

ait ankylose de l'articulation sacro-coccygienne, comme on le voit chez quelques parturientes âgées; il existe alors une véritable cause de dystocie.

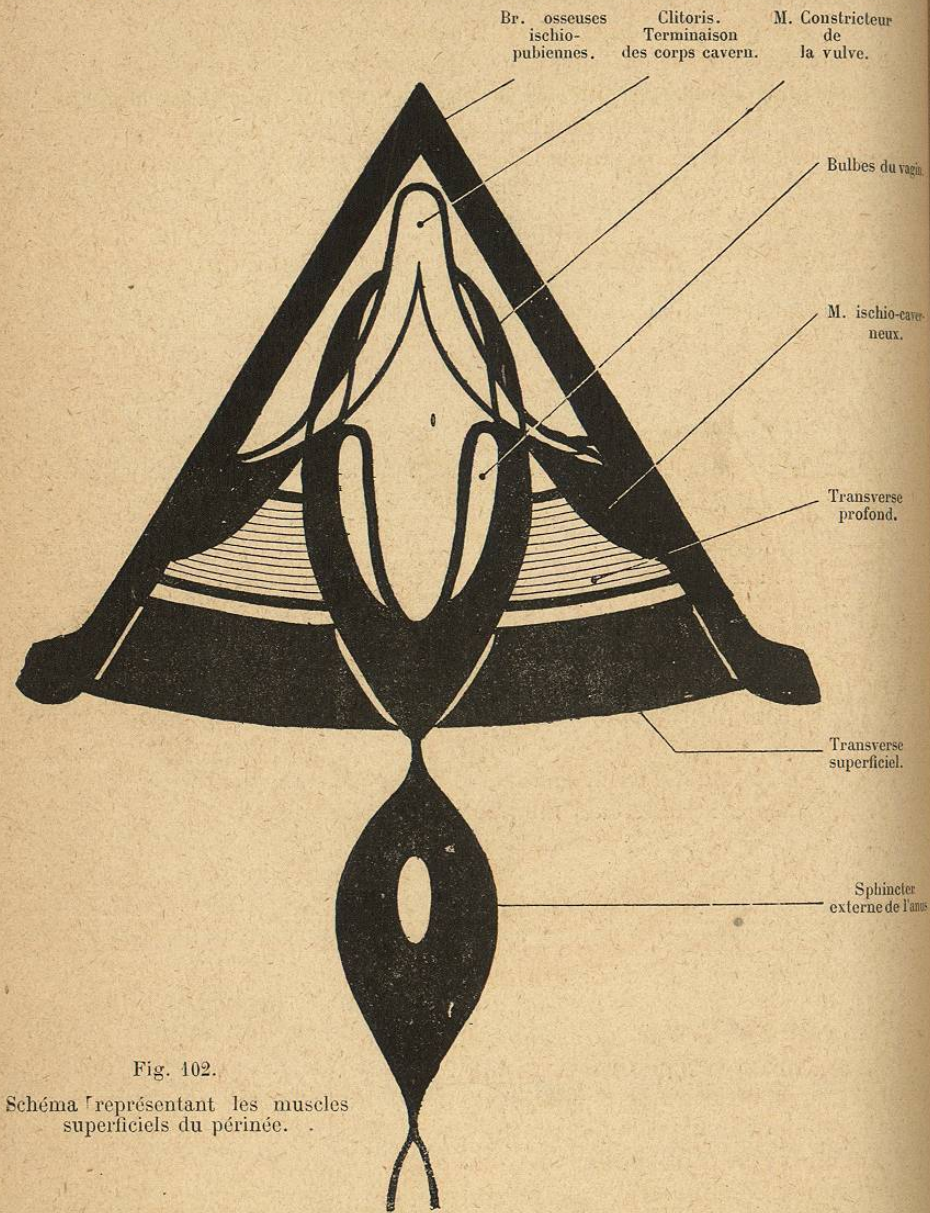


Fig. 102.

Schéma représentant les muscles superficiels du périnée.

De même que le releveur périnéal entrave parfois l'accouchement par sa partie postérieure ou coccygienne, il peut aussi le retarder ou le rendre difficile par sa partie antérieure, celle qui est au contact de la paroi postérieure du vagin. Cette partie antérieure du releveur peut être un obstacle au toucher, au coït, à l'accouchement.

Ainsi compris, le releveur périnéal est à la cavité abdominale (au niveau du vide inférieur pelvien) ce qu'est le diaphragme à l'ouverture thoracique inférieure.

Le nom de *diaphragme pelvien* lui conviendrait parfaitement.

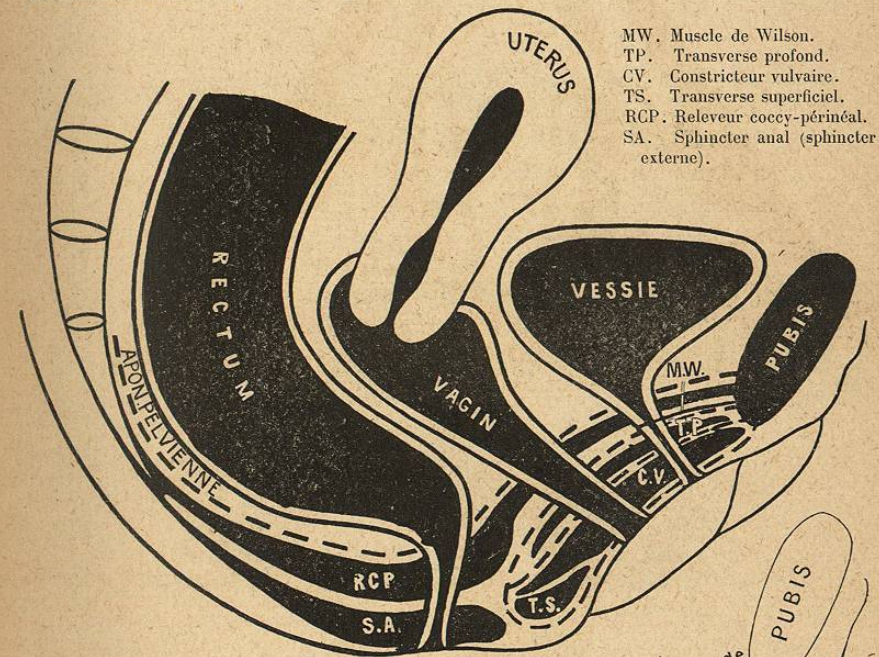
L'obturateur interne et le pyramidal le complètent circulairement.

Le releveur périnéal, doublé sur sa face profonde ou interne par une aponévrose, est recouvert et complété superficiellement par une série de muscles, dont il est indispensable de donner une description au moins sommaire.

De ces muscles :

L'un contourne la terminaison de l'intestin, c'est le *sphincter externe de l'anus*.

Les autres sont disposés au pourtour de la vulve, à savoir :



MW. Muscle de Wilson.  
TP. Transverse profond.  
CV. Constricteur vulvaire.  
TS. Transverse superficiel.  
RCP. Releveur coccy-périnéal.  
SA. Sphincter anal (sphincter externe).

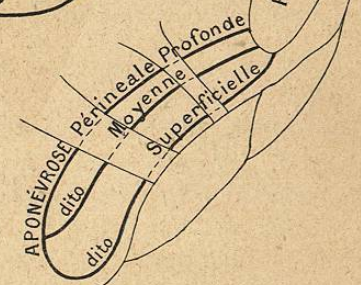


Fig. 103.

Coupe antéro-postérieure des muscles et des aponévroses du périnée (Schéma).

1° Le *constricteur de la vulve*, anneau musculaire qui enveloppe les bulbes du vagin, et dont la contracture produit le vaginisme inférieur<sup>1</sup>;

2° Le *transverse superficiel*, sorte de bandelette musculaire jetée d'un ischion à l'autre;

3° Le *transverse profond*, simple vestige musculaire allant de la branche ischio-pubienne au bulbe du vagin correspondant;

<sup>1</sup> Le vaginisme supérieur est causé par la contracture du releveur coccy-périnéal.



4° L'*ischio-caverneux* enveloppant, le long des branches ischio-pubiennes, la racine des corps caverneux ;

5° Enfin le *muscle de Wilson* se composant de quelques fibres musculaires qui vont de la face interne du pubis à l'urètre.

Ces muscles superficiels, enveloppés d'aponévroses bien moins importantes que chez l'homme, sont représentés par une ligne pointillée sur le schéma 103, qui donne une vue d'ensemble de la région désignée sous le nom de *périnée*.

Par *périnée*, on doit entendre tout le plan musculaire qui ferme le bassin inférieurement; c'est dire, d'après la description qui précède, qu'il existe deux périnées :

L'un *profond*, constitué par le releveur coccy-périnéal, et qui n'est autre, par conséquent, que le diaphragme pelvien ;

L'autre *superficiel*, représenté par les muscles sous-jacents à la peau, qu'on peut diviser en deux parties par une ligne joignant les deux ischions qui délimite ainsi deux périnées superficiels, l'un postérieur ou anal, l'autre antérieur ou ovulaire.

En résumé :

1° Périnée profond ou pelvien (calotte musculaire s'insérant au détroit moyen), diaphragme pelvien ;

2° Périnée superficiel. *a.* anal.

— *b.* vulvaire.

De ces deux périnées superficiels, le postérieur, limité latéralement par le grand ligament sacro-sciatique, s'étend jusqu'à la pointe du sacrum et comprend par conséquent le coccyx; l'antérieur, bordé latéralement par la branche ischio-pubienne, finit à la partie inférieure du pubis.

Au milieu de ces tissus cheminent des vaisseaux et nerfs, dont les principaux sont les honteux internes.

Le *périnée*, ainsi compris, donne passage à trois organes importants :

Le rectum en arrière ;

L'urètre en avant ;

Le vagin au milieu.

Pour terminer l'étude de la filière génitale, il nous reste à connaître le *vagin* ainsi que la *vulve* qui en constitue une dépendance.

### VAGIN

Le vagin est un canal de forme cylindrique, qui par son extrémité supérieure ou profonde s'insère au col de l'utérus, formant à ce niveau les *culs-de-sac* (un antérieur, deux latéraux et un postérieur), et qui, par son extrémité inférieure ou superficielle, vient se continuer avec la vulve au niveau de la membrane *hymen*.

Sa longueur est de 10 centimètres, mesurée jusqu'au cul-de-sac postérieur.

La *face externe* présente supérieurement des rapports viscéraux, en arrière avec le rectum, en avant avec la vessie, inférieurement des rapports musculaires au niveau du diaphragme pelvien; ce sont d'abord le releveur

coccy-périnéal, et à l'orifice vulvaire le constricteur, qui l'entourent plus ou moins circulairement. (Voir le schéma 103.)

Ces rapports de la face externe nous expliquent pourquoi le vagin forme une cavité large et spacieuse au voisinage de l'utérus, rétrécie au contraire en arrivant à la vulve; profondément en effet les viscères permettent l'ampliation facile de ce canal, tandis que superficiellement les muscles s'opposent par leur tonicité à cet élargissement, de telle sorte que le vagin cylindrique en réalité est, grâce à son entourage, conique, la petite extrémité du cône correspondant à la vulve.

Le vagin présente à cet égard une conformation analogue à celle du rectum qui, rétréci au niveau de l'anus, s'élargit considérablement au-dessus de manière à former une véritable ampoule.

Les deux muscles sphincters du vagin (releveur coccy-périnéal et constricteur de la vulve) peuvent à l'état physiologique ou pathologique opposer obstacle au toucher, au coït et à l'accouchement :

*Toucher*. — A l'état normal, après la défloration, le doigt pénètre sans difficulté jusqu'au col utérin. Pendant le toucher, le doigt éprouve parfois au voisinage de la vulve la sensation d'une constriction qui l'applique et le fixe sous la symphyse pubienne, sensation due à la constriction du releveur coccy-périnéal, muscle volontaire. Ce même muscle peut être à l'état pathologique contracturé, donnant ainsi naissance à un vaginisme supérieur qu'il ne faut pas confondre avec l'inférieur dû à la contracture du constricteur vulvaire. Ces deux variétés de vaginisme sont susceptibles d'opposer un obstacle sérieux, parfois insurmontable au toucher.

*Coït*. — La contracture du releveur coccy-périnéal peut ne se montrer que pendant l'union sexuelle, donnant lieu au phénomène du *penis captivus*.

*Accouchement*. — Quand la partie fœtale, supposons la tête, après avoir franchi la partie supérieure du vagin, arrive au niveau des sphincters, une dilatation ou ampliation de ces muscles est nécessaire pour lui livrer passage; or le releveur de l'anus peut parfois opposer une gêne sérieuse à cette expulsion et nécessiter l'intervention de l'accoucheur.

Quand on explore la *face interne* du vagin, en écartant les deux parois accolées l'une à l'autre d'avant en arrière, on la trouve rosée à l'état normal, violacée pendant la grossesse, rouge vif en cas d'inflammation, de blennorragie par exemple.

Sur la face antérieure et postérieure existe longitudinalement une saillie à laquelle on a donné le nom de colonne du vagin (colonnes antérieure et postérieure).

De ces deux saillies antéro-postérieures partent des replis transversaux.

Ces replis ne s'effacent pas pendant l'accouchement; ils ne semblent donc pas destinés à l'ampliation du vagin, mais plutôt à l'union sexuelle en favorisant et multipliant les frottements.

La vagin se compose de *trois tuniques* superposées :

Une *externe* composée de fibres conjonctives et élastiques;

Une *moyenne*, musculaire lisse, dont les fibres excentriques sont longitu-



dinales, et les concentriques circulaires; la présence de ces fibres nous explique la contraction possible du vagin, pendant la délivrance, par exemple;

Une *interne*, la muqueuse, totalement dépourvue de glandes, mais riche en papilles, enfouie sous un épais revêtement d'épithélium pavimenteux stratifié.

### VULVE

La *vulve*, sorte d'épanouissement des organes génitaux à l'extérieur, se compose de trois plans successifs et concentriques :

La figure 104 facilitera l'intelligence de la description :

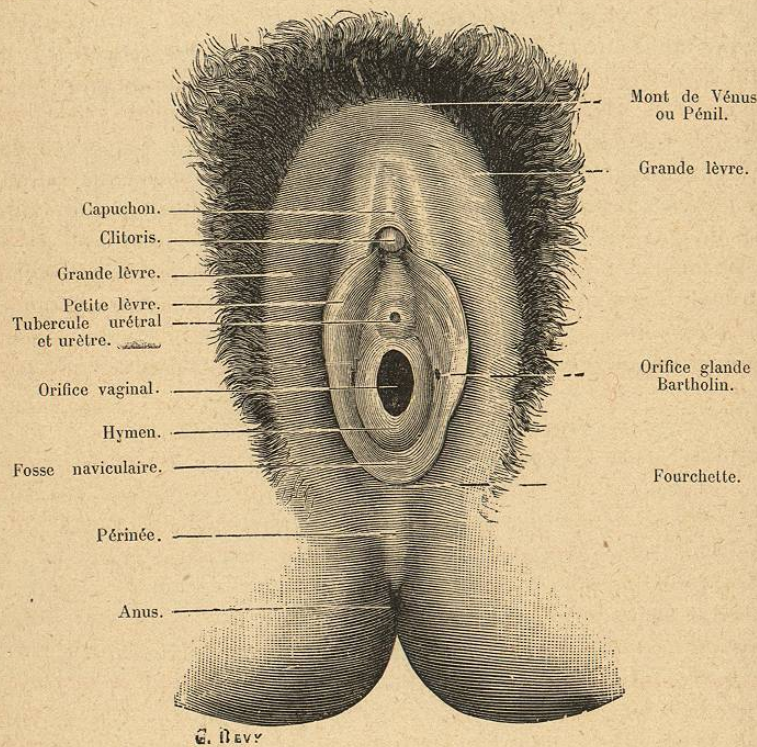


Fig. 104. — Vulve vierge.

**Premier plan :** *Mont de Vénus. Grandes lèvres. Périnée.* — Les grandes lèvres forment deux replis verticaux, qui se recourbent supérieurement pour se confondre avec le pénis ou mont de Vénus et viennent en bas par une courbe analogue expirer sur le périnée. — Ce repli cutané présente deux versants : l'un excentrique, qui latéralement regarde les cuisses, en haut de l'abdomen, c'est le versant fémoro-abdominal; l'autre concentrique vaginal. — Le versant fémoro-abdominal est couvert de poils; le versant vaginal, au contraire, est glabre, lisse, normalement humide, souvent en contact avec celui du côté opposé, de telle sorte que les deux grandes lèvres, par leur

accolement, cachent à la vue les autres organes vulvaires, comme deux rideaux amenés au contact l'un de l'autre. — Ce contact, qui n'est pas constant, est détruit par l'écartement des cuisses, les grandes lèvres s'entr'ouvrent alors et laissent apercevoir le second plan, dont voici le détail :

**Second plan :** *Capuchon et clitoris. Petites lèvres. Fourchette.* — Les deux petites lèvres ou nymphes sont deux replis cutanés analogues et parallèles aux grandes lèvres, mais beaucoup plus minces qu'elles. — Verticalement placées le long de l'orifice vaginal dont elles sont comme les satellites, elles se divisent supérieurement pour enfermer dans leur dédoublement le clitoris. — Des deux replis que forme ce dédoublement, l'un est large et abrite le clitoris, c'est le *capuchon*; l'autre est mince, effilé, vient se perdre à la partie inférieure de cet organe érectile pour constituer le *frein* du clitoris. Inférieurement les petites lèvres s'amincissent, diminuent d'ampleur, et se réunissent au niveau d'un petit repli transversal appelé *fourchette* ou commissure antérieure du périnée. — Les petites lèvres sont séparées des grandes par un sillon assez profond, qui vient supérieurement contourner le capuchon et qui inférieurement disparaît au voisinage de la fourchette. — A la face interne des petites lèvres on voit un sillon semblable, qui, parti du frein clitoridien, suit la base des nymphes et les sépare inféro-latéralement de l'entrée du vagin ou de l'hymen quand il existe. — Excentriquement par rapport à ce sillon se trouve le *second plan vulvaire* que nous venons de passer en revue et concentriquement le *troisième plan*, dont il va être question.

**Troisième plan :** *Vestibule. Méat urinaire et son tubercule. Vagin et hymen.* — Dans l'espace circonscrit par le sillon précédemment décrit, à la base du versant interne des petites lèvres, on trouve une surface elliptique qu'on peut diviser en deux parties approximativement égales, par une ligne transversale. — La surface placée au-dessus de cette ligne est occupée par le *vestibule*, et celle qui est située au-dessous par l'*orifice vaginal*. — L'*étage supérieur ou vestibulaire* présente une saillie ou *tubercule urétral* avec le *méat urinaire*, terminaison de l'urètre. — L'*étage inférieur ou vaginal* est occupé par l'*orifice vaginal*, qui vient, en ce point, s'ouvrir au dehors, plus ou moins protégé et recouvert par l'*hymen* ou *caroncules* qui en représentent les débris.

La vulve est séparée du vagin par l'*hymen*, constitué par la partie inférieure du vagin.

L'hymen intact peut présenter des conformations variables dont les figures ci-dessus rappellent les principaux types.

Après les premiers rapports sexuels, l'hymen est ordinairement déchiré, et il existe alors des *caroncules hyménéales* (fig. 113).

Après l'accouchement les déchirures sont beaucoup plus profondes, les lambeaux de l'hymen se cicatrisent isolément et amènent la formation des *caroncules myrtiformes* (fig. 114).

Avec les caroncules hyménéales, on peut reconstituer l'hymen par rappro-



chement des lambeaux, ce qui est impossible avec les caroncules myrtiformes.



Fig. 105.  
Hymen croissant.

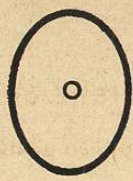


Fig. 106.  
Hymen diaphragme étroit.



Fig. 107.  
Hymen diaphragme large.



Fig. 108.  
Hymen fendu.



Fig. 109.  
Hymen frangé.



Fig. 110.  
Hymen à double fente.



Fig. 111.  
Hymen à double orifice.

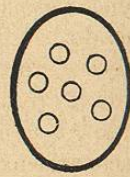


Fig. 112.  
Hymen en crible.

Ces différences permettent à un œil exercé de reconnaître, dans la majorité des cas, la vulve d'une nullipare et celle d'une femme qui a déjà eu un ou plusieurs enfants.

Toutefois, il faut savoir que, dans quelques circonstances rares, l'hymen

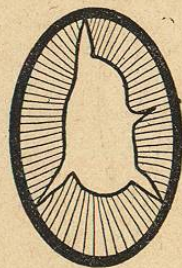


Fig. 113. — Caroncules hyménéales

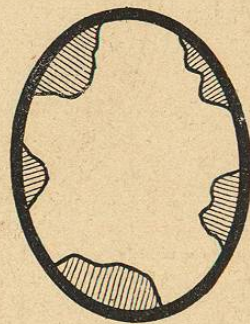


Fig. 114. — Caroncules myrtiformes.

peut rester intact après les rapports sexuels et même après un accouchement avant terme, alors que le fœtus est normalement sorti par l'orifice vulvaire.

Enfin, dans quelques cas, l'hymen est imperforé, malformation, qui nécessite au moment de la puberté l'intervention du chirurgien, pour créer une voie de sortie à l'écoulement menstruel. Dans quelques cas exceptionnels on a noté l'existence d'une grossesse avec un hymen imperforé, ce qui ne peut s'expliquer que par l'obturation, après la conception, d'un pertuis qui existait

ait au niveau de cette membrane, et qui avait été suffisant pour permettre la pénétration du sperme<sup>1</sup>.

### 3° RÉSUMÉ DE LA FILIÈRE GÉNITALE

#### Plans et axes de la filière génitale.

La *filière génitale*, se composant, ainsi qu'il vient d'être vu, d'un canal osseux puis mou, est légèrement modifiée dans sa portion osseuse par la présence des parties molles, qui rétrécissent plus ou moins les différents diamètres du bassin, mais qui, néanmoins, n'altèrent pas la forme générale de la traversée pelvienne. L'accoucheur n'a d'ailleurs qu'un faible compte à tenir de ces tissus mous, car ils se laissent déprimer pendant l'accouchement; l'os seul, à moins d'états pathologiques, constitue au niveau du pelvis un obstacle sérieux à la progression fœtale.

Le *plan* du détroit supérieur (voir fig. 115) sur une femme examinée debout fait, avec l'horizontale, un angle de 60° (regardant la concavité sacrée), le plan du détroit moyen se rapproche davantage de l'horizontale sans cependant se confondre avec elle. Cette différence d'inclinaison est due à la hauteur

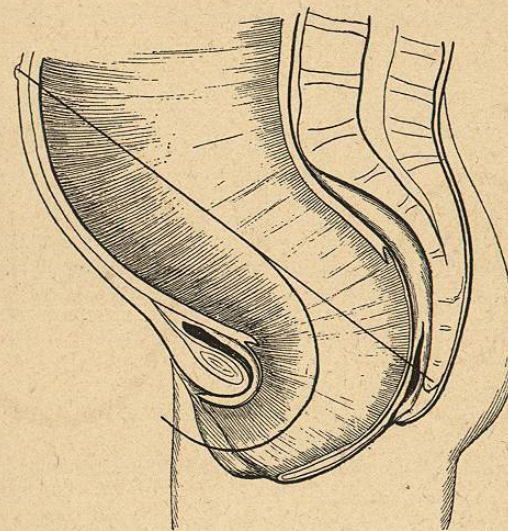


Fig. 115. — Courbe en hameçon de la filière génitale.

inégaie des parois pelviennes qui, en avant (pubis), mesure en ligne droite 5 centimètres, et en arrière (sacrum) 10 centimètres.

L'*axe* du détroit supérieur, c'est-à-dire la perpendiculaire, abaissée sur le milieu de son plan, va de l'ombilic vers le milieu du coccyx, celui du détroit

<sup>1</sup> Zinsstag. *Cent. f. gynæk.*, 1888, p. 219.



moyen s'étend d'un point situé un peu en avant du promontoire de l'anus. La direction de l'axe du pseudo-détroit inférieur est très variable à cause de la mobilité du coccyx.

La direction de ces axes est, en pratique, très importante à connaître, car elle indique à l'accoucheur le sens dans lequel les tractions sur le fœtus doivent être faites.

L'axe général de la filière génitale, mené depuis le détroit supérieur jusqu'à la vulve, ne donne pas un arc de cercle comme le voulait CARUS, ni un angle comme l'a soutenu FABER, mais rappelle plutôt la forme d'un hameçon, c'est-à-dire que, rectiligne dans la portion osseuse, il se recourbe en arc de cercle au milieu des parties molles.

La figure 115 rend compte de cette direction.

Cette courbe du trajet génital est du plus haut intérêt pour l'accoucheur; on en comprendra plus tard toute l'importance.

#### IV

### PRÉSENTATIONS ET POSITIONS

#### SOMMAIRE

##### A. — Présentation.

Attitude générale du fœtus.  
Division du fœtus en deux ovoïdes.  
Présentations de l'ovoïde céphalique.  
Présentations de l'ovoïde cormique.  
Résumé et schéma des zones présentables.  
Fréquence et variétés de diverses présentations.  
Causes.  
Particularités.

##### B. — Positions.

Rose des positions.  
Positions du sommet.  
— de la face.  
— du front.  
— du siège.  
— du thorax.  
— de l'abdomen.  
Étiologie.

##### A. — PRÉSENTATIONS

Le fœtus enfermé dans la cavité utérine est séparé du dehors par la filière génitale qu'il doit traverser au moment de l'accouchement.

Pour cette sortie, il peut se placer de différentes façons, présentant à

l'ouverture génitale telle ou telle région du corps. — Les symptômes fournis par l'exploration fœtale, le mécanisme de l'accouchement variera nécessairement suivant ces différents cas. — La nécessité d'une classification des présentations fœtales s'est ainsi imposée aux accoucheurs. — Pelotonné dans l'intérieur de la cavité utérine, l'enfant est généralement fléchi. — Cette flexion générale se traduit par une série de flexions partielles. — C'est ainsi que la tête est fléchie sur le tronc, les avant-bras sur les bras, les mains sur les avant-bras, les cuisses sur le tronc, les jambes sur les cuisses, les pieds sur les jambes.

##### Flexion partout.

Dans cette attitude singulièrement favorable à la réduction de la masse fœtale, l'enfant offre la forme d'un ovoïde dont la grosse extrémité correspond au siège et la petite à la tête.

C'est l'ovoïde somatique (fig. 116).

De telle sorte que chez les vivipares comme chez les ovipares, séparés les uns des autres dans l'échelle animale par des différences si importantes, la ponte ou l'accouchement consiste dans l'expulsion d'un corps de forme analogue, c'est-à-dire ovoïde. — Mais empirons-nous de dire, et ici surgit une distinction de grande importance, que l'ovoïde des vivipares se subdivise, contrairement à celui des ovipares, en deux ovoïdes plus petits, qui pendant l'expulsion jouent un rôle essentiellement distinct. — Ces deux ovoïdes sont représentés l'un par la tête, l'autre par le tronc auquel sont joints, comme annexes, les membres supérieurs et inférieurs.

L'ovoïde somatique se dédouble donc en :

Ovoïde céphalique;  
Ovoïde cormique<sup>1</sup>.

L'ovoïde céphalique, plus petit que le cormique, est en revanche beaucoup moins réductible que lui. Son grand axe s'étend du menton à la suture sagittale, un peu en avant de la pointe du lambda. Considéré dans ses dimensions transversales, il présente une série de renflements, qui ont servi à établir les points de repère d'autant de diamètres; tels sont les diamètres bipariétal, bifrontal, bimalaire, biastérique.

L'ovoïde cormique, plus ou moins déformé par l'addition des membres supérieurs et inférieurs, présente son grand diamètre du siège au sommet du thorax. Il offre également des diamètres transversaux importants à déterminer, tels que le bisacromial qui réunit les deux acromions, et le bitrochantérien, jeté entre les deux saillies trochantériennes.

<sup>1</sup> De κορμος, tronc.

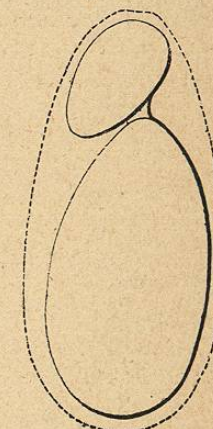


Fig. 116.

Ovoïde somatique formé par la réunion des deux ovoïdes céphalique et cormique.