

dont les cavités se sont réunies à la suite de la compression exercée par les villosités pendant leur accroissement et leurs ramifications.

Les artères utéro-placentaires, continuation des artères utérines, sont très

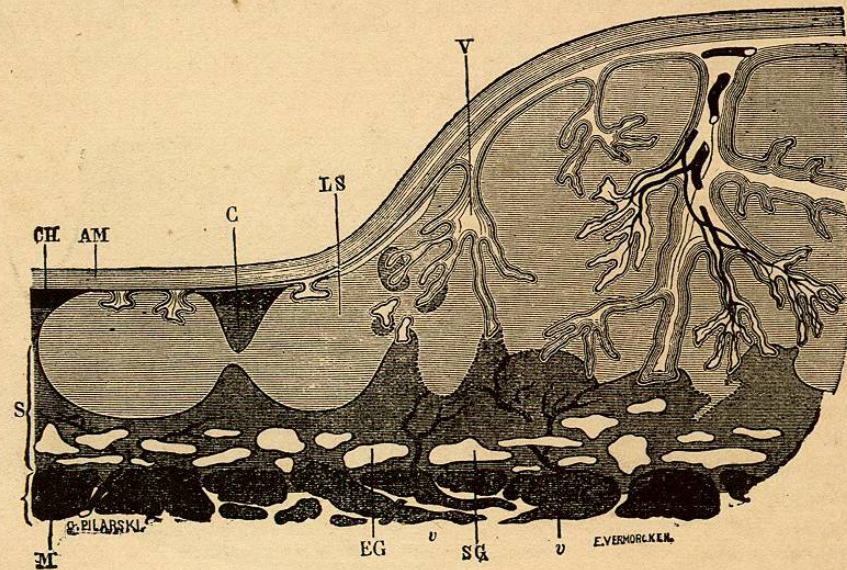


Fig. 98. — Schéma du placenta utérin et du placenta foetal, au terme de la gestation (d'après Léopold). AM. Amnios. — CH. Chorion. — C. Couche comprenant les caduques utérine et réfléchie. — EG. Espaces glandulaires. — M. Tunique musculaire. — S. Portion de sérotine. — LS. Grandes lacunes du système sanguin. — V. Vilosités avec ramifications. — v. Vaisseau utérin aboutissant à une grande lacune.

grêles, très nombreuses surtout vers le centre du placenta; elles sont contournées en spirale, rampent dans le tissu de la caduque, puis pénètrent dans l'intérieur du gâteau, où elles se divisent un peu avant d'aller s'ouvrir dans les espaces sanguins. Les artères utéro-placentaires ont des parois fort minces, réduites à la tunique endothéliale et à une mince couche de tissu conjonctif qui n'est pas nettement séparé du tissu de la caduque (Koelliker); on n'y constate pas de fibres musculaires ni élastiques.

Les veines utéro-placentaires, appendice des veines utérines, ressemblent à celles-ci par leur forme, leur grandeur, leurs fréquentes anastomoses. A l'inverse des artères, elles sont plus nombreuses et plus larges à la circonférence qu'au centre et elles ne sont pas enroulées en spirales. Elles forment une couronne autour du placenta, sur la limite de la caduque et du gâteau; c'est ce qu'on appelle le sinus coronaire ou circulaire; cette couronne n'est pas constituée par un canal circulaire unique, mais par une série de grosses veines utérines, dont les branches sortent de l'intérieur du placenta; ces veines s'anastomosent entre elles et avec les veines centrales, elles présentent différents renflements et émettent des branches qui se rendent aux veines de la partie profonde de la caduque et de la tunique musculaire (sinus utérins).

Outre les veines du sinus coronaire, il y a encore celles du centre du placenta peu nombreuses et très courtes; puis d'autres un peu plus longues qui pénètrent

obliquement, suivent le trajet des scissures intercotylédonaires et envoient des prolongements entre les lobes et même à leur surface. Des anastomoses fréquentes établissent des communications faciles entre tous ces vaisseaux veineux.

Passage à travers le placenta. — Il n'y a pas communication directe, avons-nous dit, entre les vaisseaux maternels et fœtaux; mais les deux sangs ne sont séparés que par de minces membranes, à travers lesquelles s'opèrent des échanges endosmotiques gazeux et liquides; c'est ainsi que se font la respiration et la nutrition du fœtus.

Les substances étrangères, anormales, toxiques ou non, dissoutes dans le plasma sanguin maternel, peuvent évidemment passer dans le sang fœtal, tout comme les substances ordinaires physiologiques.

Ainsi traversent le filtre placentaire: l'arsenic, le cuivre, le plomb, l'atropine, le phosphore, etc. Il semble même que les poisons s'accumulent en plus grandes quantités dans les tissus du fœtus que dans ceux de la mère, grâce à la puissance assimilatrice et à l'insuffisance d'élimination de ces tissus (Porak). Il en est de même des toxines, des produits bactériens que peut charrier le sang maternel.

Quant aux éléments figurés, c'est-à-dire les microbes eux-mêmes, ils ne peuvent passer. Cependant MM. Strauss et Chamberland ont constaté que dans le charbon aigu de la mère, le sang du fœtus peut contenir des bactéries et être par conséquent virulent. Mais il est permis de croire que dans ces cas exceptionnels, il y avait des solutions de continuité accidentelles.

Il n'est donc pas admissible que les bacilles de la tuberculose ou autres soient transmis de la mère au fœtus; l'intoxication et l'hérédité s'expliquent par le passage des produits solubles seulement.

Altérations du placenta. — Lorsque des modifications viennent gêner la circulation placentaire maternelle ou fœtale, restreindre l'étendue des surfaces où ont lieu les échanges et, par conséquent, diminuer ceux-ci dans une certaine mesure, le développement du fœtus subit une atteinte plus ou moins notable et parfois même fatale.

C'est ce que l'on voit dans les placentas marginés, syphilitiques, dégénérés en partie ou en totalité. Cependant, d'après la thèse de Martin, les dégénérescences crétaées, même profondes, n'auraient pas généralement d'influence néfaste; c'est difficile à admettre et surtout à comprendre.

Dans certains cas, il se forme des thromboses des veines utéro-placentaires (noyaux rouges) en plus ou moins grandes quantités; les caillots, en s'organisant, constituent des masses blanchâtres, des espèces d'îlots fibro-graisseux (noyaux blancs, infarctus blancs). L'origine en est mal connue: dans un tiers des cas, on peut soupçonner la syphilis; dans un autre tiers, le mal de Bright; souvent la cause reste douteuse. Cette dégénérescence est grave pour le fœtus.

Cordon ombilical.

Le cordon ombilical, aussi appelé funicule, tige ombilicale ou funiculaire, est une tige molle, arrondie, vasculaire, blanchâtre, polie, allant de l'ombilic de l'enfant au placenta.

Il est d'habitude gros comme le petit doigt et long de 50 centimètres.

Il est composé de trois vaisseaux réunis entre eux par une substance transparente plus ou moins molle et visqueuse, appelée

gélatine de Warthon. Il est entouré d'une gaine que lui fournit l'amnios. On voit souvent par transparence le sang contenu dans la veine ombilicale.

Les trois vaisseaux établissent la communication entre le système sanguin de l'enfant et les réseaux vasculaires des villosités placentaires. Ils comprennent une veine et deux artères. La veine est large, résistante, centrale, contient le sang rouge qui est allé s'artérialiser dans le placenta et le ramène au fœtus. Les deux artères sont placées de chaque côté de la veine, sont plus minces, moitié plus petites et enroulées autour d'elles en spirales, qui d'habitude vont de gauche à droite (90 fois sur 100, d'après Tarnier); elles forment fréquemment des plis et des nodosités. Elles renferment le sang noir qui a servi aux fonctions du fœtus et le conduisent vers le placenta.

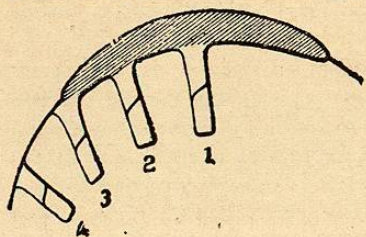


Fig. 99. — Schéma d'Auvard pour l'insertion du cordon : 1. centrale ; 2. latérale ; 3. marginale ou en raquette ; 4. vélamenteuse.

Le cordon s'insère souvent non loin du centre du placenta : on dit alors que le placenta est *en parasol* ; d'autres fois, il aboutit à l'un des bords du gâteau et l'on a le placenta *en raquette*. Lorsque le cordon s'insère sur le bord du gâteau placentaire, les trois vaisseaux se dissocient habituellement et aboutissent à des points différents de la circonférence de l'organe. Dans des cas plus rares, les vaisseaux se séparent à une certaine distance du délivre et cheminent isolément entre le chorion et l'amnios : c'est ce qu'on appelle *l'insertion vélamenteuse du cordon*, qui peut présenter des dangers dont nous parlerons plus tard.

La résistance du cordon est variable, elle dépend du contenu et de la gaine ; elle est généralement considérable et la rupture exige des tractions très fortes. La section du cordon est absolument indolore pour la mère aussi bien que pour l'enfant.

Particularités. — Le cordon peut, sans inconvénient, être un peu plus long ou plus court, à condition de ne pas dépasser certaines limites. Mais des accidents plus ou moins sérieux se présentent lorsque la longueur ou la brièveté sont exagérées. On a cité des cordons qui n'avaient que quelques centimètres (12, 15, 20 centim.). On a même rapporté des cas où le cordon manquait complètement, l'ombilic de l'enfant était en contact avec le placenta ; dans ces dernières conditions, l'accouchement est excessivement dangereux, l'enfant succombe d'habitude et la vie de la mère est fort compromise.

On voit aussi des cordons très longs, mesurant 1 et 2 mètres. Schnedder en a observé un de 3 mètres. Cette étendue exagérée n'est pas non plus inoffensive ; elle expose le cordon à des compressions multiples, à des déplacements, à des enroulements ; il arrive même

qu'un pareil cordon fasse plusieurs circulaires autour du tronc, du cou, des membres, et devienne ainsi trop court : c'est ce qu'on appelle *la brièveté accidentelle du cordon*.

Selon la grosseur de la tige, on distingue des *cordons maigres* et des *cordons gras* ; ces variétés dépendent de la quantité de gélatine de Warthon. Les cordons gras exigent pour la ligature des soins spéciaux que nous indiquerons plus loin.

Pendant les premiers temps du développement du fœtus, une anse intestinale pénètre plus ou moins haut dans le cordon ombilical ; à mesure que l'ombilic se rétrécit, l'anse intestinale descend et elle finit par rentrer dans l'abdomen ; parfois cette rentrée n'est pas encore complète au moment de la naissance ; il y a *une hernie ombilicale congénitale*. — Il faut donc avoir bien soin d'examiner le cordon, avant de le lier et de le couper ; si l'intestin s'y trouvait encore, il faudrait le refouler dans l'abdomen avant d'appliquer la ligature, sans quoi celle-ci pourrait étreindre l'anse intestinale et en amener par suite la gangrène.

La peau de l'abdomen avance toujours de quelques millimètres sur le cordon ; un *liseré* rougeâtre indique la ligne de démarcation et l'endroit où la tige se détachera. La ligature ne doit jamais être placée sur cette partie cutanée.

La forme du cordon n'est pas d'habitude régulièrement cylindrique ; on constate des bosselures, des saillies, des renflements plus ou moins prononcés et produits par une accumulation à ces places de gélatine de Warthon ou bien par une dilatation ou un entortillement des vaisseaux qui présentent là une ou plusieurs anses.

Il ne faut pas confondre ces nodosités avec les nœuds véritables que l'on constate parfois sur le trajet du cordon : ces nœuds sont uniques ou multiples, simples ou plus ou moins compliqués ; ils sont rarement assez serrés pour interrompre la circulation funiculaire.



Fig. 100. — Entortillement des deux artères ombilicales.

A.

B.

Structure. — Le cordon ne commence à se former qu'à partir de la 3^e semaine, lorsque l'allantoïde est apparue. Il renferme alors le pédicule de ce sac et de la vésicule ombilicale ; il est d'abord très court et large ; il s'allonge de plus en plus et se rétrécit en même temps que l'ombilic tend à se fermer. A partir du 3^e mois, on le voit se contourner en spirale. L'allantoïde et la vésicule ombilicale s'atrophient et, à terme, on n'en retrouve qu'à bien rarement les traces.

La gaine du cordon est constituée par l'amnios avec le tissu conjonctif sous-jacent; le contenu comprend les vaisseaux et le tissu muqueux, celui-ci tire surtout son origine des éléments de l'allantoïde; il se compose de cellules plates et étoilées et d'une substance inter-cellulaire demi-liquide, visqueuse, la *mucine*.

Il y a, avons-nous dit, une veine centrale et deux artères latérales contournées en spirale. Parfois ces vaisseaux se bifurquent; d'autres fois, il y a deux ou trois veines; ou bien il existe une seule artère; ou bien, au contraire, il y en a trois.

La veine et les deux artères présentent ordinairement un certain nombre de *valvules* sous la forme de *replis semi-lunaires*, se réunissant parfois pour donner lieu à un diaphragme percé d'un trou.

Selon Hyrtl, chaque vaisseau est tourné en spire autour de son axe; les valvules sont en raison directes de cette torsion; elles sont absentes dans les veines non tordues.

Les artères offrent des rétrécissements extérieurs qui correspondent le plus souvent à l'endroit où se trouvent des valvules à l'intérieur.

Selon la plupart des auteurs, le cordon ne contient pas de vaisseaux lymphatiques ni de nerfs.

Du fœtus.

Nous avons déjà parlé du poids et de la longueur du fœtus à terme; nous devons maintenant examiner, en détail, les parties principales, volumineuses, qui traversent la filière pelvienne en rencontrant des résistances plus ou moins vives.

Cette connaissance exacte du fœtus est aussi nécessaire à l'accoucheur que celle du bassin; l'enfant est, en effet, le corps à expulser, le mobile qui doit traverser le canal; il faut bien connaître ses dimensions pour comprendre les difficultés qu'il éprouve dans son trajet, pour se rendre compte de sa situation, de ses mouvements, enfin pour être à même, dans les cas difficiles, d'intervenir avec chance de succès et avec le minimum de danger pour la mère et l'enfant.

Trois parties doivent être étudiées : le siège, la poitrine et la tête.

SIÈGE. — La plus grande étendue transversale s'étend d'un trochanter à l'autre; ce diamètre *bi-trochantérien* mesure 9 centimètres.

D'arrière en avant, le diamètre *sacro-pubien externe* représente l'épaisseur du siège; il n'a guère que 5 1/2 centimètres. Mais souvent, les membres inférieurs sont relevés au-devant de l'abdomen et viennent doubler le diamètre antéro-postérieur du pelvis; on a ainsi un diamètre *sacro-fémoral* (ou *sacro-crural*) de plus de 10 centimètres; seulement, les parties molles qui composent les cuisses s'aplatissent très facilement, de sorte que le diamètre se réduit sans peine de 2 centimètres; il n'en a donc en réalité que 8. Dans quelques cas, les cuisses sont fléchies au-devant du bassin, et les jambes au-devant des cuisses; c'est ce qu'on appelle le *siège en masse* ou *extrémité pelvienne complète*. La distance antéro-postérieure s'étend alors du sacrum aux jambes, et l'on a un diamètre *sacro-tibial* d'au moins 12 centimètres, mais qui descend sans peine à 10 centimètres par le tassement,

Il faut remarquer que l'extrémité pelvienne complète ou décomplétée comprend beaucoup de parties molles, et que les os eux-mêmes du bassin fœtal sont encore, en maints endroits, cartilagineux; il en résulte que les dimensions indiquées sont susceptibles au besoin d'une diminution considérable; aussi le siège ne rencontre-t-il de résistances sérieuses que dans les rétrécissements les plus prononcés du canal génital.

POITRINE. — La plus grande largeur existe au niveau des épaules; ce diamètre transversal, désigné d'habitude sous le nom de *bis-acromial*, parce qu'il s'étend d'un acromion à l'autre, mesure 12 centimètres; d'avant en arrière, on obtient l'épaisseur du thorax en appliquant une pointe du compas sur le rachis et l'autre au-devant du sternum; ce diamètre *sterno-dorsal* est de 9 1/2 centimètres.

La poitrine est très compressible, de sorte que le diamètre *bis-acromial* se réduit facilement à 9 1/2 cent. et le *sterno-dorsal* à 8 ou 8 1/2.

La cage thoracique est plus volumineuse que le siège, cependant l'élasticité des éléments qui la composent permet toujours une réduction notable; ce n'est donc que dans des circonstances exceptionnelles qu'elle apporte un obstacle à l'accouchement; cela se voit, par exemple, lorsque le bassin est rétréci ou les épaules trop développées.

TÊTE. — L'extrémité céphalique est la partie la plus volumineuse, la plus résistante, la moins compressible; c'est elle qui se présente le plus souvent la première. A moins d'anomalie fœtale extraordinaire (*ascite, hydrothorax, monstruosité diverses*), où la tête a passé, tout passe facilement; elle ouvre la voie, détruit les résistances, élargit le canal qu'elle parcourt, et le reste du corps suit sans peine.

La tête fœtale a la forme d'un ovoïde dont la grosse extrémité se trouve en arrière et en haut, au niveau des bosses pariétales. Elle se compose de deux parties : le crâne et la face.

Le crâne est formé par huit os : le *frontal* ou *coronal*, les deux *pariétaux*, l'*occipital*, les deux *temporaux*, le *sphénoïde* et l'*ethmoïde*. Chez le fœtus à terme, le frontal est encore divisé en deux portions latérales; plus tard, elles se réunissent d'une manière tellement intime qu'on ne peut distinguer la moindre trace. L'occipital est aussi primitivement séparé en deux portions latérales; à la naissance, elles sont toujours exactement soudées; mais cet os présente une autre particularité : il est partagé en deux portions d'avant en arrière, au niveau du bord postérieur du trou occipital; il y a là, entre la portion basilaire et la portion écaillée, une bandelette en partie fibreuse et en partie cartilagineuse, plus ou moins prononcée, selon les sujets, et qui, après la naissance, est rapidement envahie par l'ossification. Cette espèce d'articulation, cette *charnière occipitale*, comme on l'a appelée, permet

aux deux portions de l'os d'exécuter des mouvements l'un sur l'autre.

La face est constituée par 14 os : les *deux maxillaires supérieurs*, les *deux os palatins*, le *vomer*, les *deux os propres du nez*, les *deux os malaïres* ou de la *pommette* (aussi appelés *os jugaux*), les *deux os unguis* ou *lacrymaux*, les *deux cornets inférieurs* et le *maxillaire inférieur*.

La portion inférieure du crâne est aplatie et porte le nom de *base*; elle est formée par la partie basilaire de l'occipital, par le sphénoïde, par l'apophyse pétrée des temporaux, par l'éthmoïde et la voûte orbitaire des os frontaux. La partie supérieure, appelée *sommet* ou *voûte du crâne*, est convexe et formée par les deux portions du frontal, par les pariétaux et par la portion écailleuse des temporaux et de l'occipital.

Les os du crâne, chez l'adulte, s'engrènent les uns dans les autres, ne sont susceptibles d'aucun mouvement, la boîte est absolument incompressible. Il n'en est pas de même chez l'enfant; les os sont reliés entre eux par des lames membraneuses plus ou moins larges, de sorte qu'ils jouissent d'une certaine mobilité; leurs bords peuvent souvent chevaucher, c'est-à-dire se placer l'un au-dessus de l'autre; il en résulte une diminution de volume, une réduction plus ou moins considérable dans les dimensions du crâne. Cette réduction est assez notable pour la voûte qui est formée par des os assez minces, flexibles, séparés par des espaces membraneux. Au contraire, les os de la base sont épais, durs, réunis par des cartilages solides; aussi doit-on considérer cette partie comme à peu près incompressible, ce qui est nécessaire pour protéger les organes importants situés à la base du cerveau.

Il faut remarquer, du reste, que quand le crâne est pressé dans un sens, il s'allonge ordinairement du côté opposé; de sorte que la capacité est peu modifiée, le cerveau encore fort mou change de forme sans subir de diminution sensible de volume; il n'est donc comprimé que peu ou point.

Sutures et fontanelles. — Les dépressions linéaires, membraneuses, qui se trouvent entre les parties osseuses du crâne, sont appelées *sutures*; le lieu où deux sutures se rencontrent s'appelle *fontanelle*. Lorsque la tête est comprimée et que les bords des os se superposent, la dépression linéaire des sutures disparaît et est remplacée par le rebord saillant de l'os qui a chevauché au-dessus de l'autre.

Il est excessivement important de bien connaître les sutures et les fontanelles de la voûte crânienne, car elles servent à faire le diagnostic des présentations et des positions de l'extrémité céphalique qui sont de beaucoup les plus fréquentes.

Une longue suture part de la racine du nez et aboutit à l'angle supérieur de l'occipital; c'est la *suture sagittale* (de *sagitta*, flèche). Elle comprend deux parties : l'une, *médio-frontale*, qui se trouve au

milieu du front, entre les deux portions du frontal; l'autre, *inter-pariétale*, qui sépare les pariétaux.

Certains auteurs réservent spécialement le nom de *suture sagittale* à la partie inter-pariétale et appellent l'autre partie *suture frontale* tout simplement.

Entre le bord supérieur du frontal et le bord antérieur des pariétaux se trouve la *suture coronale*, aussi appelée *fronto-pariétale* ou *transversale antérieure*. Elle aboutit de chaque côté au temporal, croise en haut et au milieu la suture *sagittale* et donne naissance ainsi à la *fontanelle antérieure* ou *bregmatique*.

Le bord postérieur des pariétaux forme, avec les bords antérieurs de l'occipital, une suture ayant l'aspect d'un lambda grec, ou d'un Λ à branches fortement écartées; c'est la *suture lambdoïde*, *occipitale*, *occipito-pariétale*. La suture sagittale aboutit au sommet de l'angle de la suture lambdoïde et de cette rencontre naît la *fontanelle postérieure* ou *occipitale*. De chaque côté de la tête, le bord inférieur du pariétal, en s'unissant au bord supérieur du temporal, forme la *suture temporo-pariétale*, *temporale* ou *écailleuse*. Celle-ci se termine, en avant, à l'extrémité inférieure de la suture coronale; de là la *fontanelle temporale*. En arrière, elle aboutit à la suture *lambdoïde*; de là la *fontanelle mastoïdienne* ou de *Gasser*.

A terme, les sutures sont habituellement étroites, linéaires, les os sont juxtaposés; parfois cependant il y a de véritables espaces membraneux et les os sont plus ou moins écartés. Cette dernière disposition est fréquente avant terme, elle augmente la mobilité, permet un chevauchement plus considérable et une réduction plus grande du volume du crâne.

Les fontanelles sont au nombre de six : deux supérieures médianes, l'*antérieure* et la *postérieure*, quatre latéro-inférieures, les deux *temporales* en avant et les deux *mastoïdiennes* en arrière. Leur importance, pour l'accoucheur, résulte : 1° de leur valeur comme moyen de diagnostic; 2° de la réduction qu'elles permettent. Or, à ce double point de vue, les fontanelles supérieures présentent la plus grande utilité, tandis que les inférieures n'en ont guère. En effet, la fixité des temporaux rend difficile les mouvements qui pourraient se passer dans les fontanelles temporales et mastoïdiennes; en outre, ces fontanelles ne peuvent servir au diagnostic, parce qu'elles sont recouvertes par des parties qui les masquent : les temporales, par les muscles temporaux, et les mastoïdiennes, par une partie des oreilles. Du reste, ces fontanelles latéro-inférieures ne sont accessibles que dans les présentations inclinées; l'oreille peut alors être sentie et constitue le meilleur guide.

La *fontanelle antérieure*, aussi appelée *bregmatique*, *quadrangulaire* ou *grande fontanelle*, est placée à la partie antéro-supérieure médiane

du crâne ; elle résulte de l'intersection des sutures sagittale et coronale. Elle présente, dans le plus grand nombre des cas, un espace membraneux assez large, de forme carrée ou losangique, se prolongeant souvent entre les frontaux plus que des trois autres côtés, ce qui rend l'angle frontal plus allongé et plus aigu. Quatre sutures y aboutissent et sont en ligne droite, deux par deux, de sorte que le doigt, suivant une suture quelconque et passant sur la fontanelle sans changer de direction, constate qu'une autre suture continue en *ligne directe*.

Les angles osseux sont arrondis, plus ou moins écartés, à peu près droits et *dépressibles*. Une pression légère, exercée sur les os à peu de distance de la fontanelle antérieure, produit un enfoncement momentané qui se redresse dès que l'effort cesse ; le doigt, par de petites pressions successives, obtient ainsi une sensation particulière, une espèce de crépitation, ressemblant assez à ce qu'on éprouve en déprimant une lame métallique mince qui rebondit peu après. Cette crépitation est surtout caractéristique lorsque la tête est engagée et plus ou moins comprimée dans le bassin.

La fontanelle *postérieure, occipitale, triangulaire ou petite fontanelle*, est située à la partie postéro-supérieure médiane du crâne ; elle résulte de la rencontre de la suture sagittale avec la suture lambdoïde. Parfois, elle présente un petit espace membraneux ; le plus souvent, elle ne montre qu'une petite dépression produite par le chevauchement des pariétaux sur l'occipital. Trois sutures y aboutissent et lorsque le doigt suit une suture quelconque et passe au-dessus de la fontanelle sans changer de direction, il tombe sur une surface osseuse. Les angles osseux sont habituellement pointus ou moins arrondis que ceux de la grande fontanelle ; au lieu d'être droits et dépressibles comme ceux-ci, ils sont obtus, fermes et résistants. On n'y sent que rarement la crépitation dont nous avons parlé plus haut, et elle n'est jamais aussi prononcée.

Comme il est très important de savoir distinguer les deux fontanelles supérieures, nous allons résumer, dans un tableau, leurs caractères respectifs.

Fontanelle antérieure.

1. Quadrangulaire.
2. Espace membraneux plus ou moins grand.
3. Formée par quatre sutures.
4. Bords osseux arrondis, dépressibles, formant des angles droits.
5. Surfaces osseuses voisines, donnant lieu, par la pression du doigt, à une crépitation spéciale.
6. Doigt allant en ligne droite d'une suture à une autre après avoir passé sur la fontanelle.

Fontanelle postérieure.

1. Triangulaire.
2. Espace membraneux petit ou nul.
3. Formée par trois sutures.
4. Bords osseux plus pointus, fermes, formant des angles obtus.
5. Surfaces osseuses résistantes, donnant rarement un peu de crépitation.
6. Doigt tombant en ligne droite d'une suture sur une surface osseuse, après avoir passé sur la fontanelle.

Les signes distinctifs entre les deux fontanelles sont d'habitude bien marqués. Cependant, les parties peuvent être assez élevées ou

recouvertes par une tumeur sanguine ; ou bien la petite fontanelle peut présenter un espace membraneux et une dépressibilité plus ou moins grande ; les sutures ne sont pas toujours faciles à reconnaître, surtout lorsque les bords osseux sont en contact intime ou chevauchent l'un sur l'autre. Dans ces cas, il faut chercher à sentir les deux fontanelles et juger par comparaison : l'antérieure sera toujours *plus large, plus dépressible* et les *surfaces osseuses voisines plus minces, plus crépitantes*.

Parfois, on rencontre près de la suture sagittale un petit espace non ossifié, membraneux, qui pourrait en imposer pour une fontanelle ; mais on peut aisément reconnaître cette anomalie parce qu'aucune suture n'y aboutit, ou il n'y en a qu'une seule conduisant à la suture sagittale.

Régions de la tête. — On divise la tête en cinq régions : 1° La *région supérieure* ou *voûte du crâne*, aussi appelée *sommet, vertex* ou *sinciput* : c'est la plus réductible ; elle est caractérisée par les deux fontanelles et les sutures qui y aboutissent. Elle est limitée par une circonférence passant par les bosses frontales et la bosse occipitale.

La partie antérieure formée par la grande fontanelle et les angles osseux voisins, est ordinairement désignée sous le nom de *bregma* ou *région bregmatique*.

La partie médiane, la plus élevée entre les deux fontanelles, peut être spécialement appelée *sinciput, vertex* ou *sommet*.

De cette façon, la voûte du crâne sera subdivisée en six régions secondaires ; sur les côtés : les bosses pariétales ; sur la ligne médiane et d'avant en arrière : le bregma, le sinciput, la petite fontanelle, l'occiput.

2° La *région inférieure*, comprenant la base du crâne et la partie postérieure de la face. Elle se continue avec la colonne vertébrale et le cou ; elle est caractérisée par sa résistance, son ossification avancée, son défaut de réductibilité. Elle est circonscrite par une circonférence passant par le menton, les apophyses mastoïdes et la bosse occipitale.

3° La *région antérieure* ou *faciale*, formée par le front (partie antéro-inférieure du frontal), les yeux, le nez, les joues, la bouche et le menton. Elle est comprise dans un cercle passant par le menton, les pommettes et les bosses frontales.

4° et 5° Les *régions latérales, ou tempes*, sont représentées par les surfaces triangulaires laissées de chaque côté par les trois autres régions. Elles sont surtout constituées par les temporaux, et caractérisées par les oreilles.

Diamètres de la tête. — Pour bien comprendre le mécanisme de l'accouchement, il est indispensable de connaître les dimensions de la tête fœtale, afin de les comparer à celles du bassin maternel ; on voit ainsi le rapport entre le contenant et le contenu, entre le mobile et le canal à parcourir, et l'on peut se rendre compte des mouvements que la tête *doit* effectuer pour parvenir à l'extérieur.