

fice interne, celui-ci va s'effacer, s'ouvrir, se distendre sous l'influence de cette poussée. A sa suite le canal cervical subira une distension centrifuge, puis, ce sera le tour de l'orifice externe. Le col s'est effacé, puis il se dilate; lorsque la distension de ce dernier est suffisante pour livrer passage à l'œuf, celui-ci pénètre dans le vagin qui se laisse étirer, distendre. A son tour, le périnée subit la même influence et l'œuf est expulsé.

Que se passe-t-il pendant ce temps dans le paramétrium. On sait depuis Sanger, et le fait a été repris récemment par Selheim qui a cru le découvrir, que le péritoine pariétal descendant de la paroi abdominale antérieure à laquelle il adhère peu, forme un léger cul-de-sac prévésical puis passe sur le fond de la vessie à laquelle il est uni sur une étendue de 2 à 3 cm. Il descend ensuite lâchement au devant de l'utérus et forme le cul-de-sac vésico-utérin qui n'atteint pas par sa partie la plus déclive le niveau de l'orifice interne; lorsqu'il remonte sur la face antérieure de l'utérus il ne lui adhère que dans son tiers supérieur, il recouvre le fond de l'organe auquel il est intimement uni, puis descend sur sa face postérieure pour former le cul-de-sac de Douglas beaucoup plus profond que l'antérieur, puisqu'il atteint ou dépasse même le niveau de l'orifice interne sur la face postérieure de l'utérus, le péritoine est adhérent jusqu'environ la moitié du corps de l'organe.

Si telle est la disposition anatomique du péritoine en dehors de la gravidité elle change sensiblement pendant la gestation; les zones d'adhérences diminuent d'étendue et de solidité. Le péritoine venant de la paroi abdominale passe en pont de la paroi abdominale antérieure à la paroi postérieure, effleurant la vessie qu'il touche du bout du pied pourrait-on dire; s'arrêtant à peine plus longtemps sur le fond de l'utérus adhérent davantage à la face postérieure dans sa partie toute supérieure.