

contenus dans l'abdomen tendent à revenir en avant, sont supportés par les pubis ; de sorte que les organes du petit bassin échappent, au moins partiellement, à la pression des viscères abdominaux.

PARTIES MOLLES DU BASSIN.

Le canal pelvien est recouvert extérieurement et intérieurement par des parties molles nombreuses qui en cachent et en modifient plus ou moins la forme et les particularités. Nous n'avons pas dans ce *Cours* à les décrire d'une façon complète, ce qui est, du reste, inutile au point de vue spécial où nous nous sommes placé ; nous n'indiquerons donc que les généralités nécessaires pour exposer et faire comprendre notre sujet et les explications qu'il comporte.

Parties molles externes.

Tout autour du bassin se trouve la peau, doublée d'un tissu cellulaire plus ou moins abondant ; en arrière, les gouttières sacrées sont remplies par la terminaison des muscles sacro-lombaires, enveloppés dans leurs aponévroses ; le coccyx est sous-cutané et peut aisément être reconnu par les doigts. En dehors, les os iliaques sont masqués par la racine des membres inférieurs et les muscles volumineux qui les font mouvoir en tous sens.

Rappelons sommairement les principaux de ces muscles pelvi-fémoraux :

1° *Les trois muscles fessiers*, le grand, le moyen et le petit, qui occupent en haut toute la fosse iliaque externe et vont s'attacher en bas au fémur ;

2° *L'obturateur externe*, qui s'insère d'un côté à la membrane obturatrice et au pourtour du trou sous-pubien et de l'autre à la cavité digitale du grand trochanter : il passe sous la cavité cotyloïde ;

3° *Les adducteurs*, au nombre de quatre, deux superficiels et deux profonds, superposés de haut en bas ; ils s'attachent en haut à la branche horizontale, au corps du pubis et à la branche ischio-pubienne, et en bas à la ligne âpre qui se trouve à la partie postérieure du fémur.

Le 1^{er} adducteur est appelé ordinairement *muscle pectiné*, parce qu'il s'insère à la crête et à la surface de ce nom. Les autres sont le 1^{er}, le 2^{me} et le 3^{me} adducteurs.

Ces muscles forment une masse importante à la partie supéro-interne de la cuisse et l'attirent fortement en dedans quand ils se contractent ; ils rendent le viol impossible, si la femme emploie toute son énergie pour résister : c'est pourquoi on les a surnommés les gardiens de la virginité (*custodes virginitatis*) ;

4° *Le droit interne*, qui s'attache au bord interne de la branche descendante du pubis, descend le long de la cuisse et va se terminer à la crête du tibia. Il est en rapport en haut avec la vulve, de même que les adducteurs ;

5° *Le muscle couturier*, très long, va de l'épine iliaque antéro-supérieure et de l'échancrure qui est en dessous, au côté interne de la tubérosité du tibia. Son tendon forme là avec les tendons du droit interne et du demi-membraneux une espèce de *patte d'oie*.

Il traverse la cuisse en écharpe et est le satellite de l'artère crurale. Il forme le bord externe du *triangle de Scarpa*, région triangulaire qui occupe la partie

supérieure et antérieure de la cuisse et renferme les vaisseaux fémoraux, les ganglions lymphatiques, le nerf crural. Le bord supérieur de ce triangle est constitué par le ligament de Fallope et le bord interne par le muscle 1^{er} adducteur ;

6° *Le triceps crural*, qui commence en haut par trois chefs : le 1^{er} portant le nom de *droit antérieur* s'attache à l'épine iliaque antéro-inférieure et au sourcil cotyloïdien ; le 2^d et le 3^e, désignés sous les noms de *vaste interne* et de *vaste externe*, s'insèrent au fémur.

Ces trois masses musculaires se réunissent en un large tendon qui va s'attacher à la base, aux bords et à la face antérieure de la rotule ;

7° *Le jumeau supérieur* part de l'épine sciatique, le *jumeau inférieur* s'attache en dessous, à la partie supérieure et postérieure de la tubérosité de l'ischion : tous les deux se dirigent en dehors et vont s'insérer à la face interne du grand trochanter. Le *carré crural*, plus en arrière, va de la tubérosité de l'ischion au bord postérieur du même trochanter ;

8° *Le demi-tendineux* et le *demi-membraneux* s'attachent en haut à l'ischion, en bas à la tubérosité interne du tibia. Leurs tendons limitent le creux poplité en dedans ;

9° *Le biceps crural* est divisé en haut en deux chefs, dont l'un part de la tubérosité de l'ischion et l'autre de la ligne âpre du fémur ; l'extrémité inférieure aboutit à la tête du péroné. Son tendon limite le creux poplité en dehors ;

10° *Le tenseur de l'aponévrose crurale*, à la partie supérieure et externe de la cuisse, s'insère en haut à la lèvre externe de l'épine iliaque antéro-supérieure, et en bas à l'aponévrose crurale externe qui va s'attacher à la tubérosité externe du tibia.

En résumé, les masses musculaires qui entourent la cuisse et le bassin comprennent *en avant* : le couturier et le triceps ; *à la face externe* : le tenseur de l'aponévrose crurale ; *en arrière* : les fessiers, les deux jumeaux, le carré crural, le demi-tendineux, le demi-membraneux et le biceps ; *à la face interne* : le droit interne, l'obturateur externe et les quatre adducteurs.

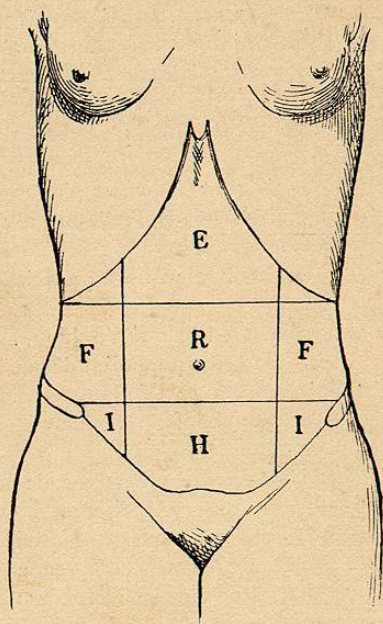
Ces muscles sont enfermés dans des gaines aponévrotiques plus ou moins épaisses.

Des vaisseaux sanguins et lymphatiques et des nerfs nombreux sillonnent toutes ces parties. Nous ne signalerons que les plus importants : l'artère crurale ou fémorale, au milieu de la partie antéro-supérieure de la cuisse, sort du bassin par l'anneau crural, ainsi que la veine du même nom, qui se trouve à son côté interne ; le nerf crural, au contraire, est placé à son côté externe. Une veine superficielle importante, la saphène, se voit à la face antéro-interne de la région. En arrière de la cuisse, on ne trouve aucun tronc vasculaire volumineux ; en revanche, on y remarque le nerf sciatique, le plus gros du corps, qui, provenant du plexus sacré, sort du bassin par le grand trou sciatique.

Parois abdominales.

Le ventre est fermé, en avant et sur les côtés, par une forte paroi élastique, s'étendant des côtes au bassin. On a divisé cet espace en 9 parties, séparées par deux lignes verticales et deux lignes horizontales, menées toutes quatre à quelque distance de l'ombilic : l'horizontale inférieure est au niveau des épines iliaques antéro-supérieures. Ci-

dessous, on trouvera ces neuf régions, avec leurs noms et les principaux organes qu'elles contiennent approximativement.



O. Hypocondre droit. Foie	E. Epigastre. Estomac	O. Hypocondre gauche. Rate.
F. Flanc droit. Rein droit.	R. Région ombilicale. Intestins grêles.	F. Flanc gauche. Rein gauche.
I. Fosse iliaque droite. Cæcum.	H. Hypogastre. Vessie.	I. Fosse iliaque gauche. S. iliaque.

Les parois abdominales sont constituées par la peau, le tissu cellulaire, des muscles, des aponévroses et le péritoine pariétal.

La couche musculaire comprend : le grand droit de l'abdomen, le grand oblique, le petit oblique, le transverse et le carré des lombes.

Le muscle droit est situé à la partie antérieure et un peu latérale de l'abdomen ; il s'attache en bas au bord supérieur du pubis, depuis l'épine jusqu'à la symphyse ; en haut, aux cartilages des 5^e, 6^e et 7^e côtes ; il a la forme d'un ruban vertical, large de 2 à 3 travers de doigt. Les deux muscles droits se touchent en bas, mais s'écartent en montant, et laissent entre eux un espace plus ou moins grand, occupé par les aponévroses intimement unies qui ont entouré les muscles. Cet espace aponévrotique est connu sous le nom de ligne blanche : celle-ci, large de 2 à 3 centimètres à l'état ordinaire, s'agrandit par l'écartement des muscles droits pendant la grossesse ; chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants, la ligne blanche reste toujours spacieuse ; l'aponévrose qui la constitue peut perdre beaucoup de sa résistance et permettre alors à la matrice gravide de s'incliner très fortement en avant, de tomber en quelque sorte au-devant de l'abdomen ; il y a ainsi une véritable éventration, produite par la distension et le relâchement de la ligne blanche ; c'est-à-dire que la matrice est en quelque sorte hors du ventre, quoique toujours recouverte par la peau et les tissus cellulaires et aponévrotiques amincis.

En dehors des muscles droits, se trouvent superposés le grand oblique, le petit oblique et le transverse, qui s'étendent de la crête iliaque aux côtes inférieures.

Fig. 48. — Surface extérieure de l'abdomen divisée en 9 régions.

En arrière, dans la région lombaire, est situé le carré des lombes, qui s'attache au côté de la colonne vertébrale, à la partie postérieure de la crête iliaque et à la dernière côte.

De fortes aponévroses entourent ces muscles et les réunissent les uns aux autres, de façon à constituer une paroi complète, résistante et élastique. C'est la partie antéro-inférieure de ces aponévroses qui forme l'arcade crurale et les différentes expansions ligamenteuses (piliers de l'anneau inguinal, bandelette iléo-pectinée, etc.) que nous avons décrites précédemment.

La peau est d'habitude fine ; le pannicule adipeux est parfois très abondant et peut avoir une épaisseur de 5 à 6 centimètres.

Au centre de la paroi abdominale, on voit l'ombilic ou nombril, cicatrice circulaire et déprimée résultant de la chute du cordon ombilical.

Ainsi que nous l'avons dit dans le *Cours d'anatomie*, le péritoine tapisse la face interne des parois abdominales après avoir recouvert la plupart des organes contenus dans cette cavité. Un tissu cellulaire lamelleux (fascia sous-péritonéal) se trouve entre le péritoine et la couche fibro-musculaire.

La cavité abdominale est large et étendue ; elle contient la plus grande partie des organes digestifs et de l'appareil génito-urinaire ; elle est limitée en haut par le diaphragme, qui forme une voûte remontant sous les côtes et s'enfonçant dans le thorax ; en bas, elle n'a pas de limite tranchée, elle se continue largement avec la cavité pelvienne ; en arrière, la paroi est osseuse et formée par la colonne vertébrale ; sur les côtés et en avant, la paroi est musculo-membraneuse, ainsi que nous l'avons décrite.

Cette paroi est assez résistante pour servir de soutien aux organes qui se trouvent dans l'abdomen ; elle possède, en même temps, une élasticité suffisante pour ne pas s'opposer au développement graduel des tumeurs et spécialement de la tumeur utérine pendant la grossesse. Sans ces deux qualités de la paroi abdominale, la matrice gravide repoussée en avant par la colonne vertébrale, serait projetée en dehors (comme cela se voit dans les éventrations), ou bien ne pourrait atteindre un volume suffisant (ainsi que cela arrive quand les parois du ventre ont une rigidité anormale).

A l'état ordinaire, une trop grande résistance des parois abdominales rendrait difficile le jeu de différents organes contenus dans la cavité, organes qui augmentent et diminuent de volume plusieurs fois par jour (estomac, intestins, vessie, etc.) ; de plus, les contractions rythmiques du diaphragme, dans l'acte de la respiration, repoussent en bas tous les viscères abdominaux, qui seraient comprimés si toutes les parois de la cavité qui les contient étaient inextensibles.

Pendant la grossesse, la matrice peut proéminer fortement en avant ; de cette façon, les organes voisins échappent à la compression,

du moins en partie, selon le plus ou moins de souplesse des parois abdominales.

Enfin, cette souplesse facilite les mouvements du fœtus, et rend possibles diverses investigations et opérations obstétricales très importantes (palper, version externe, expression utérine, etc.)

Nous aurons l'occasion de revenir à différentes reprises sur les rôles divers que remplissent en accouchement les parois abdominales. Mais nous devons encore indiquer ici l'action produite par la contraction des muscles qui entrent dans leur composition; quand la presse abdominale se contracte, tout le contenu de la cavité est comprimé et tend à s'échapper par la seule voie libre, c'est-à-dire en bas du côté du bassin, puis par les ouvertures creusées dans le plancher périnéal. C'est pourquoi de pareils efforts ont pour résultat d'aider à l'évacuation de la vessie, du rectum et de la matrice : ces organes sont soutenus par de nombreux ligaments et ne peuvent être poussés au dehors; c'est donc leur contenu qui en définitive est expulsé.

Parties molles internes.

Les os du bassin sont recouverts à l'intérieur par des muscles, des aponévroses et du tissu cellulaire; le canal pelvien renferme la vessie, le rectum et les organes génitaux internes; il est traversé par différents vaisseaux et nerfs importants.

La large gouttière qui se trouve de chaque côté de la dernière vertèbre lombaire, est presque remplie par un gros muscle allongé, arrondi, fusiforme, *le psoas*; chacune des fosses iliaques internes est occupée par un muscle aplati, s'attachant à toute cette surface, et en ayant la forme à peu près triangulaire, c'est le *muscle iliaque*.

Le psoas s'insère en haut sur les parties latérales du corps et sur les apophyses transverses de la dernière vertèbre dorsale et des quatre premières lombaires; il descend dans la gouttière sus-indiquée, puis longe la ligne innommée, qu'il déborde un peu, et le bord interne du muscle iliaque, avec lequel il se confond en un faisceau commun : celui-ci passe sous l'arcade crurale dans l'échancrure qui se trouve à l'union des portions verticale et horizontale de l'os des îles, et se termine par un tendon qui va s'attacher au petit trochanter.

L'aponévrose qui recouvre les muscles psoas-iliaques s'appelle *fascia iliaca*.

Au-devant et de chaque côté du sacrum, on trouve le muscle pyramidal, commençant par des languettes sur les colonnes osseuses qui séparent les trous sacrés antérieurs; ces digitations se réunissent en une masse qui traverse le grand trou sciatique, en le bouchant en grande partie et va s'attacher à la face interne du grand trochanter. L'aponévrose du muscle pyramidal ferme complètement le grand trou sciatique.

Chaque muscle obturateur interne s'attache à la membrane

obturatrice, au pourtour du trou sous-pubien et au plancher de

la cavité cotyloïde; toutes ces fibres se réunissent en un faisceau étroit, tendineux, qui sort par le petit trou sciatique, s'y réfléchit et va gagner la cavité digitale du grand trochanter.

L'aponévrose de l'obturateur interne présente une bande fibreuse s'étendant comme une corde entre l'épine sciatique et le bord inférieur du pubis; c'est le *ligament pubio-sciatique*, qui donne attache au muscle releveur de l'anus dont nous parlerons plus loin.

Le grand bassin est occupé en majeure partie par des anses intestinales; le cœcum est placé au-devant du muscle iliaque droit, l'S iliaque se trouve au-devant du muscle iliaque gauche; ces portions de l'intestin adhèrent aux muscles par un tissu cellulaire lâche.

Le petit bassin renferme les organes génitaux internes, qui se trouvent au milieu et que nous décrirons plus loin; la vessie est placée en avant, derrière les pubis; le rectum est situé en arrière, au-devant du sacrum.

La *vessie* est un réservoir de forme ovoïde, à grosse extrémité dirigée en bas et en arrière; elle adhère aux pubis par deux replis fibro-musculaires (ligaments vésico-pubiens) et du tissu cellulaire peu résistant; quand elle est vide, son fond ne dépasse guère le pubis que de 1 à 2 centimètres; mais distendue par l'urine, elle peut remonter jusqu'à l'ombilic et même au-delà. Elle est en rapport : en haut avec les anses intestinales, en avant avec les pubis et la paroi abdominale, en arrière avec la matrice et le vagin. Un cordon fibreux, l'ouraque (vestige de la vésicule allantoïde), part du fond de la vessie, longe la face interne et médiane de la paroi abdominale et va s'attacher à l'ombilic.

L'extrémité inférieure élargie a reçu le nom de *bas fond de la vessie*. Cet organe est constitué par des fibres musculaires longitudinales et

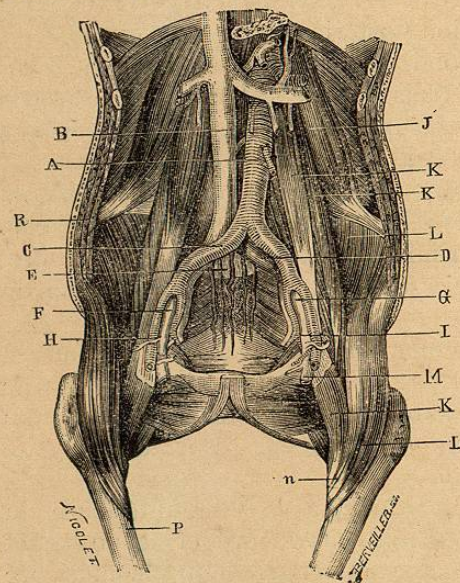


Fig. 19. — Bassin revêtu de ses parties molles. — A. Aorte. — B. Veine cave inférieure. — C. Artère iliaque primitive. — D. Veine iliaque primitive. — E. Angle sacro-vertébral. — F. Artère hypogastrique. — G. Veine hypogastrique. — H. Artère iliaque externe. — I. Veine iliaque externe. — J. Carré lombaire. — K. Muscle psoas. — L. Muscle iliaque. — M. Aponévrose iliaque. — N. Tendon du psoas iliaque. — P. Fémur. — R. Section de la paroi abdominale.

circulaires ; sa surface interne est recouverte d'une muqueuse ; sa surface externe est tapissée par le péritoine en haut, sur les côtés et sur la partie supérieure de sa région postérieure.

A la partie inférieure du bas-fond de la vessie, on remarque trois petites ouvertures, marquant les trois sommets d'un triangle appelé *trigone vésical* ; les deux ouvertures supérieures sont les orifices des uretères, l'inférieur est l'orifice interne du canal de l'urèthre.

Les uretères sont de petits canaux membraneux qui amènent dans la vessie l'urine sécrétée par les reins ; ils descendent en avant du psoas, croisent les vaisseaux iliaques primitifs, entrent dans l'excavation, passent sous les ligaments larges et vont aboutir au bas-fond du réservoir urinaire.

L'*urèthre* est un canal musculo-membraneux destiné à conduire à l'extérieur le liquide de la vessie. Long de 3 à 3 1/2 centimètres et large de 6 à 7 millimètres, il est fort dilatable et admet parfois le doigt. Son ouverture supérieure est appelée *orifice interne* et son extrémité inférieure *méat urinaire*.

Le canal de l'urèthre est comme creusé dans la paroi antérieure du vagin ; il présente une légère concavité antérieure et a un trajet oblique de haut en bas et d'arrière en avant derrière la partie inférieure de la symphyse pubienne, à laquelle il est uni par du tissu cellulaire. Sous la symphyse, l'urèthre est placé dans l'angle de réunion des deux racines du clitoris, au-dessous du ligament triangulaire.

Le *rectum* est la terminaison du tube digestif ; il continue l'S iliaque du côlon, descend au-devant de la symphyse sacro-iliaque gauche, gagne la ligne médiane au-niveau de la 3^e pièce du sacrum, arrive ainsi jusqu'à la pointe du coccyx, continue à se diriger en bas et en avant dans l'étendue de 2 à 3 centimètres, puis se recourbe brusquement en arrière pour traverser le plancher périnéal et se terminer par un orifice rétréci, l'*anus*. Le rectum est réuni au sacrum par un repli péritonéal, connu sous le nom de *méso-rectum*. En avant, il répond en haut à la matrice, dont il est séparé par le cul-de-sac péritonéal postérieur, et en bas au vagin, auquel il adhère et avec lequel il forme la cloison recto-vaginale : celle-ci est de forme triangulaire, à sommet dirigé en haut et formé seulement par l'adossement des deux parois, tandis que la base correspondant au périnée présente une étendue de 4 cent. environ.

Les bords du rectum sont en rapport avec des anses intestinales qui descendent dans l'excavation ; dans la portion périnéale, il y a de chaque côté un espace rempli par du tissu cellulaire et appelé *creux ischio-rectal* ; celui-ci est limité en dehors par le muscle obturateur interne, en dedans par le releveur de l'anus et le sphincter anal, en avant par les aponévroses périnéales, en arrière par le muscle grand fessier.

Le rectum est renflé à sa partie inférieure et forme une espèce de réservoir, l'ampoule rectale.

L'*anus* est situé à 3 centimètres en avant de la pointe coccygienne ; il regarde en bas et en arrière et présente plusieurs plis rayonnés. Il comprend deux portions, l'une muqueuse et l'autre cutanée, auxquelles correspondent des fibres musculaires circulaires qui constituent le sphincter interne et le sphincter externe de l'anus : l'anneau supérieur est reçu dans l'intérieur de l'autre et y pénètre jusqu'à la partie moyenne. Le sphincter interne est formé de fibres lisses et n'est pas sous la dépendance de la volonté. Au contraire, le sphincter externe est composé de fibres striées et est un muscle volontaire.

Vaisseaux.

L'aorte abdominale se divise au bas de la 4^{me} vertèbre lombaire en deux vaisseaux divergents, les iliaques primitives, qui descendent en bas et en dehors, le long du bord interne des psoas ; au niveau de la symphyse sacro-iliaque, chaque artère iliaque primitive se bifurque à son tour pour donner naissance à l'iliaque interne et à l'iliaque externe.

L'iliaque externe suit le trajet primitif, le long du psoas, passe sous l'arcade crurale et continue son chemin au-devant de la cuisse, sous le nom d'artère crurale ou fémorale.

L'iliaque interne ou hypogastrique descend dans l'excavation au-devant du muscle pyramidal et se divise en plusieurs branches destinées à la vessie, à la matrice, au rectum, au vagin, etc.

Chez le fœtus, les deux artères iliaques internes donnent, de plus, naissance aux artères ombilicales qui remontent vers l'ombilic, à côté de l'ouraque, et vont porter le sang au placenta. Après la naissance, les artères ombilicales s'atrophient et se transforment en cordons fibreux.

Les veines ont les mêmes noms que les artères et suivent en général les mêmes trajets. Elles aboutissent à la veine cave inférieure qui est à droite de l'aorte abdominale.

De nombreux vaisseaux lymphatiques sillonnent les organes du bassin et traversent divers ganglions ; ils forment entre eux des anastomoses fréquentes.

Nerfs du bassin.

Les nerfs qui sortent des trous sacrés antérieurs forment au-devant du sacrum le *plexus sacré*, qui est placé sur le muscle pyramidal, derrière les vaisseaux hypogastriques et le rectum. Ce plexus reçoit du plexus lombaire la branche lombo-sacrée. Il communique également avec les ganglions du grand sympathique. Il fournit, outre le gros nerf sciatique dont nous avons déjà parlé, plusieurs filets qui vont se distribuer aux organes contenus dans le bassin, aux parties génitales externes et à différents muscles de la fesse, de la cuisse et du mollet.

Le nerf crural provient du plexus lombaire et placé derrière le

psoas, puis à son côté externe, il est bien protégé contre les pressions. Le nerf obturateur, au contraire, qui naît du même plexus, est au côté interne du psoas et sort du bassin par le trou obturateur; dans ce trajet, il peut être comprimé par la tête de l'enfant, et comme il se distribue aux muscles adducteurs, on comprend la douleur que les femmes éprouvent parfois dans ces parties pendant l'accouchement.

On voit par ce qui précède que des relations nombreuses existent entre tous les organes du bassin, au point de vue de l'innervation aussi bien que de la circulation. Il n'est donc pas étonnant qu'ils réagissent fortement et rapidement les uns sur les autres et que l'un d'eux ne peut être affecté sans amener bientôt des désordres dans son voisinage.

Plancher du bassin.

Le pelvis est fermé en bas par une cloison musculo-membraneuse percée de trois ouvertures : l'urèthre, le vagin et le rectum.

Cette cloison est recouverte par un tissu cellulaire plus ou moins abondant, selon les personnes, et par la peau; celle-ci présente à sa partie médiane un sillon, beaucoup plus marqué en arrière qu'en avant : c'est le *sillon inter-fessier*; sur les côtés, elle se continue avec la peau des cuisses, en formant le *pli génito-crural*. La portion qui se trouve entre la vulve et l'anus a reçu le nom de *périnée*.

Pendant quelques-uns appellent périnée tout le plancher pelvien et désignent sous le nom de *périnée postérieure* la partie entre le coccyx et l'anus et de *périnée antérieure* celle qui est en avant de l'anus, entre celui-ci et la vulve, c'est-à-dire le périnée proprement dit des accoucheurs.

Le plancher pelvien ou périnéal contient un grand nombre de vaisseaux sanguins et lymphatiques, des nerfs, et, au-devant de la pointe du coccyx, une petite glande (glande coccygienne ou de Luschka), dont on ne connaît pas encore l'usage.

Les muscles du plancher pelvien peuvent être divisés en deux plans : un plan profond constitué par le releveur de l'anus et l'ischio-coccygien et un plan superficiel qui comprend : le sphincter externe de l'anus, le constricteur ou sphincter du vagin, le transverse du périnée, et l'ischio-caverneux. Des fibres coccygiennes et sacrées des muscles grands fessiers contribuent également à la formation du plancher pelvien.

PLAN PROFOND. — *Le releveur de l'anus* est un muscle large, étalé comme un hamac au-dessous de l'excavation, concave en haut, convexe en bas, du côté du périnée. Il s'attache de chaque côté à la partie inférieure du pubis, au ligament pubio-sciatique décrit plus haut, à l'épine sciatique et au petit ligament sacro-sciatique.

De ces points, les fibres musculaires se dirigent en dedans et vont s'attacher aux parois latérales de la vessie, du vagin, du rectum, et à un raphé fibreux médian qui s'étend du coccyx au rectum et de celui-ci au vagin.

L'ischio-coccygien est entre le muscle pyramidal et le releveur de l'anus, dont il constitue en réalité la partie postérieure; il s'insère de chaque côté au bord latéral du coccyx et du sacrum, au petit ligament sacro-sciatique et à l'épine sciatique,

La figure schématique suivante de M. Auvard donne une bonne idée de la situation et de la direction du plan profond du plancher pelvien, percé des trois ouvertures : anus, vagin, urèthre.

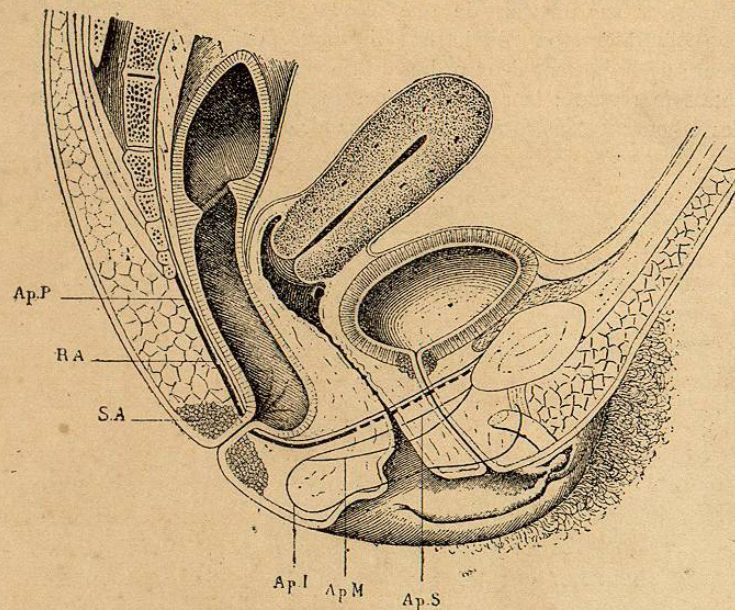


Fig. 20. — Coupe antéro-postérieure du bassin. — RA, Releveur de l'anus. — Ap.P, Aponévrose pelvienne supérieure — SA, Sphincter anal. — Ap.S, Aponévrose périnéale supérieure. — Ap.M, id. moyenne. — Ap.I, id. inférieure ou superficielle.

Le releveur ainsi compris se compose de multiples faisceaux musculaires, qu'on peut diviser de plusieurs façons et dont la fig.

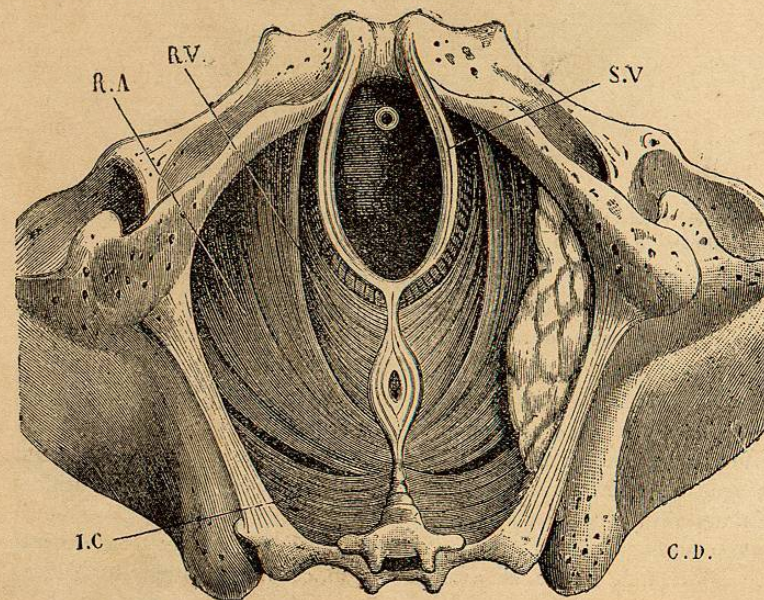


Fig. 21. — Plan profond, vu du bas; le plan superficiel a été enlevé, on en a laissé seulement quelques fibres des sphincters anal et vaginal. — I. C, Faisceau ischio-coccygien. — R. A, Releveur de l'anus. — R. V, Releveur du vagin. — S. V, Sphincter vaginal.

ci-contre indique les trois parties principales.

On pourra mieux encore distinguer les diverses parties du releveur dans la planche suivante donnant une coupe antéro-

et Varnier, Auvard, Ribémont, etc.)

antéro-