus dans la trompe, cela occasionne la maladie nommée pio-salpina et du sang dans la trompe donne l'hémato-salpina.

Ce canal mesure généralement depuis l'extrémité utérine jusqu'à l'extrémité libre environ 12 centimètres, il y en a qui mesurent plus, les autres moins.

Quand on fait une coupe au niveau de la trompe dans tout la longueur on trouve le canal très mince vers la partie utérine, plus large vers la partie libre.

La trompe est située dans l'aïkron moyen du ligament large, elle est enveloppée par le péritoine de la façon suivante.

Sur une coupe d'avant en arrière, la disposition sera : en avant de la coupe le ligament rond;

au dessus de la coupe. La trompe et son canal intérieur, en arrière de la coupe, l'ovaire; donc le péritoine monte sur la face antérieure du ligament large, rencontre le ligament rond, l'enveloppe, puis descend, forme un petit sillon et remonte pour envelopper la trompe, redescend pour constituer un nouveau sillon rencontre l'ovaire qu'il enveloppe et descend sur la face postérieure du ligament large qu'il tapissie comme il a tapissé toute la face antérieure. Le péritoine forme un revêtement à la trompe mais un revêtement incomplet à peu près les $\frac{3}{4}$. L'extrémité de la trompe est libre, et reliée à l'ovaire par un ligament qui existe entre l'ovaire et une grange du pavillon et qui s'appelle ligament tubo-ovarien.

Le canal de la trompe n'est pas uni, mais il est très tourmenté; il se compose: d'une tunique externe péritonéale, d'une tunique moyenne musculeuse, d'une interne, muqueuse.

La muqueuse se compose d'un derme ou chorion et d'un épithélium.

Le chorion est formé par l'entrecroisement de

de fibres conjonctives, élastiques et musculaire ; qui en forment la charpente, des artères, veines et lymphatiques se rendent dans l'intérieur, l'épithélium de revêtement qui recouvre la surface de cette muqueuse est cylindrique à cils vibratiles, tournés du côté de l'utérus afin de chasser l'ovule.

Aussitôt le pavillon de la trompe on rencontre le péritoine dans lequel il flotte, c'est le seul point du péritoine qui communique au dehors.

À l'endroit même où finit la muqueuse et commence le péritoine, c'est l'endothélium qui prend place.

Le muscle de la trompe se compose de 2 couches de fibres musculaires lisses : une couche de fibres circulaires faisant un anneau autour de la trompe, au dessous des fibres longitudinales, puis un épithélium à cils vibratiles. Entre la muqueuse et le muscle on trouve du tissu cellulaire.

La trompe reçoit des artères, des veines et des lymphatiques.

Sur le pavillon de la trompe, parfois on constate de plus ou moins petits pavillons supplémentaires. ils ont pour but de remplacer le pavillon

principal, quand il est oblitère. Il existe chez certaines femmes, dans 1 cas sur 10 des pavillons accessoires.

On appelle hydatide de Morgagni, des petits kystes gros comme une lentille ou un pois, qui on rencontre au niveau du pavillon de la trompe.

Les corps de Rossmüller ont une forme spéciale, placés entre l'aileron moyen et l'aileron postérieur, c'est-à-dire entre la trompe et l'ovaire, directement sous le péritome. Ils se composent de petites tiges transversales sur lesquelles viennent s'implanter d'autres petites tiges, on les a comparés à un pêque au point de vue physiologique ; ils ne servent à rien ; ils sont l'origine des kystes parovariens. C'est le reste d'un canal appelé canal de Wolff qui, chez la femme s'atrophie et chez l'homme forme le canal déférent. L'ovaire est une glande double située dans le ligament large au niveau de l'aileron postérieur de telle façon qu'il est libre dans la plus grande partie de son étendue ; il ressemble à une amande, il a 4 centimètres.

transversalement, son poids est de 10 grammes environ ; il présente à étudier une face antérieure, une face postérieure et un bord qui fait le tour de l'ovaire ; il est relié par 2 ligaments : un ligament tubo-ovarien et un ligament utero-ovarien, ces ligaments ne s'insèrent pas directement sur la partie terminale de l'ovaire, mais sur son bord inférieur, de telle sorte qu'il laisse à l'ovaire une mobilité assez considérable lui permettant de se renverser dans la fossette uréthro-ovarienne.

La surface de l'ovaire est lisse, cependant, chez les femmes arrivées à un certain âge, moins brunes qu'à un certain nombre de fois présentent des cicatrices qui sont les restes de la rupture des vésicules de Graaf. Il peut aussi y avoir à côté de l'ovaire principal des ovaires accessoires.

Quand on fait une coupe verticale de l'ovaire on trouve 2 couches : une couche bulleuse à la centrale, et à la périphérie, une couche toute mince qui est la couche glandulaire, à la partie inférieure il y a le hile de l'ovaire qui penetrent les veines, les artères, les lymphatiques et les nerfs. Dans le moyen de l'ovaire on trouve des

tissu de fibres conjonctives quelques fibres musculaires, des fibres élastiques enfin des vaisseaux et des nerfs, venant se répartir dans tout l'intérieur de ce noyau. L'épaisseur de la couche glandulaire mesure 1 à 2 millimètres, on y trouve une série de cellules formant un revêtement qui continue le revêtement du péritoine.

Au dessous de l'élément propre de l'ovaire on trouve l'ovisac ou sac à œufs ou veau de Graaf. Cet ovisac se compose d'une enveloppe fibreuse qui on a subdivisé en 2 couches: une externe et une interne.

Dans l'intérieur de cette enveloppe on trouve un grand nombre de cellules au milieu desquelles il y en a une qui n'a pas le même aspect que les autres, elle est plus grande et le noyau plus marqué, cette cellule est l'ovule qui se compose lui-même d'une membrane à laquelle on a donné le nom de membrane vitelline, au dessous on rencontre une substance le vitellus qui remplit tout l'intérieur de l'ovule ensuite on voit un noyau ou vésicule germinative contenant un autre petit noyau qui est la tache germinative.

Dans l'ovaire les cellules se redoublent, se partent vers la périphérie en formant un amas de cellules au milieu desquelles se produit un épanchement de séroïte formant un lac dans lequel se trouvent d'autres cellules ainsi que l'ovule arrivées à un époque de développement plus avancée.

L'ovule enfermée dans la vésicule de De Graaf n'est pas destinée à y rester. Au moment des règles une de ces vésicules se rompt, arrive à la périphérie de l'ovule, fait une saillie, se déchire et laisse échapper une ovule qui pénètre dans la trompe et de là dans l'utérus où il se développe s'il a été fécondé.

Cette vésicule ayant perdu son ovule, est devenue inutile, s'atrophie, se cicatrise, forme une petite cicatrice qu'on appelle le corps jaune.

Les ovaries ont été approximativement évalués par M^e Sappéy à 300.000 environ par ovaire.

Des artères qui viennent au niveau des organes génitaux sont au nombre de 3 principales ce sont: les 2 artères utero-ovariennes qui partent tantôt de la honte, tantôt de l'artère rénale suivent le trajet des veines, arrivent sur les parties latérales des ligaments larges, suivent le sommet distribuent

des artères à la trompe, puis continuent leur trajet arrivent au voisinage des ovaires passent sous l'ovaire au niveau duquel forme une série de petites branches au nombre de 8 continuant leur chemin arrivent sur les parties latérales de l'utérus, ces artères s'anastomosent avec l'artère utérine après avoir distribué un grand nombre de branches sur son passage.

L'artère utérine est une branche de l'artère hypogastrique ou artère iliaque intime qui arrive sur les côtés du col de l'utérus en suivant la base des ligaments larges.

Quelques rameaux se rapprochent sur le vagin et le col de l'utérus, d'autres descendent, vont s'anastomoser avec l'autre la fin de l'artère inter-ovarienne forme une sorte d'artère appelée par M^e Génard artère puerperale au niveau de laquelle on sent le souffle utérin.

L'artère vaginale se détache de l'artère hypogastrique et va se jeter sur le vagin de manière à irriguer tout le pourtour du canal vaginal.

La veine vaginale part du plexus veineux du vagin et se rend dans la veine hypogastrique.

Les veines utérines au nombre de 2 descendent de la partie latérale du vagin et de l'utérus, suivant l'artère utérine pour se jeter dans la veine iliaque interne ou hypogastrique.

La veine utéro-ovarienne part de l'utérus et de la trompe et de l'ovaire, va se rendre soit dans la veine rénale ou dans la veine cave inférieure. Il existe encore des petites artères et veines du ligament rond.

Il y a 3 groupes principaux de ganglions qui se rendent aux lymphatiques de la région : 1^{er} groupe des ganglions lombaires ; 2^{me} groupe des ganglions pelviens et iliaques placés sur les parties latérales du bassin au niveau de la fosse iliaque interne ; 3^{me} les ganglions inguinaux placés au niveau du pli de l'aine.

Sur les ganglions de la vulve et de l'anus se rendent aux ganglions inguinaux ; ceux qui partent du vagin et du col de l'utérus se rendent aux ganglions pelviens et iliaques.

Le 3^{me} groupe des lymphatiques part de la corne de l'utérus, des trompes et descend dans l'ovaire suivant le trajet des artères utéro-ovarienne et se rendent aux ganglions lombaires.

Les nerfs accompagnent les artères, ils dépendent du système du grand sympathique, des filets nerveux accompagnent l'artère utero-ovarienne qui partent du plexus solaire, innervent la trompe, l'ovaire et l'utérus; un autre groupe accompagne l'artère utérine, se rendent au niveau du col de l'utérus, et au vagin et partent du plexus hypogastrique.

- Organes génitaux masculins. -

L'appareil génital chez l'homme se compose d'abord de deux glandes nommées testicules analogues à l'ovaires chez la femme. Des testicules partent une série de canaux auxquels on a donné le nom de canaux éfferents qui viennent se jeter dans un canal très contourné sur lui-même auquel on a donné le nom d'épididyme; à la suite est un canal de chaque côté appelé canal déférent.

Structure et physiologie Les testicules ont pour but de secréter le sperme. Le testicule se divise en une série de lobes dont l'ensemble constitue toute la glande. On trouve dans l'intérieur de chaque lobe une série de petits canaux contournés sur eux-mêmes. Ces canaux sont formés d'une paroi et d'une série de cellules épithéliales, quelquesunes de ces cellules contiennent les spermatoblastes qui contiennent dans lesquels se trouvent les spermatozoïdes.

Spermatozoïde (sa forme) Le spermatozoïde à la forme d'un hétard, il est formé d'une tête, d'un segment intermédiaire et d'une queue.

Dimensions La tête mesure 8 millions de millimètres, le segment à à peu près la même dimensions, et la queue 40 millimètres. Le spermatozoïde est animé de mouvements dus à sa queue.

Le spermatozoïde est une simple cellule d'une forme un peu spéciale, la tête représente le noyau de la cellule, le segment représente le protoplasma (où la substance qui entoure le noyau) la queue est un cil vibratile.

Le spermatozoïde qui a été versé dans les canaux éfferents va dans l'intérieur du spermatoblaste ces cellules se détachent et vont dans les vaisseaux.

muscle existe une tunique cellulo-fibreuse et sous cette tunique est placé le testicule. Celui-ci est enveloppé par une membrane séreuse ou tunique vaginale, quand elle s'enflamme cela produit la vaginalite. Les testicules reçoivent les vaisseaux qui arrivent par le canal inguinal.

La verge

La verge est un organe de forme cylindrique qui surmonte le scrotum, la peau l'enveloppe complètement, mais elle le termine en se repliant sur elle-même pour former une partie renflée appelée gland, au sommet duquel est percé l'orifice de l'urètre.

La peau après s'être repliée s'incruste à la base du gland, c'est le prépuce qui l'enveloppe tout à fait.

La verge est analogue au clitoris chez la femme. Chez les enfants nouveau-nés on aperçoit à peine le gland caché qui il est par le prépuce, c'est pourquoi chez les juifs on fait la circoncision, c'est à dire qu'on met le gland à découvert après avoir coupé le prépuce. Quand celui-ci

est fortement serré, il peut étrangler le gland, on évite ainsi une inflammation. Sous l'enveloppe cutanée on trouve les corps cavernous, ils naissent de chaque côté des branches ischio-publiennes et parcourent la verge dans toute sa longueur. Si on fait une coupe transversale de la verge, on trouve l'enveloppe cutanée et la coupe des corps cavernous, de l'autre côté se trouve la section du canal de l'urètre enveloppé par un corps érectile spongieux qui forme le bulbe de l'urètre, ce corps spongieux se renflle à sa partie terminale et forme le gland. Lors ces corps érectiles se gonflent au moment de l'érection et donnent à la verge sa rigidité.

Ejaculation

Phénomène de l'éjaculation

Ce phénomène a lieu à la fin de l'union sexuelle, il a pour but de projeter les spermatozoïdes dans les organes génitaux de la femme. Par suite des contractions des vésicules séminales et du canal déférent le sperme est accumulé dans la région prostatique du canal de l'urètre.

D'un autre côté à l'entrée de la vessie il existe un espèce de sphincter, les fibres musculaires se contractent et ferment la vessie; on sait que en effet à ce moment la miction est impossible. Donc les corps cavernous se contractent conjointement le canal de l'urètre et chasse vers le méat le sperme qu'il renferme; celui-ci s'échappe au dehors, pénètre dans les organes génitaux ~~masculins~~ féminins et va féconder l'ovule.

L'émission du sperme se produit brusquement par une série de petits jets saccadiques.

Ce phénomène de l'éjaculation est un phénomène réflexe, provoqué par les sensations génitales du coït, qui il termine lorsque ces sensations ont atteint leur plus haut degré.

- Plans et axes du bassin. -

On entend par axe la perpendiculaire abaissée sur le milieu d'un plan; ils ont une grande importance en obstétrique, car quand on fait des tractions soit dans une version, ou dans une application de forceps, il faut toujours tirer dans l'axe du bassin.

Le plan du détroit supérieur forme une inclinaison de 60 degrés.

Le plan du détroit inférieur est de 10 à 11 degrés, il se rapproche de l'horizontale quand il y a rétropulsion du coccyx. Le plan de l'excavation est intermédiaire entre ces 2 plans.

L'axe du détroit supérieur part de l'ombilic, traverse le milieu du plan et aboutit au coccyx.

L'axe du détroit inférieur part du promontoire pour aboutir à l'anus.

L'axe de l'excavation est intermédiaire entre ces 2 axes.

L'axe du vagin et de la vulve se dirige en avant et quand on arrive en haut se dirige en haut.

La direction générale de l'axe du promontoire est celle d'un hameçon, certains auteurs disent d'un demi-cercle, ou d'un angle.

Physiologie du système génital.

La menstruation appelée vulgairement règles, est caractérisée par 2 phénomènes coupintement réunis qui sont : d'une part l'ovulation et d'autre part l'hémorragie périodique.

Ovulation.

À l'approche des règles, l'ovule se gonfle de liquide arrivé à la périphérie de l'ovaire et à sa complète maturité se rompt, l'ovule est chassé dans le pavillon de la trompe avec le liquide ^{qui le contient dans l'ovaire}. De ce 1^{er} phénomène il y en a un 2^{me} qui est l'hémorragie périodique comme de toute antiquité, ce phénomène se produit ordinairement tous les mois. Il varie suivant les races. La 1^{re} apparition des règles se fait chez les jeunes filles ; en France vers l'âge de 14 ans à 16 ans ; dans les pays chauds, de 10 à 12 ans ; dans le Nord, de 16 à 18 ans. Dans les grandes villes, les jeunes filles sont règlées beaucoup plus tôt qu'à la campagne.

Ménopause

En France la menstruation dure jusqu'à l'âge de 45 ans environ ; il y a des variations ; dans certains cas la ménopause se fait de 41 à 43 ans ; dans d'autres cas on l'observe de 35 à 38 ans.

Cornelie cite un cas d'une femme dont les

regles ont duré jusqu'à 26 ans, mais c'est un cas exceptionnel.

Periode des règles

Elles se montrent tantôt les mois lunaires, tantôt les mois solaires; les mois lunaires sont tous les 28 jours; les mois solaires sont tous les 30 jours. Il y a des cas où les règles apparaissent au demi mois, d'autres toutes les 3 ou 8 semaines.

Durée des règles

L'écoulement sanguin se fait ordinairement de 3 à 6 jours; mais cela est variable, il y a des femmes qui voient à peine et d'autres qui dont la durée des règles est de 10 et même 15 jours. Dans ce dernier cas il y a ménorrhagie.

Ménorrhagie

Signe d'un écoulement de sang. C'est un excès de sang au moment des règles.

Métrorrhagie

Signe de mésrine. Hémorrhagie qui provient de l'utérus.

L'abondance du sang est très variable. Quand les femmes perdent des caillots au moment des règles, c'est que l'écoulement est très abondant cela arrive principalement si la femme est restée couchée.

Quantité de sang.

La quantité de sang que perd une femme au moment des règles peut être évaluée de 80 à 800 grammes. C'est au niveau du corps

Provenance du sang des règles.

De l'utérus que se fait l'écoulement sanguin. Une grande quantité de sang provient de l'utérus il vient aussi de toute la surface des trompes, mais en moins grande quantité que de l'utérus; une petite quantité vient de l'ovaire et notamment de la vésicule de De Graaf qui se rompt, cet écoulement se fait par la rupture des capillaires. Certains auteurs prétendent que c'est la muqueuse utérine qui tombe.

D'autres disent que c'est l'épithélium qui s'écoule, car on trouve des cellules.

Dysmenorrhée. Cette maladie siège chez les femmes chez qui l'époque des règles est très douloureuse. Elle rendent des débris de la muqueuse utérine.

Negriv et Gendrin (auteurs) L'opinion ~~avance~~ la plus ces à admettre, est celle qui fait dépendre les règles de l'ovulation.

L'opinion admise par Negriv et Gendrin, conduit toute la physiologie féminine.

Chacun les mois l'ovaire fournit son ovule, au moment de la ponte ovarique il se produit une action de reflexes. Sous l'influence d'un reflexe qui se produit à la vésicule de De Graaf, il s'ensuit une congestion au niveau des organes génitaux, qui a un certain moment amené

l'écoulement du sang; quand l'ovule est tombé, la congestion cesse et en même temps l'écoulement.

Loewenthal (Allemand)

Selon cet auteur, l'ovule pousse à la fin des règles, s'échappe, et vient se fixer dans l'utérus, il reste là (d'une règle à l'autre) pendant un mois, il attend les spermatozoïdes qui pourraient le féconder, si la fécondation n'a pas lieu l'ovule s'échappe et s'écoule au dehors et un autre vient le remplacer.

Oveling (anglais)

Anglais

Il y a une théorie qui fait dépendre l'ovule de l'écoulement sanguin. Selon Oveling, tous les mois la muqueuse utérine prépare un nid de manière à recevoir l'ovule, quand ce petit nid est prêt, les règles se produisent, la congestion a lieu et l'ovulation se fait. On l'appelle la théorie de la nidation.

Beigel (Allemand)

Prétend que l'écoulement et l'ovulation sont tout à fait indépendant l'un de l'autre; cela n'est pas, car si on supprime l'ovulation en faisant l'ablation complète des ovaires, il n'y a plus d'écoulement de sang, c'est une ménopause anticipée. Le contraire arrive chez les nourrices, quoique n'ayant pas leurs règles, elles peuvent devenir enceintes, il y a chez elles ovulation.

Phénomène de la fécondation Il résulte de la rencontre de l'ovule et du spermatozoïde, rencontre qui se fait en général dans le tiers externe de la trompe.

- Embryologie -

Differentes théories ont été invoquées pour expliquer l'ascension des spermatozoïdes dans l'utérus. La théorie admise est celle de Becker où du lac menstruel.

Au moment de la menstruation il se fait autour de l'ovaire une sécrétion sanguine et une sécrétion sèruse. Le liquide est retenue par les auses intestinales, il est en petite quantité, il va sortir de la cavité péritonéale par la trompe et va se mêler avec le sang des règles. L'ovule étant libre et entraîné par le cours de ce liquide.

Fécondation..

Pour que la fécondation soit possible, il faut que le spermatozoïde soit dans l'intérieur de l'ovule. Cette ovule chemine, va se recouvrir d'une couche d'albumine tellement épaisse que la fécondation ne pourrait se faire ailleurs que dans le $\frac{1}{3}$ externe de la trompe.

Au moment de l'éjaculation, il y a beaucoup de spermatozoïdes, mais un seul doit suffire, il franchit la membrane vitelline, arrive dans le vitellus, la tête seule s'avance, se sépare de la queue, et parvient dans le noyau de l'ovule et ne forme plus qu'un seul noyau. Il se produit alors des phénomènes.

Le noyau se dédouble, et chacun devient le centre d'une nouvelle cellule, puis par un mécanisme analogue, ces 2 noyaux se dédoublent, alors il y en a 4; ce dédoublement continue et forme une certaine de cellules. L'ovule continue à grossir, il ne reste pas stationnaire, à un moment donné, il se fixe dans l'utérus. Dans chacune de ces petites cellules il se fait un épanchement de liquide repoussant les cellules à la périphérie, et toujours repoussées de plus en plus, elles se mettent sur 3 rangs. A un endroit quelques cellules se groupent et c'est dans cette région que se développera la colonne vertébrale de l'embryon. A ces 3 ordres de cellules on a donné des noms spéciaux. Au rang le plus externe on a donné le nom

d'ectoderme ou épiblastre ou encore feuillet externe du blastoderme.

Le feuillet moyen est nommé mésoblastre ou mésoderme, ou feuillet moyen du blastoderme, ou feuillet interne ou a formé le nom de d'endoderme ou hypoblastre ou feuillet interne du blastoderme (on l'appelle aussi endoblaste).

Ces 3 feuillets vont se réunir et n'en formeront que 2 qui sont : la somatopleure et la splanchnopleure.

Le feuillet moyen du blastoderme se redouble en un feuillet profond qui s'accorde au feuillet interne du blastoderme, et en un feuillet externe qui s'accorde au feuillet externe du blastoderme. La somatopleure est la couche la plus superficielle et la splanchnopleure la couche la plus profonde ; en un mot ce sont les 2 feuillets obtenus par le redoubllement du feuillet moyen du blastoderme. Entre la somatopleure et la splanchnopleure il y a une cavité appelée cœlome. La somatopleure constituera toutes les parois du corps et la splanchnopleure, les viscères. Entre ces 2 feuillets il existe une cavité appelée cœlome. En arrière, les cellules se sont disposées d'une façon particulière, en avant de ce point est la notocorde qui formera la colonne.

vertébrale, en arrière il y a une cavité qui sera le canal médullaire.

Par la transformation de ces différentes parties, la nature arrive à faire un œuf complet composé par l'embryon et ses annexes.

L'embryon forme l'être humain en petit; au moment où l'œuf est formé si on fait une coupe de l'utérus on trouve: la paroi utérine, la coquille qui résulte de la transformation spéciale de la muqueuse utérine, au dessous le chorion qui aboutit à un épaississement qui sera le placenta, au dessous on trouve la membrane ~~amniotique~~^{amnios} qui entoure complètement le chorion, le placenta et le cordon; dans l'espace compris entre l'amnios est l'embryon on trouve le liquide amniotique.

Développement de l'œuf.

Le développement de l'œuf complet se fait de la façon suivante.

Il se produit au centre de l'œuf un étranglement de la splanchnopleure, le même phénomène se produit pour la somatopleure ces 2 feuillets prennent l'aspect d'un 8 dont

La partie inférieure sera la partie embryonnaire où se formera l'embryon ; la partie supérieure est la partie extra-embryonnaire qui formera les annexes ; la partie intermédiaire formera ^{la tige périnéale} ~~du~~ cordon ; à la partie inférieure la somatopleure prend le nom de somatopleure embryonnaire, à la partie supérieure somatopleure extra-embryonnaire où annexière de même pour la splanchnopleure. Au niveau du cordon, somatopleure et splanchnopleure intermédiaire.

L'espace qui sépare la somatopleure et la splanchnopleure prend le nom à la partie sup. de celome extra-embryonnaire et à la partie inf. de celome embryonnaire et à la partie intermédiaire de celome intermédiaire.

Il va se produire un redoublement et un prolongement de la somatopleure extra-embryonnaire de chaque côté, ces prolongements grandissent de plus en plus, se réunissent au dessus de l'embryon et l'enveloppe complètement.

La splanchnopleure extra-embryonnaire s'est développée et constitue la vésicule ombilicale qui peut être comparée au jaune de l'œuf, c'est ce

jaune qui nourrit le fœtus, il s'établit entre elle et l'embryon une véritable circulation; la circulation de la vésicule ombilicale qui ne durera que quelques semaines a précédé la circulation de l'allantoïde. Le prolongement de la somatopleure a constitué une cavité qui se remplit de liquide qui entoure complètement l'embryon, c'est la cavité amniotique. Cette cavité est constituée par le repli de la somatopleure extra-embryonnaire qui n'est autre que l'amnios.

Le repli le plus externe s'est accolé de la somatopleure s'est accolé à la membrane vitelline et forme le chorion secondaire.

Il se produit à ce moment l'apparition de l'allantoïde, la vésicule ombilicale s'atrophie et résorbe, l'allantoïde s'allonge, envahit tout le tour de l'œuf en s'insinuant entre l'amnios et le chorion secondaire pour le doubler et le compléter.

Quand l'allantoïde est développé il y a un tout le pourtour de l'œuf des villosités vasculaires qui s'atrophient sauf en un point (où doit se former le placenta) qui

s'unissant au chorion secondaire pour former le 3^{me} chorion tertiaire au définitif ou tertiaire. Ce 3^{me} chorion est donc constitué par la membrane vitelline, par un dédoublement de la somatopleure extra-embryonnaire et pas l'allantoïde atrophié.

À 1 mois $\frac{1}{2}$ environ, il existe des villosités vasculaires, des vaisseaux tout autour de l'œuf, on ne peut pas encore distinguer le placenta, mais à partir de ce moment l'allantoïde commence à s'atrophier sauf à l'endroit où se trouvera le placenta. C'est au bout du 3^{me} mois seulement que l'œuf est formé ainsi que le placenta.

Le placenta

Le placenta est une masse charnue, très vasculaire, servant de trait d'union entre le foetus et la mère. C'est à son niveau que se font les échanges nutritifs et respiratoires. Son poids est d'environ 500 grm. Le liquide amniotique pèse le même poids.

Poids . . .

Son diamètre d'un bord à l'autre est d'environ 16 cm continuités, l'épaisseur du placenta

Diamètres

à sa partie centrale mesure 3 centimètres ; il va en s'assimilant vers les bords.

Circonference

Sa circonference mesure 60 centimètres environ.

On lui étudie 2 faces : une externe ou utérine, une interne ou fœtale.

Face fœtale

La face fœtale est lisse. Elle est recouverte par l'amnios (membrane qui se détache assez facilement) au niveau du cordon elle est elle est plus adhérente, elle remonte et forme un véritable fourreau au cordon. Sur cette face on aperçoit des vaisseaux et quelquefois les restes de la vésicule ombilicale qui est un petit filament avec un renflement à son extrémité.

Insertions

L'insertion du cordon se fait sur cette face fœtale en différents points : tantôt au milieu il y a insertion centrale ; tantôt sur la surface intermédiaire entre le milieu et le bord, c'est l'insertion latérale ; il peut s'inciser sur le bord même du placenta et donne l'insertion marginale ; il peut aussi s'inciser sur les membranes à quelques centimètres du bord du placenta (mais ce cas est très rare) on a l'insertion vela-

mentueuse (du latin velamen qui veut dire voile.) Les vaisseaux pour arriver au placenta doivent suivre les membranes; dans certains cas elles arrivent au placenta sans se ramifier (Lobstein) dans d'autres cas elles se ramifient (Benskiser) Les insertions sur les membranes sont ^{assez} rares, elles sont beaucoup plus dangereuses.

Les insertions marginales se rencontrent dans 4 cas sur 100.

Les insertions les plus habituelles sont: l'insertion centrale et l'insertion latérale.

Face utérine

La face utérine est tumeuse, sanguinolente irrégulière, elle est parcourue par des sillons qui la divisent en lobes ou cotylepons, elle est en rapport direct avec la muqueuse utérine.

Le placenta s'insère sur la face interne de l'utérus en un point quelconque.

On a divisé cette face en 3 régions: 1^{ère} à 8 centim. de l'orifice interne, ou région inférieure; 2^{ème} à 8 centim. du fond, ou région supérieure, et entre ces 2 régions se trouve la région moyenne.

Quand le placenta s'insère dans la zone

inférieure, il y a insertion vicieuse, où placenta praevia ; quand il s'incube dans les 2 autres zones soit sur les côtés ou au fond, il y a insertions normales. Le plus souvent cette insertion se fait latéralement. À la circonference du placenta y ait toute le chorion qui est la membrane la plus résistante, cette circonference peut prendre différentes formes, on les a divisées en 3 grandes catégories : placenta unilobé ; multilobé uni, et multilobé séparé.

Le placenta bilobé est celui qui est formé de 2 lobes.

Le placenta unilobé est celui qui est formé d'un seul lobe.

Le placenta multilobé uni est celui qui est formé de 2 ou plusieurs lobes qui sont unis les uns aux autres.

Le placenta multilobé séparé est celui qui est formé de plusieurs lobes séparés les uns des autres. Le placenta peut être circulaire, ovalaire, ou irrégulier.

Structure

Le placenta se compose de 2 parties : une placenta fetal et un placenta maternel, qui sont intimement accolés l'un à l'autre mais distincts comme structure.

Le placenta maternel est en rapport direct

avec la muqueuse utérine, ce n'est guère que cette muqueuse transformée.

Le placenta fetal est formé par l'allantoïde qui s'y est réunie.

Placenta maternel La muqueuse utérine, sous l'influence de la grossesse, se transforme, et forme une série de prolongements auxquels on a donné le nom de villosités; dans chacune de ces villosités on trouve une artère et une veine, artère qui vient des parois utérines et qui se continue avec des veines dans d'autres villosités. Inferieurement l'artère s'ouvre et la veine prend naissance sur un autre point, le sang est vidé dans un espace qui se trouve entre les villosités, report par la veine et revient à la paroi utérine, il y a donc des villosités fermées et des villosités ouvertes.

Placenta fetal Sur la surface de l'allantoïde il a formé des villosités qui s'engrangent avec les villosités du placenta maternel, il y aura adhérence qui ne fera des 2 placentas qu'une seule masse placentaire.

Vaisseaux Dans les villosités fetales il y a également des vaisseaux, des artères et des veines qui arrivent

par le cordon et qui fournissent un prolongement à chacune des branches de la villosité. Chaque artère fait suite une veine qui revient pour se jeter dans la veine ombilicale. Les vaisseaux du placenta maternel sont ceux qui forment le lac sanguin ou espace compris entre dans l'entrecroisement des villosités du placenta fetal et du placenta maternel.

Circulation placentaire

Le sang arrive par les vaisseaux du cordon dans les villosités fetales qui flottent dans le lac sanguin. Le lac sanguin contient aussi les villosités maternelles dans lesquelles le sang passera à travers les parois vasculaires. Quand les 2 villosités seront adhérentes l'échange se fera à travers l'épaisseur des tissus des 2 villosités. Il n'y a donc pas de communication directe entre le sang fetal et le sang maternel.

Placenta (suite)

D'après Ercolani, toutes les veines qui sortent des villosités se jettent dans une veine plus développée que les autres et qui fait tout le tour du placenta, cette veine est appelée coronaire ou sinus circulaire.

Physiologie du placenta

C'est pas le placenta que le fœtus vit et se développe, c'est à son niveau que se font les échanges nutritifs et gazeux.

Le sang de la mère pénètre dans les villosités et les lacs sanguins, le sang du fetus se met en contact avec le sang maternel au niveau des villosités ou des lacs.

Le sang fetal est chargé d'acide carbonique et au contact de la villosité absorbe l'oxygène et rejette le gaz impropre à la vie ; l'échange gazeux a donc lieu ; c'est encore au niveau des villosités que se font les échanges nutritifs.

Le foetus absorbe des liquides comme le chlorate de potasse, l'iode de potassium, le chloroforme du sérum du sang maternel, ces liquides passent dans le sérum du sang fetal. Il peut aussi passer des solides, des microbes par exemple.

Pathologie

Les cellules qui constituent les parois peuvent avoir des propriétés glycogéniques, c'est à dire de fabriquer du suc qui sert à nourrir le fetus. Le placenta peut être le siège de différentes maladies.

La dégénérescence fibro-graissante qui se rencontre surtout chez les femmes albinomuriques.

La rupture du sinus circulaire qui peut entraîner la mort de la mère et de l'enfant.

Dégénérescence calcique

Les foyers aérolectiques. L'adème placentaire surtout chez les syphilitiques : le placenta peut avoir 2 fois son volume, l'adème est quelques fois dû à d'autres affections, mais rarement.

L'atrophie des villosités choriales qui se voit chez les femmes âgées et qui ont beaucoup souffert pendant leur grossesse de faim principalement. Et enfin, les kystes qui siègent sur la surface fatale du placenta, dans ce cas, on dit que le placenta est truffé.

Le chouion

Le chorion (membrane) est entouré d'une part par l'amnios et d'autre part par la caducque. L'adhérence entre le chorion et la caducque est plus intime que l'adhérence

entre le chorion et l'annios. Si l'état pathologique, le liquide amniotique filtre à travers la membrane annios il forme une seconde poche d'eau appelée amnio-choriale. Le chorion est composé de tissu conjonctif, il se continue avec le placenta.

l' Annios

En dedans du chorion, se trouve la membrane annios ayant l'aspect d'une séreuse, la surface est lisse, elle est en rapport avec le liquide amniotique, l'autre surface avec le chorion, l'annios tapisse également le cordon et se termine là où commence la peau du fetus.

La caduque

Caduque vient du mot latin (cadere,) tomber, en effet la caduque est destinée à tomber avec l'œuf. Quand l'œuf ^{second} arrive dans l'intérieur de l'utérus, il rencontre la muqueuse qui s'est plissée et a préparé un petit endroit. Il se produit bientôt un bourgeonnement de cette muqueuse qui ouvre complètement l'œuf et l'isole.

La muqueuse utérine peut être divisée en 2 parties: la muqueuse située entre l'œuf et la paroi utérine est appelée caduque utéro-

placentaire ; la muqueuse qui reste autour de la paroi est appelée caducque utérine ; et la caducque ovariaire est celle qui enveloppe complètement l'œuf, elle est constituée par le prolongement de la muqueuse.

La mesure que l'œuf se développe, il se rapproche de la paroi utérine, de sorte que la caducque ovariaire est repoussée contre la caducque utérine, bientôt ces 2 caducques se rapprochent de plus en plus et s'accroissent complètement ; ceci se fait vers le 3^{me} mois. Cette adhérence existe surtout vers le 4^{me}, 5^{me} et 6^{me} mois, de sorte que si une femme fait un avortement à cette époque, il y a rétention d'une très grande partie de la caducque. Pendant les 3 derniers mois de la grossesse, il se fait une séparation de la caducque et de la paroi utérine. Elle se fait de la façon suivante. Si on fait une coupe à 4 mois, on trouve sur la paroi utérine des lacunes tapissées à l'intérieur de cellules, ces petites cavités sont les restes des anciennes glandes ; puis des cellules à aiguilles et enfin une série de cellules rondes ; le chorion et l'amnios.

Robin (autre). La séparation se fait, selon cet auteur au niveau du muscle utérin.

Désinéty (A) Pour cet auteur la séparation se ferait plus loin au niveau d'une ligne passant au milieu des culs-de-sac glandulaires et Friedlander (autre) enfin pour Friedlander elle se ferait au niveau des cellules aiguilles.

L'opinion de Désinéty semble être la plus vraie, c'est donc au niveau des culs-de-sac glandulaires que se fait la séparation. La partie située en dehors des culs-de-sac aide à constituer la nouvelle muqueuse utérine par suite de la prolifération des cellules; cette reconstitution se fait pendant les suites de couches. Au niveau du placenta la séparation se fait au niveau des culs-de-sac glandulaires mais elle n'a lieu qu'au moment de la délivrance.

- Liquide amniotique -

Le foetus nage dans le liquide amniotique il paraît se former aussitôt que la cavité est formée, et il augmente à mesure que l'œuf se développe.

Quantité

La quantité est 800 gram. Variations assez considérable : 12.00 gr. en excès de liquide et même 1900 gr. D'autres fois, il y a 300, 2.000 et 100 gr. de liquide.

Quand il y a excès de liquide et que la quantité dépasse un litre c'est qu'il y a hydroamnios. Ce liquide est composé de sérosité dans laquelle on trouve de l'albumine, du lactate de soude et du chlorure de sodium.

C'est un liquide transparent qui devient jaunâtre. Quand le foetus est macéré il devient rouge noir. Quand l'enfant souffre, le meconium se mêle au liquide, celui-ci devient verdâtre.

Origine du liquide.

Si ce liquide était d'origine maternelle, ce serait les vaisseaux qui secrèterait une sérosité, celles-ci passant à travers les membranes et remplissant la cavité. Le liquide peut être d'origine amniotique, il serait secrété par la

surface du placenta et par les membranes.

L'origine fœtale est la plus vraisemblable. Il peut être sécrété soit par la peau ou les reins du fœtus, ce serait donc la sueur ou l'urine.

Les reins sécrètent beaucoup, car le liquide peut s'écouler au dehors.

Ce liquide a laissé au fœtus une certaine mobilité et favorise la circulation. S'il n'était pas les parois utérines comprimeraient le fœtus en pressant sur lui et entraînerait bientôt sa mort. Ahlfeld dit que le liquide a nourri le fœtus, car on a trouvé dans l'estomac, les intestins, de petits follicules pilo-érectiles qui ne pouvaient provenir que de la surface cutanée du fœtus.

Voici une preuve que les reins du fœtus sécrètent lorsque le fœtus a l'urètre imperforé, le liquide contenu dans la vessie ne peut s'écouler au dehors; et alors, au moment de l'extraction de l'enfant on voit que sa vessie est tout à fait distendue par l'urine.

Le cordon. —

Le cordon est une petite tige lisse, flexible qui présente à sa surface une petite torsion due aux vaisseaux contenus dans son intérieur. Cette torsion ne se fait pas toujours dans le même sens les vaisseaux sont tordus dans un sens puis dans un autre; elle se fait surtout de droite à gauche ou sinistrotorsion, ou de gauche à droite ou extrotorsion, la torsion nulle existe le moins souvent. Sur le trajet du cordon on observe des nodosités qui peuvent être circulaires; dans d'autres cas la nodosité ne se fait que d'un côté, elle est d'autres fois il y a une nodosité périculée reliée au cordon par un petit pédicule.

La nodosité contient de la gélatine de Warton et encore une artère ou une veine.

Longueur du cordon La longueur du cordon est en moyenne de 80 centimètres mais il peut y avoir des cordons de 1 mètre, comme d'autres qui n'ont que 30, 40 ou même 10 centimètres. Les cordons trop courts sont une cause de dystonie; on a vu des cas où l'ombilic venait s'incérer presque sur le placenta. Le volume du cordon à peu près le volume du petit doigt,

mais il peut être plus mince ou plus gros, on rapporte un cas où le cordon avait 16 centim^{es} de circonférence.

Il ne faut pas confondre les nodosités avec les nœuds qui on voit sur certains cordons. Les nœuds sont faits par le fetus, car en se mouvant il peut passer par une anse du cordon.

Les nœuds peuvent être plus ou moins compliqués l'insertion du cordon se fait d'une part sur l'ombilie de l'enfant, d'autre part sur le placenta ou les membranes.

Si on fait une section du cordon on trouve : une membrane enveloppante c'est l'amnios; au centre, une veine appelée ombilicale. De chaque côté de la veine les artères ombilicales et dans tout le reste de l'étendue une substance gélatinuse qui comble tout l'espace. Cette substance a été appelée gélantine de Warton.

Artère ombilicale L'artère sert à porter le sang du fetus au placenta, elle est chargée d'acide carbonique ou de sang veineux.

Veine ombilicale La veine revient du placenta elle charrie du sang oxygéné.

Les vaisseaux cheminent les uns à côté des autres sans présenter de torsion.

Quelquefois la veine s'enroule autour des artères et réciproquement; dans d'autres cas, les vaisseaux s'enroulent ensemble. Le vaisseau le plus court est enroulé par le plus long. Il peut y avoir où

Il y a parfois des anomalies, on trouve une artère au trois; il en est de même pour la veine, on en trouve quelquefois deux. À côté de ces vaisseaux, dans l'intérieur du cordon on a étudié des vasa propria (au vaisseaux propres du cordon) ces vaisseaux se distribuent dans tout le cordon.

Le cordon sert à transporter le sang du placenta au fœtus, et du fœtus au placenta. Si pour une cause quelconque, au moment de l'accouchement, il existe une compression prolongée sur le cordon, la circulation est interrompue et le fœtus meurt asphyxié.

— Le *fetus* à terme. —

On reconnaît difficilement qu'un enfant est à terme. Il n'y a aucun examen précis qui puisse affirmer qu'un enfant est à terme. Les signes qui sont supposés qui un enfant est à terme ou non sont d'abord les renseignements fournis par la mère, surtout les dernières règles.

Poids du *fetus*.

Le poids du *fetus* oscille entre 3000 et 3900 gram. Il est des poids plus considérables et un enfant peut même peser plus de 3800 gram. Le poids le plus fort est relaté par Brimbault. L'enfant pesait 9 kilos. Il peut y avoir des enfants qui pèsent moins que 3000 gram. même quand ils sont à terme.

Longueur du *fetus* La longueur de l'enfant à terme est de 80 centimètres (à peu près celle du cordon) mais il peut arriver que l'enfant n'a que 48 ou 51 centimètres bien 80 et même 88 centimètres.

Un enfant de 7 mois a les ongles très bien développés de même que les cheveux sont très longs, de sorte qu'on ne peut affirmer qu'un enfant est ou non à terme.

chez le garçon les testicules descendent à 7 mois
ou à 8 mois au plus tard; la descente des
testicules dans les bourses peut se faire près du
terme. D'autres fois, à terme, l'enfant n'a
pas de testicules descendus; ou alors il n'en a qu'un.
Quand l'ossification est bien faite on peut
dire qu'il est près du terme.

Il est un signe qu'on peut voir chez les enfants
à terme quand on fait l'autopsie. C'est un
point d'ossification qui se trouve à l'épiphyse.
Dès lors qu'il est à la partie inférieure du fémur.
Lorsque ce point n'est pas encore formé,
on peut presque affirmer que l'enfant n'est
pas à terme.

Forme générale. Le fœtus est absolument fléchi sur lui-
même, son attitude est celle d'un tailleur
qui travaille, la tête est fléchie sur le
tronc, les bras sur le corps.

Sa conformatation générale est celle d'un ovoïde
(gross au) la petite extrémité est constituée
par la tête, et la grosse par le siège.
La position normale du fœtus dans
l'utérus est que la tête est située en
bas. Cet ovoïde se compose lui-même de

Il y a deux ovoïdes ; un constitué par la tête et l'autre par le tronc où ovoïde cornique ; ces deux ovoïdes se réunissent l'un à l'autre et forment l'ovoïde total.

Le fetus est donc replié, rataillé sur lui-même, mais au moment de l'accouchement les 2 ovoïdes passent l'un après l'autre, le fetus se déploie.

Conformation de l'ovoïde céphalique

L'ovoïde céphalique est formé par le crâne et la face.

Quand on pratique le toucher on introduit le doigt jusqu'au niveau de la tête, après avoir pénétré dans le col de l'utérus et l'on arrive sur des sutures et des fontanelles.

Sutures.

On entend par sutures des espaces qui se trouvent entre deux os.

Fontanelles.

On entend par fontanelles, l'espace membraneux formé par la réunion où le confluent de plusieurs sutures.

C'est pas cela qu'on sent la conformation de la tête. Sur cette tête fatale, il y a des sutures et des fontanelles. Quand on examine une tête on voit d'abord une suture.

On trouve 8 os ; l'occiput en arrière, de chaque

côté les pariétaux ; et en avant les deux os frontaux ; entre les 2 os pariétaux il y a une suture qui va de la pointe de l'occiput jusqu'à un point qui se prolonge entre les 2 frontaux. Cette suture s'appelle bi-pariétale mais on la désigne plus particulièrement sous le nom de suture sagittale (en latin veut dire flèche) cette suture présente par son ensemble une flèche. Cette suture est coupée en avant par une autre suture transversale, qui sépare les frontaux des pariétaux. On donne à cette suture le nom de suture fronto-pariétale ou coronaire.

En arrière la suture sagittale se continue avec une autre qui sépare les pariétaux de l'occipital, cette suture est appelée lambdique. D'où mot grec lambda.

Sur cette suture sagittale, il y a 2 fontanelles ou 2 conflents. Ces 2 fontanelles sont en arrière le lambda, et en avant le bregma ; on donne encore le nom de petite fontanelle au lambda ou fontanelle postérieure, et au bregma le nom de grande fontanelle ou fontanelle antérieure

La fontanelle postérieure est formée par la réunion de la pointe de l'occiput d'une part, cette fontanelle est virtuelle, il n'existe pas d'espace membranous ; et d'autre part par les angles des deux pariétaux.

De bregma à l'aspect d'un losange, elle est constituée par la réunion de 4 sutures.

Il existe donc à cette fontanelle 2 bords antérieurs constitués par les frontaux, et 2 bords postérieurs constitués par les pariétaux.

Quand on pratique le toucher on sent 4 sutures, puis un espace plus ou moins considérable, membranous qui se laisse déprimer, c'est le bregma. Au contraire pour le lambda on a pas cette sensation, il n'y a pas d'espace membranous, et on a que 3 sutures. Mais il ne faut pas se fier aux espaces pour faire le diagnostic, car la tête peut être comprimée et les os se rapprochent.

Sur cette suture sagittale il existe encore 2 autres sutures surtout à l'état pathologique.

La 1^{re} est constituée par un manque d'ossification qui existe tantôt d'un côté, tantôt d'un autre, ou encore des 2 côtés à la fois.

Il peut exister une autre fontanelle, c'est un simple petit espace membraneux, elle est appelée fontanelle de Malguénac Malguénac ou encore de Glabéle.

Il y a encore 2 autres fontanelles placées sur les parties latérales; une de ces fontanelles est importante au point de vue obstétrical, l'autre au point de vue théorique.

À la réunion du frontal, du pariétal, du temporal et de la grande aile du sphénoïde, il y a une petite fontanelle appelée pterique.

En arrière il existe 3 sutures qui aboutissent en un point ou espace membraneux; elle est formée par le pariétal, par l'occiput et par le temporal.

Cette fontanelle a un nom vulgaire ou De Gasser et un nom plus relevé l'astéron ou fontanelle astérique.

Il y a une très grande analogie entre le lambda et la fontanelle de Gasser.

Quand on sent cette espace on est près de l'oreille qui est située presque à côté.

Il y a encore un autre moyen; dans

le lambda les 3 os sont au même niveau, tandis que dans la fontanelle de Gasser on sent une saillie très marquée, formée par le temporal.

- Diamètres du crâne -

Diamètres de la tête Il est sur la tête du crâne un certain nombre de diamètres à connaître.

D^{ans} antero-postérieur D'abord le diamètre mento-maximum part de la pointe du menton et se dirige en arrière pour aboutir à la partie la plus éloignée et la plus postérieure de la tête au dessus du lambda, ce diamètre mesure 13 c. $\frac{1}{2}$. Le diamètre occipito-frontal part de la pointe de l'occiput jusqu'au niveau de la racine du nez, il mesure 12 c. a $\frac{1}{2}$ c. ces diamètres sont dans le sens antero-postérieur.

Diamètres transverses Les diamètres transverses sont les plus importants. Le diamètre bi-pariéctal est le principal, il joint les 2 bosses pariétales et mesure 9 c $\frac{1}{2}$. Le diamètre bi-temporal, qui s'étend d'un temporal à l'autre mesure 8 c $\frac{1}{2}$. Le diamètre classique bi-mastoïdien qui s'étend d'une apophyse mastoïde à l'autre il mesure 7 c $\frac{1}{2}$. Enfin le bi-astérique qui s'étend

D'un astérien à l'autre, il mesure $7c\frac{1}{2}$.

Le diamètre bi-malaire servira à mesurer la face transversalement, il mesure $6c\frac{1}{2}$.

Il y a encore 4 diamètres importants à connaître. Le sous-occipito-bregmatique part de l'union du cou et de l'occiput et aboutit au centre bregma il mesure $9c\frac{1}{2}$. Le sous-occipito-maximum à son point de départ comme le précédent, mais il aboutit au front il mesure $10c\frac{1}{2}$.

Pour la présentation de la face, il y a 2 diamètres. Le sous-mento-bregmatique part de la réunion du cou et du menton et aboutit au centre du bregma, il mesure $9c\frac{1}{2}$.

Au moment de l'accouchement on a un nouveau diamètre ; le sous-mento maximum qui part de l'union du menton et du cou pour aboutir à la partie la plus éloignée de la tête il mesure 11 centimètres.

Il est au niveau du corps du foetus 4 diamètres. Le diamètre pubo-sacré qui s'étend du milieu de la face antérieure du pubis, jusqu'au milieu de la crête sacrée il mesure $6c$; le bi-trochantérien qui va d'une trochanterie à l'autre mesure

9 centimètres ; le sterno-dorsal part du milieu du sternum, jusqu'au milieu du dos, il mesure 9 c. ; et enfin le dernier diamètre qui à la plus grande dimension est le bis-acromial qui va d'un acromion (épaule) à l'autre mesure 19 centimètres.

Circulation du fœtus.

Chez le fœtus la circulation ne se fait pas de la même manière que chez l'adulte.

Il y a chez le fœtus des communications qui s'oblitèrent aussitôt après la naissance.

Ces communications sont : le trou de Botat et le canal artériel.

Le trou de Botat est un petit orifice qui fait communiquer les 2 oreillettes, comme le sang n'a pas besoin d'entrer dans le ventricule droit. Il ensuite dans l'artère pulmonaire pour aller s'oxygénier dans les poumons, il passe directement de l'oreillette droite dans l'oreillette gauche, puis dans le ventricule gauche et enfin dans l'aorte pour rentrer dans la grande circulation.

Le canal artériel fait communiquer l'artère pulmonaire avec l'aorte.

Quand le sang est arrivé dans l'artère pulmonaire, au lieu de continuer dans les poumons il traverse le canal artériel et se trouve rendu dans l'aorte.

Le trou de Botal et le canal artériel ont pour but d'abréger la circulation.

Quand ces orifices ne se ferment pas au moment de la naissance, il peuvent produire de graves désordres physiologiques. La respiration dont il a été déjà parlé au moment de la structure du placenta se fait à ce niveau, de sorte qu'il n'est pas besoin que le sang se rende au poumon, qui, pendant la vie intra-utérine ne servent à rien; puisque la transmission de l'oxygène dans le sang fétal se fait dans le placenta lorsqu'il est en contact avec le sang maternel. La nutrition de même que la respiration se fait presque complètement au niveau du placenta. Le liquide amniotique sert aussi d'aliment au fœtus mais en petite quantité.

Secrétions du fœtus.

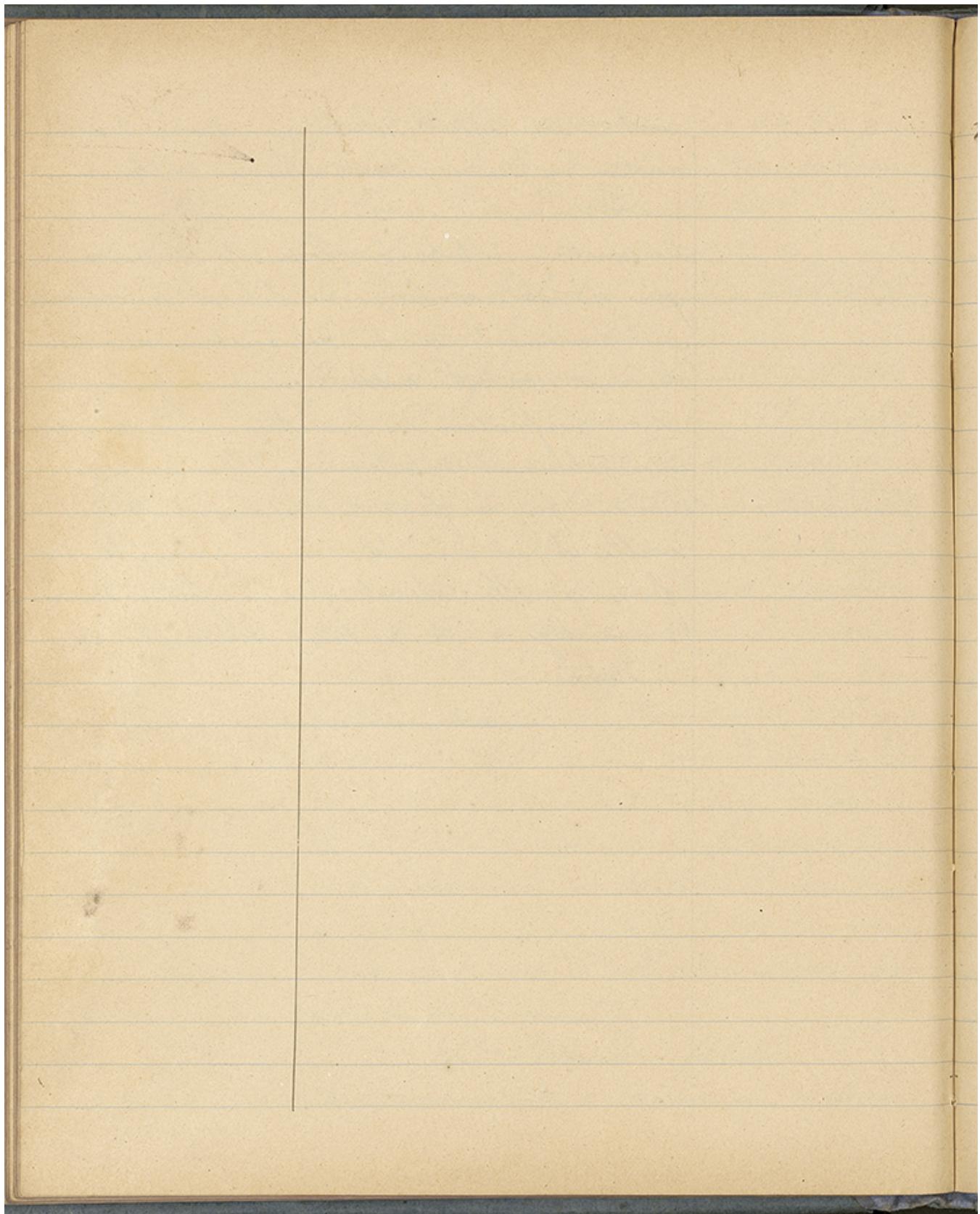
Au moment de sa naissance il est recon-

vert d'un conduit sébacé qui provient de la sécrétion des glandes sébacées, celles-ci se trouvant sous la peau.

Les sécrétions intestinales forment le mécouium qui est un mélange de bile et de cellules qui proviennent de la désquamation des intestins. Les reins秘tent aussi, car si le foetus a une perforation de l'uréthre, la vessie est considérablement distendue par l'urine.

Innervation.

On dit que le foetus à des moments de veille et de sommeil, si on consulte les femmes, elle disent que le foetus remue davantage à de certains moments qu'à d'autres.



18 janvier 1896

Cours de M^o Boissard

- Pathologie de la grossesse -

La pathologie de la grossesse comprend les différentes affections qui peuvent survenir, et compliquer la marche de la grossesse.

Alors, on a la grossesse pathologique ou compliquée.

Parmi les affections compliquant la grossesse il y a les maladies aigues et fébriles.

On reconnaît comment la malade est atteinte, par l'interrogation, l'inspection, etc. Les maladies les plus fréquentes sont les fièvres éruptives: variole, rougeole, scarlatine. Et celles de l'appareil respiratoire.

Quand il y a épidémie d'une de ces fièvres il faut faire disparaître la malade du lieu malade.

Variole.

Dans certains cas la variole consiste en une poussée de pustules, quand cette variole est discrète, la grossesse n'est pas entravée dans sa marche, mais quand la variole est conflue, les pustules sont suppurantes, amènent une complication grave pour la grossesse.

Quand la femme enceinte est frappée de maladies contagieuses, la température est de 38, 40 et 41 degrés. Ce sera dangereux non seulement pour la mère, mais surtout pour le produit de conception.

Hyperthermie. En dehors du fait de l'excès de température est venue se joindre l'action des microbes qui est mortelle aussi pour le produit de conception.

Ces agents infectieux peuvent passer de la mère chez le fetus, par exemple dans la variole de la mère, l'enfant vient au monde avec des pustules ou des cicatrices.

Dans ces cas la variole est agravée par la grossesse et va compliquer irrégulièrement la grossesse. À la période de suppuration, la femme accouche prématurément d'un enfant mort. En temps d'épidémie, il faut vacciner tous les gens qui sont autour de nous, surtout les nouveau-nés et les femmes enceintes.

Scarlatine. La scarlatine se complique généralement d'angine, plaques rouges sans saillies saillies survient au bout de 10 à 15 jours de desquamation.

La femme enceinte est presque réfractaire à la scarlatine, mais celle-ci peut évoluer chez la femme accouchée, c'est à dire pendant les suites de couches.

Rougeole

La rougeole, moins grave que la variole et la scarlatine, amène des accidents de bronchopneumonie compliquant la grossesse.

Quand on soigne une femme atteinte de l'une de ces maladies, si elle est infectée, il ne faut pas en soigner d'autres qui seront baines.

Cette affection se voit plutôt chez les enfants.

Erysipèle

L'erysipèle est une affection grave, contagieuse, contenant des microbes, la élévation de température est considérable. La femme enceinte atteinte d'erysipèle est infectée, si elle accouche prématurément, elle est plus sujette de s'infecter elle-même, on peut être infecté par la sage-femme. Le choléra amène aussi la mort de la femme enceinte.

Choléra

La pneumonie est une inflammation des poumons, cette affection est assez grave.

Les femmes respirent surtout par la partie supérieure du thorax, le diaphragme par suite de la grossesse est immobilisé alors la femme enceinte, ne pouvant plus respirer, s'asphyxie, c'est à dire meurt subitement.

Pleurésie.

Inflammation de la pleure. 1 à 2 litres de liquide dans la pleure, le poumon est aplati, on ne peut respirer que par un poumon ; si c'est le poumon gauche qui est atteint, le cœur est répulsé, si c'est à droite, c'est le foie, alors il peut y avoir de l'asphyxie. Il y a des pleurésies qui évoluent d'une façon lente, sans élévation de température, mais lorsque on observe la femme on remarque une grande oppression, alors il faut se méfier, et faire appeler un médecin, car le liquide pleural peut devenir purulente, et la femme s'amaigrit.

Maladies chroniques

Tuberculose

Une des maladies chroniques très fréquentes est la tuberculose, favorisée par les grossesses, répétées et les allaitements prolongés. Chez ces malades il faut s'opposer à

l'allaitement. Le lait est très mauvais et renferme un microbe appelé bacille de la tuberculose.

Quand une tuberculeuse devient enceinte la maladie s'arrête, la femme est mieux portante, mais la grossesse terminée souvent prématurément, la suractivité physiologique disparaît et la maladie évolue d'une façon aigüe, la femme meurt rapidement.

Intoxication.

Par le tabac

La femme enceinte travaillant dans les manufactures de tabac, s'intoxique en faisant les cigarettes et en roulant les feuilles de tabac de là cause d'avortement. Si cette femme devient enceinte, il faut lui conseiller de supprimer son métier pendant sa grossesse.

Par le plomb.

Les femmes enceintes, imprudentes, ayant la détestable habitude de mettre leurs doigts ou les lettres de plomb dans leur bouche, on remarque qu'elles ont de la gingivite, elles ont des coliques, appelées coliques de plomb. on voit surtout aux gencives un liseré gingival. Cause d'accouchement prématuré et enfant mort, conseiller à la femme de laisser son métier.

Oxyde de carbone L'oxyde de carbone est un gaz imprudent à la respiration, il influent sur la marche de la grossesse. On s'intoxique avec l'oxyde de carbone en restant longtemps au-dessus des poêles. Cette intoxication se remarque principalement chez les repasseuses. Brown-Séquart a dit que cela provoquait les contractions utérines, et de là l'expulsion du fœtus, ces contractions sont très douloureuses.

Sulfure de carbone

Syphilis

La syphilis est une maladie générale, contagieuse, par inoculation directe, elle est caractérisée par les accidents locaux, divisés en ^{spécifique} primaires, secondaires et tertiaires. L'accident est primordial quand il se manifeste sous l'aspect d'une plaie ulcéruse appelée chancre, ayant un siège variable, et s'accompagnant de retentissement du côté des ganglions et amène l'adénite simple ou double, à la suite de cette plaie qui évolue environne en 1 mois, apparaît l'accident secondaire ou roséole, plaques muqueuses qui siègent du côté de la muqueuse nasale et de la muqueuse buccale.

La grossesse qui modifie tout l'organisme

Lorsqu'une femme enceinte est atteinte de syphilis, le chancre est dur et a un aspect ^{plus} violace, il dure plus longtemps, il en est de même pour les plaques muqueuses. La femme syphilitique, fatiguée et anémique, supporte moins bien la syphilis.

qui peut avoir des accidents sérieux plus graves et accouche, le plus souvent, préma-
turement, d'un enfant mort et macré.
La syphilis peut être paternel, ou ma-
ternelle, où elle peut provenir du père et
de la mère.

Syphilis paternel.

Le père étant syphilitique et la mère
étant saine, l'enfant est également
syphilitique, ce fait est incontestable
et se rencontre assez souvent; c'est la
syphilis paternel.

Syphilis maternelle.

La syphilis maternelle est permanente,
elle a en le temps de se développer
avec l'embryon, elle l'infecte mais
ce n'est ni constant ni fatal, mais
il y a une cause très importante, c'est
l'âge de la syphilis.

Si la ^{femme} ayant en la syphilis pendant dix
ans et ayant été soignée devient enceinte
alors même qu'elle ne présente plus
d'accidents, cette syphilis ancienne,
antérieure à la grossesse, peut avoir
une influence fâcheuse ~~sur~~ sur
l'enfant, on lui a donné le nom de syphilis
héreditaire

Les vieilles syphiliis, bien traitées peuvent faire espérer que l'enfant ne sera pas, ou sera peu atteint, mais on ne peut jamais affirmer que son état sera bon.

Il y a des cas où la femme devient enceinte et syphilitique en même temps, c'est à ce moment que l'action nocive est la plus désastreuse pour le produit de conception. Si au contraire, la femme devient syphilitique dans les 3 derniers mois de la grossesse, dans la grande majorité des cas, le fetus échappe à la maladie, mais est tout de même un peu syphilitique. Lorsque le père est la mère soit atteinte le produit de conception n'échappe pas à la syphilis.

Quand il y a retentissement de syphilis sur la grossesse, on observe des lésions de l'œuf. Il y a placentite, ou hypertrophie du placenta, et dégénérescence graisseuse des villosités, exagération du liquide amniotique.

Quand on soupçonne la syphilis chez une

féminine enceinte, on doit prévenir un
médecin qui peut intervenir et faire
continuer la grossesse jusqu'à terme.

La syphilis est une cause d'avortements
peu sanglants, mais répétés, et presque
inégalement quand la femme n'est pas
traitée il y a aussi accouchement préma-
ture avec faetus mort.

Quand la femme est contaminée dans les
3 derniers mois, le plus souvent le pro-
duit de conception n'est pas atteint,
et la grossesse va jusqu'à terme.

Action de la syphilis sur l'enfant.

Dans certains cas, l'enfant naît mort
et macéré, avec des lésions viscérales, qui
se manifestent par l'augmentation de
volume du foie et de la rate.

Dans d'autres cas, l'enfant naît vivant
et présente immédiatement des lésions
cutanées appelées ~~bulles~~ bulles de pér-
phiges, siégeant à la plante des pieds,
(face plantaire) ou à la face palmaire.

Petite vésicule de la grossesse d'un
grain de chenevis. Il présente aussi des
érosions ou ulcerations: plaques mignantes

Penfigus.

Quel côté de la cavité buccale; des lésions viscérales ou hypertrophies du foie et de la rate. Dans certains cas la péritonite spécifique. Dans certains cas les enfants naissent vivants et sains, et deviennent malades tardivement, des lésions osséuses se développant 2 mois après la naissance.

Évidemment du côté du père et de la mère donne les résultats les plus merveilleux.

Conduite à tenir par rapport à l'adulte. La mère et l'enfant portants des lésions. La mère devra nourrir son enfant, et sous aucun prétexte cette enfant sera confié à une nourrice mercenaire. Mère étant syphilitique, l'enfant sain en apparence présentant quelques traces de syphilis, devra être allaité par sa mère qui ne le contaminera pas, parce que cet enfant a été un peu syphilitique, Loi de Golles et Baudrie.

Dans d'autres cas, la mère ayant échappé à la syphilis, l'enfant présentant des lésions provenant du père. Cet enfant doit être allaité par sa mère, la mère ne pouvant pas être contaminée.

par l'enfant, ayant déjà été syphilitique
d'une façon très atténuée par le fait
de l'impregnation.

Si l'enfant ne peut pas être nourri
par sa mère, il ne faut sous
aucun prétexte le confier à une
nourrice mercenaire ; on aura
recours à l'allaitement artificiel, c'est-
à-dire au lait stérilisé qui donne
de très bons résultats.

Maladies du cœur -

Action générale de la grossesse sur la
circulation.

Varices.

On donne le nom de varices à la dilatation
permanente des veines, qui on observe
le plus souvent du côté des membres
inférieurs, des organes génitaux.

Elles sont superficielles si profondes,
elles sont superficielles si elles portent
sur les veines saphènes qui deviennent
flexueuses.

Il y a des femmes chez lesquelles les varices
se développent d'une façon accentuée
elles apparaissent du 4^e au 1^{er} mois,

elles sont très volumineuses dans cas d'hydroamnios et grossesse gémellaire.

On observe des phlébites variqueuses pouvant former une embolie, des phlébites se joint la péri-phlébite qui amène la rupture des vaisseaux et entraîne hémorragie variqueuse donnant énormément de sang, surtout chez la femme enceinte, et qui peut être mortelle.

Quand les varices vulvaires et vaginales se rompent, il peut y avoir une hémorragie mortelle pouvant faire faire une erreur de diagnostic c'est à dire faire croire à un *placenta praevia*. Ces varices se présentent sous l'aspect de paquet variqueux s'étendant jusque dans les plis de l'aine et pouvant faire croire à une hernie.

Ces varices vulvaires ne donnent pas souvent d'hémorragie au moment du travail.

Chez certaines femmes on observe un paquet de varices où hémorroïdes du côté

du rectum, la femme perd du sang vers le 4^{me} mois et on peut croire un 1^{er} abort à une menace d'avortement. Après l'accouchement il faut réduire les hémorroïdes.

Pendant la grossesse, ces varices augmentent, si le foetus succombe, les varices s'affaissent c'est à dire qu'il y a arrêt de développement (M^r Budin)

- Maladies du cœur -

Le cœur peut être lésé à l'intérieur, il y a myocardite. À l'extérieur il y a pericardite. En 1847, Larcher a fait des recherches cliniques sur l'hypertrophie du cœur, amenée par la grossesse.

chez la femme enceinte il y a surcharge de travail pour le cœur.

Toutes les maladies du cœur causées par la grossesse sont : les endocardites produites par les suies de couches infectieuses, caractérisées par l'épaississement de l'endocardium qui a une surface hérissée, papillaire

et qui produisent des embolies, semant dans l'organisme des germes infectieux.

Influence de la grossesse sur les cardiaques -

Une femme enceinte, cardiaque, présentera par l'observation, une face pâle, des lèvres pâles décolorées. Dans d'autres cas, il y aura de la congestion, des lèvres colorées, fluctueuses, elle se cyanose. Le pouls est variable avec la situation dans laquelle se trouve la femme, il est irrégulier, en général petit et filiforme, bondissant très fort.

À l'interrogation on apprendra qu'il y a oppression, difficulté de marcher, jambes enflées si on applique la main sur la région pré-cordiale, on sent une sorte de fremitissement. Pendant la grossesse la femme peut être prise d'accidents, vers la fin surtout ces troubles sont caractérisés par l'oppression considérable, et menaces d'asphyxie. Un certain nombre de femmes cardiaques se portent très bien pendant la grossesse.

Accidents gravido-cardiaques ou
cardio-pulmonaires -
Caractérisés par l'apnée ou suffocation,
asphyxie, congestion du côté des poumons,
amenant des hématoxysies, pouvant se faire
du côté du foie (ictère), du côté des
reins (albuminurie). Les syncopes fatidiquement
mortelles sont produites plusôt pendant le
travail, au moment des efforts volontaires.
Il faut arrêter l'accouchement, suppri-
mer les efforts, en les remplaçant par
une force artificielle.

On peut rompre prématulement les mem-
branes en amenant une déplétion de
l'utérus afin de soulager la malade.
La respiration se fait plus facilement.
Cela sera fait si le diagnostic est certain,
s'il y a hydroamnios, grossesse gémellaire
et en attendant un médecin.

Les maladies du cœur entravent la grossesse,
elle est généralement interrompue dans son
cours, l'avortement est rare, mais l'ac-
couplement prématuclé est plus fréquent.
Ce n'est pas rare qu'une hémorragie

ai lieu au moment de la délivrance.

Action de la grossesse. La femme enceinte marche difficilement sur les traumatismes, elle marche en canard à cause du relâchement des symphyses. Les chutes alors sont faciles et l'action n'est pas bien funeste, il faut s'assurer si la femme a perdu du sang ou de l'eau; l'action du traumatisme peut porter sur le fœtus. Les coups portés à la femme peuvent produire des ecchymoses au fœtus. On peut après ces chutes observer des fractures dont la consolidation se fait plus tardivement.

Il peut y avoir du traumatisme chirurgical. chirurgicale.

En 1841 les accidents étaient dus à ce que quand on opérait, les soins antiseptiques n'étaient pas bien pris, alors de la hémorragie, fièvre puerpérale, etc... mais aujourd'hui qu'on les connaît et qu'on s'en sert, on opère pour n'importe quoi, trachéotomie, hernie étranglée, tumeurs, kystes de l'ovaire, etc... et la grossesse continue son cours.

Faut-il opérer cette femme.

Affections de l'appareil digestif.

Chaque grossesse coûte une dent dit le proverbe.
On remarque la gingivite inflammatoire
du bord libre des gencives, se montrant
surtout dans la grossesse, chez les femmes
dont la gingivite existait.

Traitement.

Lavages avec acide borique ; le carbonate
de soude ; passer un peu de coton avec
tincture d'iode sur le bord libre des
gencives.

Ces femmes bavent constamment, ont du
ptyalisme qui peut exister avec les
 vomissements.

chez certaines femmes dès le début de
la grossesse il y a des troubles de l'appa-
reil digestif, des vomissements extrêmement
fréquents, l'appétit est perverti.

Les vomissements prennent dans 99 cas
une physionomie très grave, 1^{er} degré
 vomissements à jeun, certaines femmes
ne conservent leur 1^{er} repas qu'en lit.

Dans les derniers mois de la grossesse
ces vomissements cessent, ils sont simples
mais peuvent amener des vomissements

Vomissements incurables.

incoercibles, amenant rapidement l'inani-
tion et la mort; ils s'observent presque
toujours du 4^e au 8^e mois chez les pri-
mipares, et 99 fois font suite aux vomis-
sements simples; ils débutent l'embolie.

En 1892 Paul Dubois a divisé la marche
des vomissements en 3 périodes:

1^{re} période, vomissements graves, sérieux,
incessants, en dehors de ces vomissements
il y a rejet de matières glaireuses.

2^{me} période, caractérisée par la fièvre,
c'est à dire fréquence du pouls, la
température augmente légèrement, elle
ne s'élève pas au delà de 37°; pouls 130 à
140, petit filiforme. Il y a impossibilité
absolue de ne rien introduire dans l'estomac.
Douleurs vives dans l'hippocrate, au niveau
des attaches du diaphragme, les urines
sont rares, la langue est épaisse, le facies
est plombé, alors arrive l'émaciation,
l'amaigrissement, perte de 300 au 400 grs.
de poids par jour.

3^{me} période, caractérisée par des phénomènes
nervieux, mort rapide par syncope finale,

Durée 6 jours à 8 j. $\frac{1}{2}$. La femme est prise de délire, alors les vomissements cessent, mais quand même la mort ne tarde pas à venir. Dans la 2^e période, il y a des rémissions, des exacerbations; pendant 8 jours, la femme rend tout ce qu'elle prend, ensuite elle recommence à s'alimenter, puis vomit de nouveau. Le médecin prescrira les médicaments nécessaires. On a proposé l'avortement provoqué pour arrêter les vomissements insupportables. On observe aussi chez les femmes enceintes des vomissements dûs à une affection de l'estomac: ulcère, cancer, hernie, tuberculose, hystérie.

Chez les femmes enceintes atteintes de vomissements graves, il y a lieu de constater s'il n'y a pas déplacement de l'utérus, latéralement. Retraction et rétroflexion.

- Albuminurie -

L'albuminurie est une maladie caractérisée par la présence d'albumine dans les urines. On a émis 3 théories anciennes pour expliquer la présence assez fréquente d'albuminurie chez les femmes enceintes.

On a pensé qu'elle était due à des modifications du sang, produite par la diminution des globules rouges et l'augmentation des globules blancs. Les modifications exercées par la pression de l'utérus sur les reins. L'utérus comprime les veines rénales, empêche la circulation en retent, de la congestion.

On a fait remarquer que l'albuminurie était plus fréquente dans les cas de grossesse jumellaire.

L'albuminurie est surtout fréquente chez les primipares, elle apparaît surtout dans les 3 derniers mois de la grossesse.

Suivant M^e Boissard, l'albuminurie serait de 1 cas sur 20.

Chez les femmes mortes d'albuminurie on a trouvé des lésions du côté des reins (néphrite).

et inflammation des vaisseaux urinifères.

L'albuminurie par elle-même peut amener des néphrites passagères.

Nouvelle théorie. — L'albuminurie est due à l'intoxication, il y a diminution d'excrétion et rétention de matières toxiques, et passage de l'albumine dans le sang.

Dans certains cas, l'albuminurie est antérieure à la grossesse. Les femmes albuminuriques devenant enceintes, deviennent plus malades, c'est une condition extrêmement fâcheuse.

Il y a l'albuminurie gravidique, où celle qui apparaît pendant la grossesse; et l'albuminurie du travail, consistant en un peu d'albumine dans les urines d'une femme en travail, 1 fois sur 4. Cette albuminurie est sans importance.

Il est très important de faire le diagnostic. L'albumine vrai, l'avec la fausse albumine. L'urine venant se mêler avec le sang venant du vagin, où bouchon gelatinous. Dans ce cas douteux, faire le lavage vaginal antiseptique, et pratiquer le catétherisme.

Recherches de l'albumine d'urines

Il y a 2 procédés: celui de la chaleur et par l'acide nitrique.

On met de l'acide parce que si l'urine était alcaline, rien que par la chaleur, l'albumine ne se précipiterait pas, car elle ne se précipite pas dans les milieux alcalins.

Acide nitrique et acide acétique

Les urates se précipitent. Il faut se faire rendre compte par un médecin ou pharmacien de la quantité d'albumine fournie par jour.

Procédé d'Esbac

Analysé quantitative d'un certain degré d'urine avec acide picrique.

Signes.

Constatation directe d'albumine dans l'urine examiné les urines des femmes enceintes qui nous sont soumises pour la 1^{re} fois. surtout dans les derniers $\frac{1}{3}$ de la grossesse.

Examen.

Chez ces femmes on observe de la pâleur de la face, de la bouffissure, du côté des paupières, le matin surtout, les membres inférés sont lourds adénacés. Dans ces cas il n'y a pas toujours d'albuminurie et quand il y a de l'albuminurie, il n'y a pas toujours d'adème.

Les albuminuriques n'étant pas traitées sont sujettes à des troubles, ces troubles sont caractérisés par de la céphalalgie (maux de tête dans la région du front); puis il y a des troubles de la vue caractérisés par un voile qui passe devant les yeux et qui fait que la vue diminue et produit ce qu'on appelle la rétinine albuminurique, il y a des troubles nerveux, hallucinations de l'ouïe, insomnie, agitation presque constante; douleurs épigastriques décrite par Chauvel, hémorragies observées du côté des yeux, de la peau (purpura), saignements de nez très abondants (épistaxis), lésions du côté de la foie; hémorragies viscérales.

L'albuminurie si elle n'est pas traitée soignée ne fera que croître, soignée diminuera et disparaîtra avant le travail; dans d'autres cas, sous l'influence du traitement, l'albumine diminue, mais ne disparaît pas complètement. Cela il est important de se rendre compte de la quantité d'urine émise dans les

24 heures, parceque les phénomènes de défaut d'excretion urinaire ^{soit très grave} et y a une quantité de matériaux toxiques dans la circulation, ceci est grave, ^{quelques} fois il y a de l'anurie 100 grs. environ par jour.

En général l'albuminurie qui a augmenté pendant le travail, diminue graduellement dans les jours qui suivent l'accouchement, au point de disparaître au bout de 4 à 6 jours.

Influence de l'albuminurie : L'albuminurie si elle est un peu prononcée sur la grossesse et est une cause fréquente d'accouchement préma-turé, car elle peut amener des hémorragies placentaires ayant une physiopathie particulière, des noyaux blancs, des infractio's, qui sont autant de portions du placenta retranchées au factus, par conséquent l'alimentation en souffre. En général le factus est peu développé, il est petit, chétif, malinque. L'albuminurie est une cause fréquente d'hémorragie grave au moment de la délivrance cette hémorragie est très difficile à arrêter et amène souvent la mort de la femme.

Craitement préventif.

On doit redoubler de précautions chez les femmes ayant présenté des maladies infectieuses, agissant sur les reins : scarlatine, angine infectieuse. Eviter les refroidissements, l'humidité ; faire porter de la flanelle ; lutter contre la constipation par des purgatifs assez énergiques pour obtenir une laxité du côté du ventre, agir surtout par le régime alimentaire.

Craitement.

Le régime lacté absolu ; sous l'influence de ce traitement, l'albumine disparaît. Examiner les urines tous les deux jours.

Puis quand l'albumine a disparu, on devra prescrire un nouveau régime qui consiste en : œufs, viandes blanches comme : veau, poulet, poisson. Viandes gélatinées : tête de veau, pieds de porc ; jambon maigre. En un mot, aliments gras et d'une digestion facile comme boisson. Un peu de vin blanc, eau de Vichy.

- Eclampsie -

L'éclampsie est une affection propre aux femmes enceintes, en travail, et aux accouchées, elle est caractérisée par des attaques convulsives, suivies de coma avec perte de l'intelligence. Ces attaques sont accompagnées d'élévation de température, et d'albuminurie dans les urines. On l'observe surtout chez les primipares, ou chez celles qui ont 2 grossesses éloignées l'une de l'autre.

La fréquence absolue est difficile à donner, on observe à peu près une attaque sur 260 accouchement. L'éclampsie se montre le plus fréquemment chez la femme enceinte, plutôt près du terme. Pour d'autres auteurs au nombre desquels est M^e Boissard, elle serait plus fréquente pendant le travail. Elle est plus rare chez les femmes, après la délivrance faite, elle survient même ~~8~~ ou 18 jours après l'accouchement.

Suivant Blot, l'attaque d'éclampsie est provoquée par l'albuminurie, cependant des femmes ont eu des attaques sans albuminurie ~~cela est très rare~~ ces cas sont rares.

On observe des prodromes: céphalalgie, insomnie, troubles de la vue, de l'ouïe, songements, douleurs épigastriques qui durent un temps variable et l'attaque éclate.

On l'a divisée en 3 périodes: une période d'invasion très courte, caractérisée par agitation marquée, clignotement des paupières, grimace. Arrive la période convulsive, caractérisée par convulsions toniques et cloniques.

Convulsions toniques Contracture, face livide; ensuite succède la cyanose, à cause de la contracture du diaphragme et des muscles du larynx, la respiration est pour ainsi dire arrêtée; le stridus, contraction des muscles de la machoire de l'opistotonore, raidissement de la nuque, tête renversée sur l'épaule droite, yeux cachés sous les paupières; un strabisme contracture des muscles des membres; les bras en pronation forcée, le poing enfermé dans la paume de la main. Au bout d'une demi minute apparaît la convulsion clonique, les muscles sont agités donnant l'aspect d'un clocheton, ensuite il se produit une grande inspiration, la face est

grimacante, la langue projetée en dehors des arcades dentaires, mordue, saigne; les yeux roulent dans leurs orbites, la tête tourne à gauche et à droite, il y a agitation générale de tout le corps, s'opérant sur place; les femmes ne bougent pas du lit. Cette attaque dure assez longtemps: 1 à 4 minutes suivant Carnier; une a duré 18 à 20 minutes, après la femme est plongée dans le coma, la respiration est stertoreuse, la face bouffie, tuméfiée ainsi que la langue. Quand la toxémie est peu marquée, le coma dure peu, l'intelligence se réveille un peu en les interpellant vivement, enfin l'attaque à disparu. Dans l'immense majorité des cas, la température s'élève, il est indispensable de la prendre l'heure en heure elle s'élève à 38° minimum 39° et 40°. Après la température tombe, l'urine diminue beaucoup, il faut réunir la quantité excrétée dans les 24 heures, quelques fois il y a de l'anurie, rétention des toxines et éclampsie.

Quelquefois il n'y a qu'une seule attaque et les chôtes s'arrêtent, la grossesse continue, ce cas est exceptionnel.

Dans cette maladie on perd la moitié des femmes (80 pour 100).

Un bout d'un certain temps une nouvelle attaque réapparaît, le coma est de plus en plus long quand il y a beaucoup d'attaques, enfin à un moment donné elles ne sortent pas du coma, il est traversé par une période convulsive, ce sont des attaques sub-intrantes. Enfin la femme arrive dans une période où elle meurt.

Pronostic.

Le pronostic est grave si la température s'élève : qui il y a amnésie, coma profond, et beaucoup d'attaques. Comme complications, il y a hémorragies méningées cérébrales, le foetus succombe généralement à cause de l'hyperthermie, l'éclampsie provoque le travail, il se fait plutôt par résolution musculaire ; le travail provoque aussi l'éclampsie. Chez ces femmes éviter les examens répétés, l'accouchement

dans ces cas est rapide, surprenant extrêmement si on n'a pas examiné, l'enfant sort, il y a déchirure du périnée. Il faut donc bien surveiller les éclamptiques.

Diagnostic

À la période convulsive. Il faut reconnaître la grossesse, examen obstétrical complet, apparition ou non du travail.

On confond les attaques convulsives d'éclampsie, avec des attaques d'épilepsie et d'hystérie. Dans ces 3 dernières maladies il n'y a pas d'élévation de température.

Coma

Le coma peut être confondu avec le coma de l'ivresse (alcool).

Traitement preventif.

Empêcher les attaques d'éclampsie par le traitement préventif: purgatifs, diurétiques, régime lacté quelques fois absolu, continué tant que les femmes ont de l'albumine dans les urines. Préserver contre le froid.

Il faut surtout défendre à ces femmes, de ne pas manger de fromage. Avoir permis de caractère pour imposer ses volontés.

Traitement médical de l'attaque.

éviter le bruit, les impressions, et avoir comme entourage les personnes strictement nécessaires; empêcher la langue d'être mordue

point de départ d'hémorragies quelques fois mortelles. La saignée, qui agit en retirant une certaine quantité de matériaux toxiques, elle décongestionne les centres nerveux.

Des saignées de chaque côté des apophyses mastoidées ne serait pas mauvais. Il faut diminuer le transport de l'élément douloureux à l'élément convulsif par le chloroforme et le chloral donnant de bons résultats.

Le chloroforme doit être donné d'une façon continue dès qu'on voit qu'une attaque est point d'apparaître, dès qu'on verra la face pâlivore, le clignotement, etc.

Traitement obstétrical. Il faut terminer l'accouchement aussi vite que possible. Quelque fois quand l'éclampsie se montre après la délivrance, cette forme est extrêmement grave.

Certaines éclamptiques peuvent et doivent nourrir.

Les précautions antiseptiques sont plus importantes à observer chez ces éclamptiques en raison des examens, puisque elles sont

plus aptes à être infectées; l'emploi des antiseptiques doit être fait avec la plus grande précaution, la plus grande surveillance afin de ne pas amener l'intoxication mercurielle en employant le sublimé.

Sobriété dans cet emploi pour la femme mais pas pour les mains de la sage-femme. Injections intra-utérines au sublimé, suivie d'injection à l'eau bouillie.

Leucorrhée

La leucorrhée est fréquente chez les femmes, plus encore chez les femmes enceintes. Elle doit être combattue parce qu'elle favorise les accidents septiques chez la mère et l'enfant.

C'est un écoulement jaunâtre, sissieux, empesant le linge, pour peu qu'elle soit abondante et négligée, elle amène la sensation désagréable de brûlure ou pourrit, amenant les femmes à se gratter, gagne la partie interne des cuisses, inféodée de l'abdomen, ensuite on voit la vaginite apparaître.

qui est simple et quelques fois granuleuse. Dans la vaginite granuleuse il y a grande abondance de liquide, le doigt rencontre une muqueuse granulee (langue de chat) ces granulations peuvent devenir de plus en plus grosses; il se produit des végétations au vaginite végétante envahissant le col et les culs-de-sacs, la muqueuse vulvaire, la face interne des grandes et des petites lèvres. grossent comme un morceau de choux-fleur. Ces végétations empêchent le toucher, l'écoulement est stérile, elles sont extrêmement vasculaires. On a proposé de traiter ces végétations par l'excision, mais elles saignent beaucoup de la hémorragies graves, les traiter par les caustiques, si elles sont pédiculées mettre sur le pédicule un fil de soie aseptique, on verra qu'elles se flétrissent et tombent; on emploie beaucoup de moyens le meilleur consiste en l'emploi des antiseptiques et soins de propreté, bains d'amidon, bains de sou, lavage avec liquide très chaud; (froides extrêmement mauvais.)

44°-48° même à 90° degrés; lavage fait avec coton hydrophile; placé devant les organes génitaux, en permanence, des compresses trempées dans du sublimé, ou fraîchement sec, les parties malades par gaz iodoformée.

Rétroversion utérus gravide. C'est ce qui se produit le plus souvent. C'est le renversement de la totalité de l'utérus dans la concavité du sacrum. Le col est porté tout à fait en avant derrière la symphise pubienne, il se joint presque toujours dans ces cas avec certain degré de rétroflexion. Le résultat fatal si la situation ne se modifie pas, sera l'incarcération, l'emprisonnement de l'utérus qui se développera dans le petit bassin amenant des accidents.

La rétroversion est un accident rare s'observant surtout chez les multipares, se rencontrent, vers le 3^{me} ou 4^{me} mois, elle existait mais la femme ne s'en apercevait pas, elle se produit lentement graduellement, dans quelques cas, elle se produit brusquement à la suite d'exercices

Causes.

un peu violents, fatigue, courses en voiture, etc.
1^o D'une part la rétention d'urine, c'est possible, mais quand il y a rétroversion et rétention d'urine, l'utérus ne reprend pas sa position normale ; la rétroversion favorise la rétention d'urine et
2^o L'état du bassin grand et petit, le bassin petit avec saillie d'une pièce sacrée, l'utérus ne monte pas dans la cavité abdominale ; 3^o adhérences faisant que l'utérus est toujours en rétroversion, adhérences dues à d'anciennes péritonites localisées, salpingites, etc. 4^o certains auteurs ont incriminé des adhérences en avant (comme un tablier) 5^o l'insertion du placenta ; 6^o les gros fibromes de la paroi postérieure ; 7^o de gros utérus en sub-involution ; 8^o traumatismes, coups, chutes, etc.

Symptômes.

Problèmes fonctionnels du côté de la miction, envies fréquentes d'urine, puis la femme n'urine plus du tout, dans certains cas elle urine tout le temps, mais goutte à goutte, c'est

ce qu'on appelle urines pas regorge-
ment avec douleurs atroces.

Inspection.

À l'inspection on constate le dével-
pement du ventre, qui n'est pas
en rapport avec l'époque présumé de
la grossesse ; tuméfaction médiane rémittante
qui est la vessie qui peut remonter
jusqu'à l'ombilic et contenir 9 à 10 litres,
elle peut se rompre si on n'intervient
pas. Le col de l'utérus comprime le
col de la vessie, les urines prennent
une odeur repoussante ammoniacale
et amère de la cystite pseudo-mem-
branuse (sac dans sac) un sac muscu-
laire et un muqueux, alors le cathé-
térisme n'amène pas la sortie de l'urine
quelques fois cette vessie se contracte, on
peut croire en examinant rapidement
que c'est l'utérus.

Cathétérisme

En pratiquant le cathétérisme la
tuméfaction disparaît, ensuite on pratique
le palpation et on ne trouve pas l'utérus,
par le toucher on a des sensations bizar-
es curieuses, on ne trouve plus de col,

plus de culs-de-sac, la paroi postérieure du vagin n'existe plus, on sent une tuméfaction dure, la paroi antérieure paraît démesurément longue, on cherche le col qui on trouve en avant en l'effleurant derrière la symphyse pubienne, on dans quelques cas au-dessous de la symphyse, alors le diagnostic est fait de la rétoversion. Cependant on peut se tromper et croire à une grossesse extra-utérine, on a un avortement.

Dans la rétoversion la femme peut mourir soit par rupture de la vessie, soit par l'enclavement de l'utérus qui peut se rompre, ou se gangrénier, quelques fois, l'utérus s'ouvre par sa face postérieure devenue antérieure, le périnée bombe, prend la forme d'une

Dans certains cas, les femmes trouvent le moyen d'uriner dans certaines positions, ce qui est rare et s'observe à la suite du cathétérisme

pratiquée 2 fois par jour si la femme ne se plaint pas trop. Il faut inviter cette femme à se coucher sur le ventre où en situation gîme - pectorale, où on introduit dans le vagin le speculum de Sims, alors l'utérus retombe. Si la rétroversion persiste, il faut la réduire; administrer du chloroforme, le médecin s'assurera du degré d'adhérences, et avec une main essayera de le replacer en passant sur le côté pour éviter le promontoire, il mettra un tampon dans le cul-de-sac postérieur.

On a proposé l'avortement en punctionnant l'utérus par le rectum (cette opération doit être dangereuse.)

Relâchement des symphyses.

Sous l'influence de la grossesse, il y a ramollissement des fibro-cartilages; à la suite de ce ramollissement il y a relâchement; ce relâchement est pathologique que lorsqu'il est très accentué.

Symptômes:

La femme éprouve de la difficulté à marcher, elle marche de plus en plus en canard, se fatigue très rapidement, elle a quelquefois de la difficulté à se retourner dans son lit. Ce relâchement provoque la douleur aiguë par la marche et par la pression.

Examen:

Pour constater ce degré de mobilité, il faut pratiquer le toucher, la femme étant debout, après s'être accroupie devant elle, introduire un doigt dans le vagin et en appliquer la face palmaire sous la symphyse pubienne, de façon que celle-ci soit à cheval sur le doigt, on engage la femme à piétiner lentement, sur place en levant alternativement l'une et l'autre jambe, pendant qu'elle piétine ainsi.

Le doigt sent très nettement les mouvements qui se passent dans l'articulation : chaque fois, en effet, que l'une des jambes quitte le sol, le pubis correspondant remonte avec elle, pendant que l'autre pubis reste immobile, ce chevauchement est parfois considérable et semble atteindre plus d'un centimètre.

Un autre signe beaucoup plus rare que le précédent, est le craquement produit dans l'articulation par le déplacement des os ; ce craquement se renouvelle de temps en temps quand la malade fait un grand mouvement avec les membres nus où se retourne. Dans son lit, quand il se produit, il est entendu et senti par la malade ou par le médecin (ou sage-femme). C'est un bon signe, mais sa rareté est regrettable.

Pour les ~~disraphies~~ symphyses sacro-iliaques, le diagnostic est un peu plus grave : on pratique le toucher vaginal et on appuie au niveau de la symphise sacro-iliaque : si la femme éprouve de la douleur vive

à cet endroit, on pourra affirmer le relâchement ; mais il est très rare de voir une symphyse mobile, sans que les autres le soient.

Après l'accouchement ce relâchement disparaît. ^{après un repos de 18 à 20 jours} Dans certains cas l'allaitement est contraire, et on a vu un relâchement persister très longtemps ; il a suffit de cesser l'allaitement pour voir tout rentrer dans l'ordre.

Maladies de l'œuf

L'hydorrhée (ou fausses-eaux) est une affection grave caractérisée par l'écoulement anormal d'une certaine quantité de liquide. On distingue 2 variétés : 1^e Hydorrhée déciduale, 2^e Hydorrhée amniotique.

Hydorrhée déciduale. Le liquide vient de la caducité, c'est le résultat d'une ancienne métite. (l'œuf est fermé) et de la transudation soit des vaisseaux sanguins, soit des lymphatiques. c'est une affection très grave rare qui se rencontre dans les 3 derniers mois.

16^e Carnier

de la grossesse, cependant il y a des cas dans lesquels il se fait un écoulement de liquide dans les premiers mois.

Dans les derniers mois le liquide s'écoule par petits jets, ^{écoulement} ce qui se reproduit plusieurs fois à intervalles variés.

Ce liquide est généralement clair, peu ou pas tinte, empêtant le linge.

Il n'a pas d'action sur la grossesse, c'est à dire qu'il n'empêche pas l'accouchement prématuré, il n'a aucune action sur le fœtus.

Hydroorrhée amniotique Dans l'hydroorrhée amniotique, le liquide provient de l'intérieur de l'œuf, peut faire croire à la rupture des membranes; de la femme accouchée plusieurs jours ou plusieurs semaines après, si on examine cette femme pendant le travail, on sent que la membrane amniotique est intacte, c'est donc une poche amniotique qui s'est formée entre le chorion et l'amnios et le liquide s'écoule par une déchirure du chorion, ce liquide provient bien de l'intérieur de l'œuf mais il filtre à travers la membrane amniotique.

Dans d'autres cas, le liquide provenant de la cavité de l'œuf, s'écoule par la suite de la rupture des membranes qui se fait au point plus élevé que l'orifice utérin.

Si on ne reconnaît pas cette hydrocephalie, on peut croire à la rupture prémature des membranes. Dans la rupture des membranes la perte d'eau se continue.

Hydropisie de l'amnios (ou hydroamnios)

Cette affection est caractérisée par l'excitation du liquide amniotique, la quantité normale de liquide est variable suivant les femmes, on admet en moyenne de 800 à 800 grs. On distingue 2 variétés : l'hydropisie aiguë, et l'hydropisie chronique. Dans le 2^{me} cas cette hydropisie est peu accentuée, en général elle arrive lentement graduellement. Dans la 1^{re} variété elle affecte une marche aiguë et s'accompagne de fièvre. ces cas sont très rares.

Causes. —

Dans les cas de grossesse jumellaire, il n'est pas rare d'observer l'hydropisie d'un des œufs, cela est dû à la gêne de la circulation d'un des fœtus.

Dans les cas de malformations fœtales.

Dans la syphilis on observe très souvent un excès de liquide amniotique.

Symptômes. —

Lorsqu'ils sont peu marqués, c'est qu'il n'y a pas beaucoup de liquide, au contraire dès que la quantité de liquide devient plus considérable, les symptômes sont plus marqués, ce qui frappe tout d'abord la vue, c'est le volume exagéré de l'utérus qui n'est pas en rapport avec l'âge de la grossesse.

En raison de cette exagération il y a des troubles du côté de la femme, elle respire et marche difficilement, elle a de l'œdème sus-pubien et des membres inférieurs ainsi que des varices.

Palper.

Par le palper on constate des parties dures qui flottent dans le liquide amniotique en imprimant des petits coups sur un. Des côtés de la paroi abdominale, on a la

sensation de fluctuation (fLOTS.) Dans certains cas on obtient le balottement abdominal couché. - Dans d'autres cas par le toucher on obtient le balottement vaginal et quelques fois on a pas la sensation de rebond, le foetus étant très mobile dans le liquide amniotique ; le canal ~~des~~ cervical est entièrement ouvert, on arrive facilement sur les membranes même chez les primipares.

Auscultation. - L'auscultation présente des difficultés considérables, en raison de la grande quantité de liquide amniotique on n'entendra pas les bruits du cœur foetal. Dans d'autres cas on entend les bruits du cœur très sourds.

Diagnostic. - Le diagnostic est très grave pour la mère lorsque la quantité de liquide est très accentuée par suite de la trop grande distension des parois abdominales refoulant le diaphragme il y a des phénomènes de suffocation et d'asphyxie.

Pour l'enfant le pronostic est très grave d'abord : parce que cet enfant peut être syphilitique ; il peut y avoir vices

de conformatio[n] surtout du côté de l'autre mité céphalique, on ne peut savoir quelles[er] la partie fœtale qui va se présenter. Si les membranes sont rompues prématurément, il peut y avoir procidence du cordon; il peut y avoir aussi placenta praevia.

Conduite à tenir. Dans les cas urgents, on est autorisé à rompre prématurément les membranes dès le début du travail. On doit rompre les membranes en faisant une petite échirure et en laissant le doigt dans l'orifice afin que le liquide ne s'écoule pas trop brusquement cela pouvant amener procidence du cordon et mort du fœtus.

— Suite —

Diagnostic.

lorsque l'hydropisie est très accentuée, qu'il y a distension exagérée de l'utérus, l'abdomen est tellement bombé que le diagnostic devient difficile, et on peut confondre la grossesse avec un kyste de l'ovaire.

Dans d'autres cas on a confondu cette grossesse avec l'ascite (épanchement de liquide dans le péritoine).

on avec une grossesse jumellaire. Le diagnostic est alors très difficile; il faut toujours se tenir sur ses gardes, d'autant plus que la grossesse jumellaire est confondue avec une grossesse simple; dans l'hydrocéphalie de l'amnios le foetus est (le plus souvent) petit le plus souvent il est au dessous de la moyenne, et l'auscultation ne donne que des renseignements très vagues.

- Insertion vicieuse du placenta -

Par insertion vicieuse du placenta, on entend une anomalie dans le siège de l'insertion placentaire, qu'on l'a encore appelé placenta praevia.

Barnes. - accoucheur anglais a divisé l'utérus en 3 zones: une supérieure, une moyenne et une inférieure.

Chaque fois que le placenta s'insère sur la zone inférieure, il y a insertion vicieuse. cette zone est très riche en éléments élastiques et très peu en éléments contractiles. On distingue 3 variétés: l'insertion peut être marginale, ou

elle peut être partielle, on trouve au toucher une portion du placenta, cette variété est la plus fréquente, 3^e elle peut aussi être centrale, le placenta recouvrant tout l'ouverture interne, c'est le vrai placenta praevia.

Diagnostic antroprospectif. — Il sera facile de reconnaître l'insertion après la sortie du placenta, d'après l'endroit de la rupture des membranes.

Fréquence. — La fréquence de l'insertion vicieuse du placenta est de 1/200 ou 1/300 suivant les auteurs.

Mais il y a une distinction à établir, il n'y a de véritable placenta praevia que quand les membranes sont déchirées parallèlement au gâteau placentaire.

Causes: On admet que l'ovule entraîné par son propre poids allait se greffer sur le segment inférieur, il y aurait troubles dans la nidation de l'ovule. Dans certains cas extrêmement rares, les trompes sont insérées sur le segment inférieur de l'utérus. On admet aussi que ces causes proviennent de la muqueuse utérine (endométrite) et métrites qui disposent à l'insertion vicieuse. Cette insertion est plus fréquente chez les multipares que chez les primipares.

Etude du mécanisme. L'insertion vicieuse du placenta est caractérisée par des hémorragies se montrant dans les 3 derniers mois de la grossesse ; ces hémorragies peuvent survenir dans les 3 derniers mois, cette insertion entraîne la mort de la grossesse en provoquant l'avortement, par suite du développement de l'utérus, le placenta est tirillé, quelquefois déchiré et presque toujours expulsé, ce qui prouve la déchirure c'est que le placenta se décolle, alors il y a hémorragie, mort du produit de conception et expulsion. Dans d'autres cas au contraire l'avortement ne se produit pas, il y a ^{rupture spontanée de} décollement prémature des membres si l'enfant est viable il y a accouchement prémature. Dans d'autres cas impossible à expliquer, l'insertion vicieuse ne provoque pas l'avortement, mais une hémorragie

Symptômes. -- Par le palper, la femme étant enceinte de 3 ou 8 mois ; du fait de la présence et du séjour du placenta sur le segment inférieur, en raison de l'accompagnement du fœtus, l'engagement ne se faisant pas, la partie fœtale ^{qui se présente} reste élevée et fluit dans

Palper. -- à l'auscultation on peut entendre le souffle placentaire sur les parties latérales près de la symphise pubienne.

Auscultation

une des fossettes iliaques.

Couchet. — Le col est légèrement dévié et on constate un épaissement du segment inférieur, on sent aussi des battements.

Dans les 3 derniers mois de la grossesse la femme perd du sang; cette hémorragie se produit généralement la nuit, cette 1^{re} hémorragie est peu grave, elle est dite silencieuse, elle est peu abondante et la femme ne souffre pas; tous les 1 ou 2 jours il y a une nouvelle hémorragie plus abondante au fur et à mesure qu'elle se répète.

Dans d'autres cas cette 1^{re} hémorragie est très grave et très abondante.

Les auteurs sont unanimes à déclarer que les hémorragies viennent du décollement du placenta qui glisse sur l'utérus.

L'extension du segment inférieur sera la cause suivant Jacquier du décollement du placenta qui lui est inextensible. M^{me} Boissard est du même avis; en effet le segment inférieur peut avoir la même surface que le placenta, donc le moindre

movement d'expansion expansion portera sur la masse placentaire qui se déchirera, alors hémorragies, mais si les membranes sont moins solides, elles céderont et la femme perdra de l'eau.

Les jours suivant l'extinction continuant, les membranes se déchireront davantage où le placenta cédera.

En général, la femme qui a perdu de l'eau, perd du sang qui à ce moment de l'accouchement.

Le sang perdu vient selon Simson, de la mère, par la portion placentaire déchirée. Le sang vient des sinus utérins qui sont brisés, où du sinus coronaire qui est rompu.

Pronostic.

L'insertion vicieuse est très grave et pour la mère et pour l'enfant.

Pour la mère, ~~la mortalité~~ de la 100 pour 100, les statistiques sont variables. Pour l'enfant de 47 à 88 pour 100.

Traitement

Ne pas donner de saigle ergoté, car il n'arrêtera pas l'hémorragie, où on donne trop de saigle, où on en donne pas assez.

L'accouchement forcé peut être fait suivant ^{bonnes} Simpson la délivrance artificielle. On introduit un ballon en violon (Barnes.)

Hémorragies

pendant la grossesse.

Si on se trouve à la cambague, on peut faire une injection vaginale avec moitié can moitié vinaigre pour arrêter l'hémorragie, cela réussit très n'importe, cela réussit très bien dans certains cas.

À la 1^{re} hémorragie peu abondante, la femme restera couchée, on fera une injection très chaude. Donner 100 gouttes de laudanum dans les 2-4 heures, pour empêcher le retour des contractions utérines. On fera un tamponnement intra-cervical.

Diagnostic de la présentation fatale.

Si l'extrême pelvième est en bas, cela n'est pas mauvais pour nous sages-femmes. Si on a reconnu une présentation du sommet, on fait une version en ramenant le siège en bas (cela ne serait pas trop bête) car on aura plus de prise pour faire l'accouchement.

On se rendra compte de la quantité de sang perdu pendant cette hémorragie.

Tamponnement.

C'est une méthode déjà ancienne conseillée par Leroux accoucheur de Dijon (1788.)

Pour faire le tamponnement on peut se servir de linge fin ou de charpie ayant bouilli pendant une demi heure, ceci à défaut de coton hydrophile.

Si on a du coton hydrophile on fera 30 à 40 boudinets de la grosseur d'une noix que l'on mettra tremper dans une solution aseptique contenue dans un bocal fermé. On attachera un fil après chaque boudinets, où on les mettra tous après le même fil (en queue de cerf volant.)

On met la femme en travers du lit, on lui donne un lavement, une injection vaginale très chaude, pratique cathétérisme p. vidéoscopy. On presse les boudinets et on les enduit de vaseline (800 grs. vaseline pour un tampon) et on les place de façon à bien bourrer les culs-de-sacs. On peut les introduire avec le speculum d'Arroustane mais il vaut mieux les introduire sans speculum, a dit M^e Boissard, les culs-de-sacs étant bien bourrés, on dispose ces boudinets en couronne dans tout le canal vaginal, de façon a ce qu'ils soient bien serrés les uns contre les autres. Maintenu avec un bandage et placé au niveau de la vulve.

Si la femme n'a pas de douleurs et qu'il n'y a pas urgence d'enlever le

Tamponnement à la garde Doformie. — On rapporte à ce tamponnement une bonne de me pas opposé une bonne signe au sang.

Mettre du sel dans l'eau dans laquelle on fera bouillir le linge devant soi à faire le tamponnement. On ajoute à cette eau de l'alcool.

tampon, on le laissera 12 heures (M^{me} Boissard) certains auteurs disent de le laisser 24 heures. Il faut tout préparer pour faire un second tamponnement en cas qu'une nouvelle hémorragie surviendrait.

Certains auteurs, en particulier Bailly conseillent de ne pas enlever le tampon de laisser la femme accoucher, 1^{er} temps du tampon, 2^{me} temps de l'enfant. Ceci est bon pour la femme au point de vue de la hémorragie, mais désastreux pour l'enfant.

Tamponnement à la charpie (500 grs). Ce procédé est extrêmement douloureux, surtout pendant la grossesse.

Ce tamponnement devra être très bien fait afin d'arrêter l'hémorragie, il s'accumule un peu de sang entre le tampon et les membranes et ce sang se coagule.

Certains auteurs, en particulier M^{me} Dénard n'admet pas ni n'admet pas le tamponnement, il dit que derrière le tampon il se produit une hémorragie interne et il conseille de rompre les membranes.

Le tamponnement n'est
pas bien fait expose
à la septicémie la femme

Faire la dilatation forcée
avec 2 doigts pour arriver à
rompre largement les membranes

Lorsque la femme est en travail, les conditions sont différentes, le canal cervical étant perméable quand bien même la dilatation n'est pas complète, que le col n'est pas effacé : on peut arriver sur les membranes, on les déchire largement pour empêcher le décollement du placenta. L'hémorragie s'arrête ; quelque fois elle ne s'arrête pas de suite, sous l'influence des contractions utérines le col s'efface, l'orifice se dilate, et au fur et à mesure que la partie fœtale descend, elle entame le placenta.

Si on a affaire à un siège complet, aussitôt les membranes rompues on saisit un pied et on l'abaisse dans le vagin, ce pied fera tampon et exactly provoquera les contractions utérines ; s'il n'y a pas ralentissement des battements du cœur fœtal, on procédera à l'extraction du fœtus qui a la dilatation complète.

(La sage-femme aura recours au tamponnement que quand elle sera seule et que la femme ne sera pas en travail. Si c'est possible elle fera bien d'envoyer chercher un médecin afin de se mettre à convenable.)

Quand les membranes sont rompues on doit s'assurer s'il n'y a pas procidence du cordon, cette procidence est très fréquente et peut amener la mort du fœtus.

Après l'accouchement il faut rester près de la femme et surveiller attentivement l'état de l'utérus, car les hémorragies de la délivrance sont très fréquentes, et la femme pourrait être prise de synapses on doit se tenir prête à intervenir. On doit procéder à la délivrance artificielle, renverser la femme le moins possible, donner une injection très chaude et faire le tamponnement à la gaze d'iodoformée, lui mettre la tête très basse, les jambes très élevées.

Autotransfusion. Comprimer les jambes avec des bandages de toile, ou des bandes d'Esmac, afin de ramener vers le centre, le sang des membres inférieurs.

faire prendre des grogs chauds et du
Champagne.

Mort du fœtus Sous des causes multiples et inconnues
pendant la grossesse. le fœtus meurt pendant le cours de
la grossesse, les causes de la mort du
fœtus peuvent venir de certaines affec-
tions chroniques soit du père ou de
la mère, ces causes sont extrêmement
variées: syphilis, tuberculose, intoxicat-
ion du côté de l'œuf: altération du
placenta.

On devra rechercher la syphilis et dans
une autre grossesse, faire suivre à
la femme un traitement qui lui
fera mener sa grossesse à terme.

Il y a des femmes qui ne peuvent mener
une grossesse à terme, la 1^{re} grossesse, l'enfant
meurt à 8 mois, la 2^{me} à 6 mois, à la 3^{me}
peut quelques fois être menée à terme.

- Mort habituelle du fœtus -

Les signes permettant d'affirmer la mort du fœtus n'existent à proprement parler qu'après le 9^{me} ou 6^{me} mois.

Lorsque la grossesse n'a pas atteint le 9^{me} mois, alors que le fœtus n'a pas donné signes d'existence, il n'est pas permis d'affirmer sa mort.

Lorsque le fœtus a succombé, la grossesse s'arrête aussitôt. La mort du fœtus met un terme aux modifications physiologiques et aux manifestations pathologiques; il y a disparition des vomissements et de l'albumine dans les urines. Il y a aussi affaiblissement des varices (a dit Monsieur Bridin).

La circulation placentaire ne se faisant plus, le fœtus privé de vie, baigne dans le liquide amniotique, se disloque, et quand la femme accouche, elle expulse un œuf complet qui ne contient qu'un liquide clair. (Œuf clair.) D'autrefois le fœtus se momifie, se ratatine, il est parcheminisé, aplati, il a l'aspect d'un bon homme en pain d'épice. D'autrefois il est pétrifié et devient dur comme de la pierre.

Il peut aussi y avoir macération, le cordon s'infiltre, il est mou, flasque, verdâtre. Sur la peau du fœtus, il se forme des ampoules, des phlegmones qui s'ouvrent et le liquide devient rougeâtre, l'épiderme s'enlève à grands lambeaux, il y a chevauchement considérable des os du crâne, décollement du cuir chevelu. Dans certains cas, la mort du fœtus n'a pas d'actions visibles pour la mère, elle va aussi bien que possible. Dans d'autres cas, cette mort devient extrêmement grave pour la mère; quand le fœtus se putréfie, c'est que les membranes sont déchirées, et que par cette ouverture il pénètre de l'air extérieur; l'orifice du col étant fermé, on ne peut constater cette déchirure. Prendre la température ^{de la femme} ~~tous les~~ jours.

Recéption du fœtus La durée est variable, en général 8 à 10 jours, quelquefois moins quelques fois plus; l'expulsion du fœtus se fera que lorsque la circulation placentaire ne se fera plus. Le fœtus étant mort, la circulation placentaire continue, et le terme de la grossesse peut être dépassé avant l'expulsion du fœtus.

Symptômes. — Lorsque la grossesse a atteint son 9^e mois on distingue des signes fournis par la mère, et d'autres fournis par le fœtus.

Les signes maternels n'ont aucune valeur, ce sont des signes incertains.

Signes maternels

On ne doit jamais baser un diagnostic sur les dire de la femme, ces signes existent mais il faut les constater soi-même. La montée laiteuse se fait en général très nette dans les 3 ou 4 jours qui suivent la mort du fœtus; ce phénomène persiste un jour ou deux. Le ventre loin d'augmenter, reste stationnaire et diminue même de volume, pour deux raisons : 1^e le liquide amniotique se résorbe, 2^e le fœtus devient mou et s'affaisse. En examinant la femme on voit que le volume de l'utérus n'est pas en rapport avec l'âge présumé de la grossesse. La femme dit ne plus sentir remuer, ce signe n'est pas de grande valeur surtout dans les 3 ou 4 premiers mois, on doit y attacher aucune importance.

Signes de certitude. On est certain de la mort du fœtus que dans les cas où ayant entendu une ou plusieurs fois les battements du cœur du fœtus, on ne les entend plus dans les jours qui suivent.

Palper.

L'utérus est mou, on le délimite mal, on ne trouve pas de parties fœtales nageant dans le liquide, tout est mou, plat, fluctueux; dans certains cas, quand le fœtus est mort depuis quelques jours, qu'il est macéré, on arrive sur l'extémité céphalique et on sent sous les doigts une crémation osseuse, produite par le déplacement des os du crâne.

Quand la grossesse a atteint son 6^e mois l'accouchement peut se passer très bien, et quelques fois très mal, l'expulsion est lente, le fœtus est mou, les parois utérines peu résistante, on observe une poche des eaux particulière, énorme, appelée poche en 8 de chiffre ou en sable.

Dans certains cas le fœtus devient infléxible, gonflé comme un ballon, alors

offrira quelques difficultés pour la sortie du fœtus, si par le toucher on sent une jambe ou un bras, on ne doit pas tirer sur ce membre qui pourrait vous rester dans la main, on pourrait aussi déterminer des lésions du côté de la mère (On doit faire appeler un médecin.)

La délivrance spontanée se fait généralement toujours, si elle ne se fait pas on fera la délivrance artificielle.

Après la délivrance faire une injection intra-utérine.

- Avortement -

L'avortement est l'expulsion prématurée du produit de conception avant sa viabilité c'est-à-dire, dans les 6 premiers mois de la grossesse selon la loi, les accoucheurs n'admettent la viabilité qu'à 7 mois.

On a divisé l'avortement : 1^o en avortement ovariaire, 2^o en avortement embryonnaire, 3^o en avortement fœtal.

Avortement ovariaire.

Dans l'avortement ovariaire, les choses passent presque toujours ; il survient dans les 20 premiers jours de la grossesse, et se manifeste par la perte d'un peu de sang dans lequel on aperçoit des caillots. Ces avortements sont très fréquents, environ 1 sur 600 grossesses. Les causes agissent de plusieurs façons ; tantôt elles tuent le fœtus, et à un moment donné l'embryon et le placenta sont expulsés ; d'autre fois le fœtus meurt à la suite d'alteration du côté du placenta ; hémorragies placentaires, foyers hémorragiques dans l'albuminurie ; môle hydatiforme. Dans d'autres cas, contractions prématrices de l'utérus, traumatisme, intoxication.

Certaines femmes sont disposées à faire des avortements, un 1^{er} avortement prédisposant à une série d'avortements. Souvent cet avortement a pour point de départ : l'alteration de la muqueuse utérine (mètrite). La syphilis, l'élévation de température produite par les fièvres éruptives, l'alcoolisme (intoxication).

on a incriminé certains médicaments :
comme le sulfate de quinine et le
salicilate de soude. etc...

Ces causes produisent des effets multiples
soit en amenant des contractions utérines,
ou des hémorragies, ou la mort du fœtus.

En général, il y a quelques signes qui
annoncent que la femme est exposée à
faire un avortement : caractérisés par
des phénomènes de malaise, de lassitude
des douleurs de reins, des énervements suivis
à l'époque des règles.

Époques dangereuses...

La femme perd du sang en quantité
variable pendant 8 à 15 jours, la fausse
couche est alors presque certaine. Dans
certains cas, la femme ayant perdu une
assez grande quantité de sang, sous
l'influence d'un traitement quelconque
l'hémorragie s'arrête et la grossesse
suit son cours. Dans d'autres cas
l'hémorragie abondante s'arrête et au
bout d'un certain temps il y a achèvement
du décollement du placenta et expulsion
de l'embryon.

Dans le 1^{er} mois l'expulsion se fait en 1 temps, c'est à dire que l'œuf est expulsé en entier, il y a avortement ovariaire.

L'avortement embryonnaire se fait en 2 temps, 1^{er} embryon, 2nd placenta. L'avortement fatal se fait en 3 temps.

Type contractions. On sent l'utérus qui se contracte, puis le travail se déclare sous l'influence des contractions ; au toucher on s'aperçoit que le col a subi des modifications annonçant des menaces d'avortement.

Dans certains cas, sous l'influence des contractions utérines, le col s'entrouvre, il devient perméable, on ne constate pas d'effacement du col mais une dilatation en entonnoir, et on peut constater la présence d'un petit membre dans le canal cervical.

Diagnostic. - Le diagnostic comprend beaucoup de questions à répondre, il faut d'abord s'assurer que la femme est enceinte ; dans la dyspnée membranée, les femmes perdent un peu de muqueuse que l'on peut prendre pour un œuf.

Madame Lachapelle a dit que dans la dysménorrhée la douleur précède le sanguin et dans l'avortement, le sang précède la douleur.

L'avortement est inévitable si les membranes sont rompues, ou si l'œuf est mort, mais ceci est très difficile à établir. Il faut s'assurer que le placenta est expulsé; dans certains cas il y a rétention de toutes les membranes; dans d'autres cas il y aura rétention de la caducée.

Traitement. - Il peut être divisé en 3 parties; la 1^{re} chose à faire est le traitement préventif. Mettre la femme dans les conditions hygiéniques les plus favorables, c'est à dire en ce qui concerne l'alimentation et l'aération. Forcer ces femmes à rester couchées (décubitus dorsal) à l'époque correspondant aux règles, éviter la constipation, supprimer certaines professions: cuisinières, repasseuses, saturnines, rechercher la syphilis maternelle ou paternelle et faire suivre un traitement.

Si les accidents précurseurs pertes de sang, contractions utérines se manifestent pour arrêter ces contractions il faut employer les lavements laudanisés, mais il faut au préalable donner un grand lavement pour évacuer le rectum, ensuite on donnera le lavement laudanisé avec 2.0 à 2.8 gouttes de laudanum, on peut administrer 100 gouttes de laudanum dans les 2-3 heures on peut donner aussi des injections de ~~max~~ sous-cutanées de morphine, on donne aussi du viburnum.

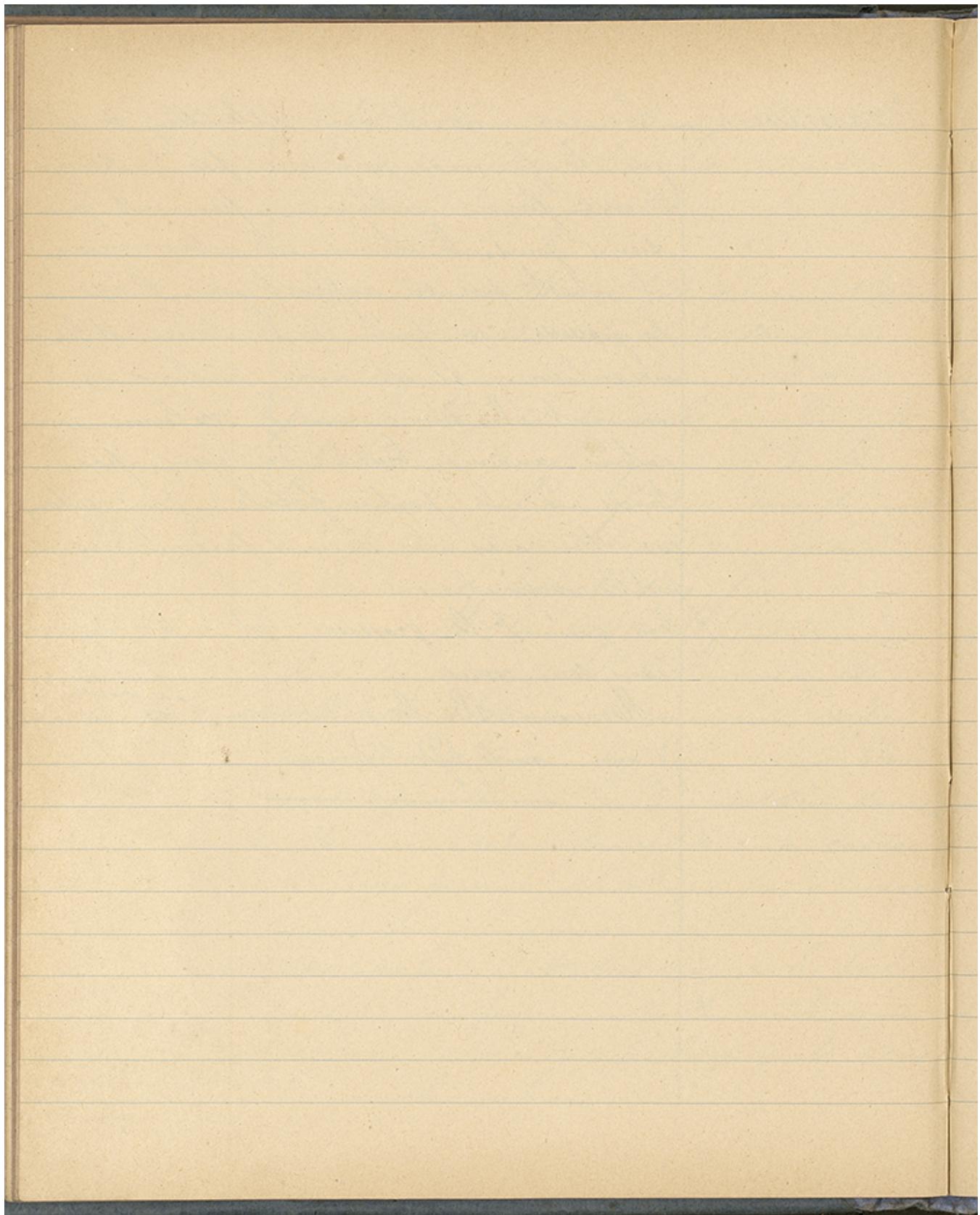
Après l'accouchement on peut encore donner du laudanum.

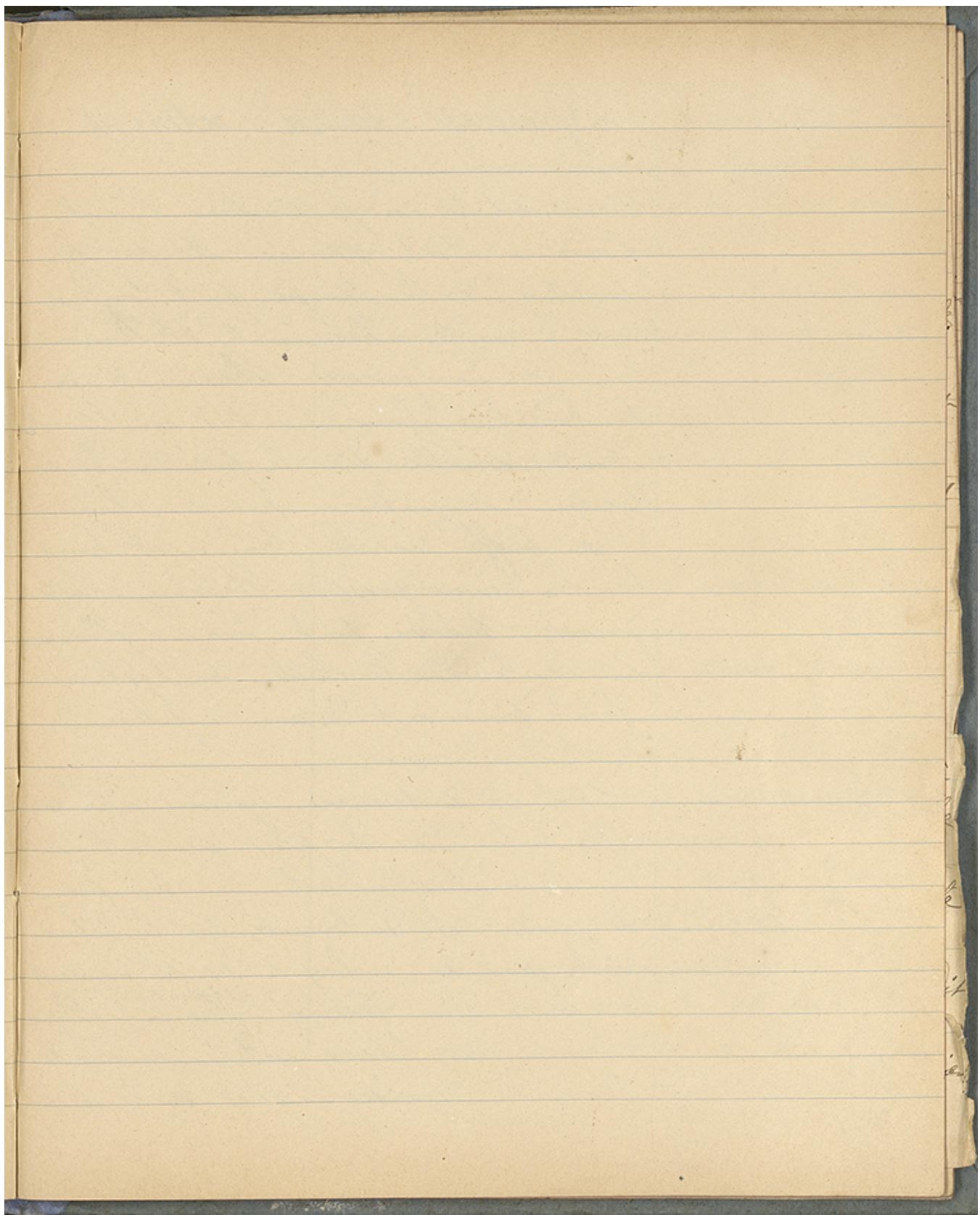
Autrefois pour arrêter l'hémorragie on donnait du singlé ergot (les mauvais) si il y a hémorragie il faut faire le tamponnement et procéder celui-ci d'une injection vaginale suivie d'une injection intra-utérine si l'avortement est inévitable il faut le laisser se faire, si la y a rétention du placenta, on doit

faire des injections intra-utérines et des injections vaginales toutes les 4 heures, faire un tamponnement à la gaze d'iodoformée, et attendre pour intervenir, jusqu'à ce que la température s'élève, que le pouls devienne plus fréquent, que les lochies soit fermées.

Quelquefois, la rétention placentaire dure de 10 à 18 jours, ou 3 semaines et il n'y a aucun phénomènes morbides mais le plus souvent il y a hémorragies successives et on est tenté de faire la délivrance artificielle, mais il faut tenir cette délivrance que si l'on voit qu'elle soit très facile; il vaut mieux faire le tamponnement pour exciter les contractions utérines, et enlevant le tampon on trouve la délivrance reposant dans le canal cervical.

Si le placenta reste trop longtemps s'il y a menaces de septicémie on doit procéder à la délivrance





Grossesse extra-utérine

Dans certains cas particuliers, l'ovule fécondé n'étant pas recueilli par le pavillon de la trompe, peut tomber dans la cavité abdominale ^{s'y greffer}, et donner lieu à une grossesse abdominale ou péritoniale. Dans d'autres cas, l'ovule étant recueilli par le pavillon de la trompe, ne continue pas son chemin, il se greffe dans la trompe et donne lieu à une grossesse tubaire. Cette grossesse tubaire peut devenir abdominale par suite de la chute du kyste factal provenant d'une rupture de la trompe.

Causes. --- Ces causes sont encore ignorées, cependant elles sont dues le plus souvent à des anomalies du côté des trompes.

Signes = 8, 1^{er} mois. La grossesse est douloureuse dès le début ~~de la grossesse~~, il y a des phénomènes de péritonisme localisé ^{ces femmes}, elles sont obligées de rester au lit, à certains moments elles ont des crises aiguës, douloureuses,

elles perdent du sang généralement foncé, dans lequel on trouve quelques débris de membranes, pouvant faire croire à un avortement.

Ces pertes de sang ne sont jamais abondantes, cet écoulement sanguin se reproduit et donne lieu à des phénomènes de faux travail.

Examen

Si on examine la femme par le palper et le toucher combiné on trouve difficilement le corps de l'utérus, le col de l'utérus est dévité, un peu adénateux, il présente un certain degré de ramollissement. Le corps de l'utérus est un peu augmenté de volume, mais cette augmentation n'est pas en rapport avec l'âge de la grossesse.

À partir du 3^e mois, la grossesse est très facile à établir, la femme perçoit les mouvements actifs du fetus, l'utérus est vide et garde le même volume; à côté de l'utérus on constate une tuméfaction qui n'est

autre que le kyste fœtale dans lequel est enfermé le produit de conception. On peut le prendre pour l'utérus gravide si la grossesse n'a pas été reconnue.

Pronostic.

La femme n'accouche pas et meurt presque fatidiquement; 98 fois sur 100 elle meurt de péritonite, par suite de la rupture du kyste fœtale, le liquide s'écoule dans la cavité péritonale (de la péritonite).

Dans d'autres cas exceptionnels, la rupture ne se produisant pas, le kyste s'incruste de sel calcaire, c'est-à-dire qu'il se transforme en pierre.

D'autrefois le kyste fœtale se pétrifie et peut se rompre à un moment donné, et un grand nombre de mort subite qui sont attribuées soit à la rupture, soit à un anévrisme soit à une hémorragie cérébrale ne sont dues à autre chose qu'à la rupture d'un kyste fœtale.
(Faire appeler un médecin)

Paul Dubois à vu une femme ayant fœtale forte 30 ans un kyste de sel calcaire

de fœtus ainsi minéfié
c'est-à-dire transformé en
pierre ou à l'apoplectique
nous le

Quelques fois le kyste fœtale s'ouvre au dehors et s'élimine soit par les parois abdominales, soit par le vagin quelque fois par le rectum ou la vessie, mais ces cas sont très rares.

Dystocie

La dystocie est l'état des difficultés ou accidents qui mettent obstacle à l'accouchement et nécessitent une intervention rapide pour terminer cet accouchement.

Elle a été divisée en 2 parties : la dystocie fœtale et la dystocie maternelle.

Dystocie fœtale. - Dans certains cas il y a procidence du cordon lorsqu'il y a chute intenpestive du cordon, c'est-à-dire présence du cordon précédent ou accompagnant la partie fœtale.

Les membranes n'étant pas rompues, on dit qu'il y a procubitus du cordon. Après la rupture des membranes, on dit qu'il y a procidence.

Varnier 1 sur 98, De Paul 1 sur 100.
en moyenne.

Causes. -

Quelques anomalies dans le mécanisme de l'accouchement, tout obstacle à l'engagement de la partie fœtale, l'exagération du cordon si l'insertion vêlamenteuse sont des causes de la procérence du cordon.

Examen. -

Examinez pendant l'intervalle d'une contraction alors que les membranes sont molles et explorez avec soin toute l'étendue de la portion mise à nu par le degré de dilatation; on constate un petit corps flottant qui passe rapidement sur le doigt, et si l'enfant est vivant on perçoit les battements du cordon, que l'on peut confondre avec le pouls vaginal. Il est très grave, au moment où la partie fœtale s'engage le cordon se trouve comprimé, la circulation fœtale se trouve arrêtée et de la mort du fœtus.

Traitement. -

Si la dilatation est de 2 ou 3 centimètres faire mettre la femme sur les genoux, on conseille aussi de faire un petit tamponnement.

Si la dilatation est complète, introduire la main dans la cavité utérine, le cordon étant à cheval sur le doigt essayer de le reporter dans la cavité utérine, et faire la version en ramenant un pied dans la cavité vaginale. Mais si la dilatation n'est pas complète, on doit empêcher la compression, et pour cela on introduit la main dans le vagin et on maintient la partie fœtale jusqu'à ce que la dilatation soit complète.

Procidence des membres.

Par procidence des membres, on entend la présence d'une ou de plusieurs petites parties fœtales appartenant à une région fœtale autre que celle qui se présente, l'accompagne ou la précède. Lorsque la petite partie fœtale accompagne la région fœtale et que les membranes ne sont pas rompues, on dit qu'il y a procubitus. Ces procidences sont assez rares, elles varie-

Causes. -

suivant les auteurs, 1 sur 100 ou 1 sur 1000.

C'est ce qui s'oppose à l'engagement de la partie fœtale favoris la procidence d'un ou de plusieurs membres. Cependant on dit que la présentation de la face favoriserait beaucoup la procidence d'un membre.

Il y a procidence simple, où présence d'un seul membre; procidence complexe où présence de 2 membres; procidence compliquée, où présence d'un ou de 2 membres et du cordon.

Il arrive parfois que pendant la grossesse on peut trouver à côté de l'extrémité céphalique un petit membre.

Pendant le travail, elles peuvent devenir définitives et offrir de grandes difficultés. Pour bien connaître cette petite partie fœtale, on prend ce petit corps qui flotte, on l'applique sur les parois du bassin pour explorer plus attentivement. On a reconnu qu'il y avait procidence mais il faut aller plus loin, il faut

savoir si on a à faire à un pied ou à une main, voici donc les caractères principaux :

Main

Doigts extrêmement longs, plus petit et opposant aux autres doigts, en remontant un peu on aura la sensation de la main se continuant avec l'axe de l'avant bras.

Dans la présentation du sommet, celle qu'on observe le plus souvent est la procidence d'une ou de deux mains, ainsi que dans la présentation de la face. Rarement cette procidence se produit dans la présentation du siège.

On peut faire une erreur de diagnostic dans les cas de grossesse jumellaire.

Lorsque la procidence des membres est reconnue de bonne heure, elle n'est pas grave, car on ne perd pas d'enfant.

De toutes les procidences la plus grave est celle d'une main dans la présentation de la face, car elle peut s'opposer au mouvement de rotation de la tête, et enclaver la face.

Il faut surveiller les femmes dans les cas d'hydropisie de l'amnios, dans les cas de présentations viciées, si on rompt les membranes le faire discrètement. Comme difficultés pouvant mettre obstacle à l'accouchement, on signale les enfants trop volumineux, l'excès de volume des jambes épaisses décrit par ^{Yacquier} car il peut y avoir défaut de rotation ou encore rotation intérieure pouvant retarder l'accouchement.

Dans certains cas le fetus peut être mal conforme. Le vice de conformation le plus fréquent est l'hydrocéphalie. L'hydrocéphalie est caractérisée par un excès de volume de la tête due à une trop grande quantité de liquide dans la cavité crânienne, celui-ci repoussant la substance cérébrale.

Dans l'encéphalie la tête n'est pas plus volumineuse, car il y a une grande quantité de liquide, mais ce qui fait compensation, il y a peu de substance cérébrale, l'encéphalie n'apporte pas d'obstacle à l'accouchement.

Hydrocéphalie

Encéphalie

L'hydrocéphalie est très rare 1 sur 20000. petite face, front saillant, difficultés à reconnaître les sutures et les fontanelles, car les os sont très clairs, séparés entre eux par des espaces membranous très considérables. La présentation du sommet est la plus fréquente dans les cas d'hydrocéphalie, mais la présentation du siège est 9 fois plus fréquente que dans les cas ordinaires, rarement le foetus se présente par l'épaule, et encore plus rarement par la face.

En général, l'hydropsie de l'amniotic, ou exagération de liquide amniotique se rencontre souvent, presque toujours dans les cas d'hydrocéphalie. Dans les derniers temps de la grossesse, on est frappé chez une femme enceinte ayant un bassin bien conforme à un non engagement de la partie fatale.

Blot avait résolu de faire le diagnostic d'hydrocéphalie rien que par l'auscultation, il prétendait que les bruits du cœur étaient très élevés au dessus de l'ombilic.

ceci est réel, mais il y a d'autres présentations où les bruits du cœur s'entendent au-delà de l'ombilic. Monsieur Boissard croit que ~~que~~ ce mode n'a qu'une valeur relative, car il ne faut pas se fier à l'auscultation qui doit renseigner que sur l'état de vie ou de mort du fœtus. Par le toucher on peut faire des erreurs. Défaut d'examen, on peut confondre l'hydrocéphalie avec la proche des eaux, où avec un fœtus mort et macéré.

C'est une grande importance que de reconnaître au début l'hydrocéphalie, car les interventions sont merveilleuses, mais il n'en est pas de même lorsque on laisse ainsi aller les choses; la femme s'épuise on peut observer une rupture utérine le travail traîne en longueur. Ce qu'il faut éviter c'est l'accouchement spontané

- Dystocie maternelle -

La dystocie maternelle est la partie la plus intéressante de l'obstétrique.

D'abord, obstacles à l'accouchement du côté des parties molles où relevant du corps de l'utérus. Dans certains cas la force, les contractions utérines sont perverties, ce sont souvent des contractions mal dirigées, surtout chez les multipares, les parois ayant été très distendues. Il en suit une lenteur du travail dans ces utérus pendulum. ~~Plus~~fois non seulement les contractions utérines sont mal dirigées, mais en outre, il y a obliquité de l'utérus.

Dans ces cas il faut relever l'utérus soit avec une serviette, où alors le faire maintenir par une aide au moment de la contraction.

Causes.

Les caractères de l'utérus utérine sont souvent méconnus, ce sont : les utérus trop distendu dans les cas de grossesse jumellaire, fœtus volumineux,

l'inertie utérine n'a qu'une influence relative sur la mère, du côté de l'enfant il finit par souffrir une bosse séro-sanguine se forme de plus en plus, s'allonge, il n'y a aucune progression de la tête.

Il y a certains cas pathologiques où on observe des anomalies, déviation, rigidité puis obliteration du col de l'utérus.

Pendant le cours de la grossesse, le col de l'utérus est 98 fois sur 100 en arrière et à gauche.

Quand la partie fœtale s'engage, le col revient progressivement dans l'axe du détroit supérieur.

Quelquefois quand la déviation du col est exacerbée, on trouve très difficilement celui-ci qui se trouve parfois au dessus de la symphyse pubienne et par le toucher manuel sous le chêne conforme. Cette déviation peut induire en erreurs, on peut croire que le col est complètement effacé.

Traitement. — Si le col de l'utérus est dévié.

à gauche ou à droite on peut pendant la contraction ramener progressivement celui-ci dans son dove.

L'effacement se fait d'une façon inégale.

Rigidité du col utérin -

On divise la rigidité en : rigidité anatomique, spasmodique et pathologique. Cette première s'observe assez souvent, dans ce cas le col est dur il semblerait qu'il n'a pas subit son amibition pendant la grossesse, il donne la sensation de cuir bouilli ou plutot dit Monsieur Roistard de caoutchouc durci. Il y a des douleurs lombaires extrêmement douloureuses mais malgré cela il y a aucune modification du col, il reste dur, épais, le travail se prolonge ainsi pendant des heures et même des jours.

Traitement -

Dans ces cas, ce qu'il faut c'est de la patience, de grands bains pas trop chauds prolongés, maintenir la température ; la vieille pommade à la Belladone employée autrefois est inutile, elle n'est pas astringente.

Une piqûre de morphine faite par un médecin ne serait pas nuisible, car elle produirait un relâchement des fibres musculaires.

Rigidité spasmodique. S'observe chez les nervouses, les primipares chez lesquelles il a été fait des examens nombreux et prolongés, dans les cas de rupture prématuée des membranes, dans les cas où on a donné du siège arté. Bords extrêmement minces et tranchants si on pratique le toucher afin de se rendre compte de l'état du col, on détermine des douleurs extrêmement vives. Il reste ainsi pendant un certain temps puis le spasme disparaît, les fibres musculaires fatiguées se distendent et la dilatation peut se produire, absolument inutile et dangereuse de faire la dilatation manuelle, attendre et faire usage d'opium, avoir recours aux narcotiques.

Dans la rigidité anatomique, absence de lésions, même à l'examen microscopique, dans la rigidité spasmodique

on trouve alors des lésions à la suite d'interventions antérieures, tissus cicatrisés à la suite de cancers.

Obstacle à l'accouchement par défaut de dilatation de l'orifice utérin.

On ne peut dire que l'oblitération du col soit complète, absolue, elle résulte de cancérisations antérieures portant sur l'orifice interne et externe.

Il faut apporter le plus grand soin car le diagnostic n'est pas toujours facile et on a vu M^e Boissard une application de forceps pratiquée sur une tête étant encore coiffée des bords de l'orifice utérin.

Donc reconnaître la dilatation et attendre patiemment, cependant il peut exister des cas où il y a nécessité d'avoir recours à l'opération césarienne.

Du côté du col on peut rencontrer de l'adème très marqué, d'autrefois la partie fœtale peut être arrêtée par la présence de bride ou encore disques membranaux percé d'un orifice, pouvant faire faire une erreur de diagnostic.

et voire la femme en travail, mais en pratiquant le toucher avec soin, on remarque qu'il n'existe pas de culs-de-sacs, la cloison se continue sans ligne de démarcation. Il y a une autre cause de dystocie, la résistance du périnée due à l'insuffisance des contractions du releveur de l'anus. D'autrefois la descente du fetus est retardée par la longueur du plancher périnéal. Cette résistance s'observe surtout chez les primipares, multipares âgées, ou primipares ayant une 2^{me} grossesse éloignée de la 1^{re}.

Dystocie maternelle
(suite)

- Rétroécissement du bassin -

Dans la première enfance, le bassin cette ceinture osseuse présente un certain degré de ramollissement, de mobilité. Dans certains cas pathologiques, il y a un arrêt dans l'ossification ou absence. Tant que la station verticale ait lieu, il faut que le état de gravité tombe (entre les 2 jambes) par le milieu du corps.

il faut que le tronc soit maintenu par des forces équivalentes. Le poids du corps est porté exclusivement sur le bassin, ce poids est transmis par les os constituant la colonne vertébrale. Mais cette pesanteur est transmise sur le sol par les deux jambes, si bien que le bassin dans la station verticale est soumis à deux forces inverses pression du corps et contre pression du sol. En un mot le bassin est soumis à une force le reportant en arrière et l'autre en avant celle du tronc.

Quand le bassin est mou, il se laisse déformer, il sera d'autant plus déformé que les os seront ramollis ou que le ramollissement se sera montré plus ferme. Le bassin sera d'autant plus déformé qu'il n'aura pas échappé aux pressions et contre pression, c'est-à-dire que l'enfant obtiendra de ramollissement qui restera dans la position horizontale et ne marchera pas, le degré de ramollissement sera moindre que chez un enfant dans les mêmes conditions qui s'assoirera sur son lit ou marchera.

On a divisé les bassins rétrécis en plusieurs classes: bassins vicies par excès d'amplitude, bassins vicies par excès d'étricteur absolue ou relative; enfin bassins rétrécis par mauvaise direction des plans et des axes, inclinaison d'un côté ou au tournement forcé.

Viciation pelvième par maladies générales: rachitisme, ostéomalacie.

Viciation pelvième par maladies locales: altération de la colonne vertébrale qui ne conserve plus sa direction, sa courbure normale. Lésions de la colonne vertébrale où siégeant dans le bassin lui-même, et sur les membres inférieurs.

Déformations. Le rachitisme est une maladie générale caractérisée par un arrêt ou défaillant d'ossification où par un ramollissement. Les parties qui étaient ossifiées se calcifient et le squelette est généralement mon, les tibias sont plus ou moins incurvés.

Dans une certaine mesure on a vu des déformations cesser et les membres se redresser.

Une femme peut avoir extérieurement un bassin paraissant bien conforme et qui soit rétréci, de même qu'une autre femme peut présenter des déformations des membres inférieurs et le bassin être normal. Donc sous l'influence du rachitisme le bassin se ramollit, l'ensemble du squelette se ramollit, puisqu'il y a en défaut ou arrêt dans la marche de l'ossification. Le ramollissement portant exclusivement sur le bassin n'est pas visible à l'œil, (contraire pour le ramollissement portant sur les membres inférieurs.) En outre, il y a des déformations mécaniques (bassins moins lourds, moins grands). Le ramollissement porte plus sur un côté que sur l'autre, on trouve des épaississements osseux se rencontrant surtout du côté des épinées sciatisques, ces bassins ont reçu le nom de bassins épineux.

Forme générale du bassin rachitique.
C'est un bassin plat (aplatis d'avant en arrière, le promontoire fait saillie en arrière, il se rapproche de la symphyse pubienne). Le sacrum prend des configurations qui ne

sont pas toujours les mêmes et que l'on peut diviser en 3 variétés: Dans certains cas il y a un certain degré d'affaissement du sacrum, il est à concavité exagérée (agrandit l'excavation) Dans d'autres au contraire, chez les femmes qui ont marché, sur lesquelles l'action des muscles pelvi-trochantériens s'est fait sentir, au lieu d'avoir à faire à un sacrum concave, il est plat, dans d'autres cas il est convexe il fait saillie en avant et forme un faux promontoire. 1^{re} variété, rétrécissement annelé, 2^{me} variété, c'est sur toute la filière pelvienne que le rétrécissement est porté (rétrécissement canaliculé.)

Il en résulte un rétrécissement du détroit supérieur portant sur le diamètre anté-postérieur pas d'alteration sur l'excavation ni sur le détroit inférieur, et une fois que la tête a franchi le détroit supérieur aucune difficulté. Mais ce rétrécissement portant sur ce diamètre est quelquefois très marqué au lieu d'avoir 11c. il mesure 10c. $\frac{1}{2}$ c. $\frac{1}{2}$.

ce n'est pas le rachitisme qui produit les alterations les plus marquées, mais c'est celui qu'on rencontre le plus souvent.

Mécanisme de l'accouchement dans - les bassins rétrécis -

Présentation du sommet La tête fatale tente toujours à s'engager
mettre ses plus petits diamètres avec les
plus petits diamètres du bassin.

aussi bien pendant la grossesse que pendant
le travail, le sommet se met en position
droite ou gauche, mais en variété trans-
versale dans les bassins rachitiques.

Mécanisme Pendant le travail, les contractions agis-
sant vont surprendre la tête se trouvant
placée transversalement, elle se trouvera
arrêtée par ses bosses pariétales, entre la
symphyse pubienne et le promontoire
il va donc falloir qu'un diamètre plus
petit viennent substituer à ce diamètre
abs-pariétal, ce sera le bi-temporal
car la tête va se défléchir et ce degré de
déflexion va permettre son engagement
ce diamètre étant un centimètre plus
petit et plus réductible.

Diagonalisation La tête se diagonalise c'est à dire qu'elle
va se placer un peu obliquement
l'occiput tourné en arrière.

Descension d'aplomb. — Il y aura asynclitisme de la tête, elle s'incline sur son pariétal postérieur, la bosse pariétale s'engage descend la première, à ce moment au toucher au lieu d'arriver sur la fontanelle postérieure on arrive sur la fontanelle ant^{re}, on ne trouve pas la suture sagittale qui est venue se placer sous la symphysis pubienne, puis peu à peu cette suture va se rapprocher du sacrum, elle s'éloigne de la symphysis pubienne, il va se faire un mouvement de bascule, la tête va s'incliner sur son pariétal postérieur puis à son tour la bosse pariétale ant^{re} va passer. Voilà pour la présentation du sommet.

Présentation du siège. — Il survient de nombreuses difficultés pour le passage de la tête dernière, elle doit être placée transversalement, mais comme pour la présentation du sommet, elle se trouve arrêtée par son diamètre bi-pariétal, mais au lieu de se défléchir, elle va se fléchir, les bosses pariétales vont se relever puis l'occiput.

ma se loger dans l'aileron du sacrum, la région malaire vers la symphyse pubienne, il y a diagonalisation.

La bosse pariétale postérieure va passer la première, puis en second lieu après un mouvement de bascule, la tête va s'incliner sur son pariétal antérieur puis passera à son tour. Ainsi les bosses pariétales vont passer successivement l'une après l'autre, d'abord la post^e puis l'ant^e. Une aide doit tirer sur le tronc en haut pendant qu'on appuie sur la bosse pariétale ant^e, la bosse pariétale post^e étant dégagée il faut tirer en bas et en arrière sur le tronc du fetus pour engager la bosse pariétale ant^e.

Interrogation - Il faut se renseigner sur les antécédents héréditaires, demander à cette femme si elle n'a pas eu d'abcès osseux, à quel âge elle a marché et si elle a toujours bien marché, s'il n'y a pas eu d'interruption dans la marche, s'il y a eu interruption demander combien de temps elle a duré.

(Voir la suite fin du cahier du Professeur Budin)





