

brusquement chassé, vient se heurter contre le parquet et peut être tué par la violence du coup. Dans cette position, le cordon ombilical est tendu entre l'ombilic et l'insertion placentaire; et, si la rupture de la tige omphalo-placentaire n'en est pas la conséquence, la traction exercée sur le placenta encore adhérent peut être assez forte pour déprimer et même pour renverser complètement l'utérus : toutefois ce dernier fait est assez rare. La rupture du cordon a été plus souvent observée, mais elle est presque toujours sans danger pour l'enfant : d'abord parce que la déchirure a le plus souvent lieu à deux ou trois ponces de l'ombilic, et parce que la déchirure par traction des vaisseaux ombilicaux est propre à prévenir une hémorrhagie mortelle pour le fœtus, alors même que la respiration ne s'établirait pas immédiatement.

*Traitement.* — Si, vu l'époque peu avancée de la grossesse, on a lieu de croire au développement incomplet du fœtus, ou si les accouchements antérieurs font supposer un bassin dont les dimensions sont exagérées, la femme devra, dès la première douleur, garder la position horizontale; elle devra, autant que possible, éviter de pousser pendant la douleur, et de contracter les muscles soumis à l'empire de sa volonté. On se trouvera bien, dans le même but, d'appliquer autour du ventre un bandage de corps modérément serré (Rigby). Enfin, on prendra toutes les précautions pour retarder, autant que possible, la rupture des membranes. Si, malgré ces précautions, on s'aperçoit que la partie inférieure de l'utérus est fortement poussée en bas, et même à travers l'orifice de la vulve, il faut le soutenir avec soin jusqu'à ce que le col soit dilaté pour laisser passer librement la tête. On pourrait, à l'exemple de Nægele, appliquer au devant de la vulve et sur la partie saillante de l'utérus un large bandage en T, au centre duquel on ferait une ouverture correspondante à l'orifice du vagin.

Si la femme était déjà accouchée trop vite dans ses grossesses antérieures, on pourrait administrer les opiacés, soit par la bouche, soit en lavements, dans le but de calmer l'irritabilité excessive de la matrice.

Wigand a recommandé la saignée du bras. Peut-être pourrait-elle être employée avec avantage chez les femmes fortes et pléthoriques; mais l'expérience n'a pas encore prononcé sur l'efficacité de ce moyen.

## CHAPITRE II

### DES VICES DE CONFORMATION DU BASSIN

Les obstacles matériels qui trop souvent rendent l'accouchement spontané difficile ou impossible sont excessivement nombreux et dépendent tous de la mère ou du fœtus. Parmi les premiers se rangent tout naturellement les maladies et vices de conformation ou de direction du canal que le fœtus doit tra-

verser, et nous devons rattacher aux seconds les maladies, les conformations vicieuses de l'enfant, et les positions défavorables dans lesquelles il peut se présenter à l'ouverture du bassin. Nous commencerons par les obstacles appartenant aux organes de la mère, et nous traiterons d'abord des vices de conformation du bassin.

Toutes les fois que le bassin s'écarte des dimensions que nous avons indiquées comme normales, on dit que le bassin est vicié ou mal conformé. Or, on conçoit facilement que les dimensions du cercle pelvien peuvent être agrandies ou étrecies, et c'est ce qui explique la division, admise par les accoucheurs, de bassin vicié par excès d'amplitude, et de bassin vicié par excès d'étroitesse. Je dis par excès d'amplitude ou par excès d'étroitesse, car il ne faudrait pas croire qu'un bassin est réputé mal conformé dès qu'il ne présente pas exactement les dimensions que nous avons données comme les plus générales. Le bassin est, en effet, dans son développement, soumis aux mêmes lois qui régissent tout l'organisme, et l'on sait combien ces lois souffrent de variétés dans leur accomplissement. Quelques lignes de plus ou quelques lignes de moins ne constituent donc pas un vice de conformation, et nous ne comprendrons sous le titre de bassins mal conformés que ceux qui, par leur largeur excessive ou leur étroitesse, sont susceptibles d'apporter des difficultés notables dans l'exercice des fonctions puerpérales.

#### Bassin vicié par excès d'amplitude.

Un bassin large n'est pas toujours, comme on pourrait le croire, une circonstance favorable. Quand, en effet, cette amplitude est trop considérable, elle expose la femme à des accidents fâcheux, dans l'état de vacuité, pendant la grossesse, le travail et les suites de couches.

Pendant l'état de vacuité, l'utérus, ne trouvant pas dans les parois du bassin le soutien convenable, libre et flottant dans une cavité trop spacieuse, est exposé aux déplacements connus sous les noms de chute, antéversion et rétroversion. Ces accidents sont d'autant plus fâcheux alors qu'il est plus difficile d'y remédier.

Pendant la grossesse, l'utérus, trouvant dans l'excavation plus d'espace, y séjourne et s'y développe jusqu'à une époque beaucoup plus avancée, et le volume de l'organe, comprimant le rectum et la vessie, détermine souvent dans ces parties un ténisme excessif qui devient très-douloureux pour la femme. Quelquefois même le cours des urines, des matières fécales, est difficile, et l'on voit se développer, par suite de la gêne apportée dans la circulation des extrémités inférieures, des varices, une infiltration considérable et des tumeurs hémorrhoidales. Si cet excès d'amplitude porte spécialement sur l'excavation, les détroits n'ayant à peu près que leurs dimensions normales, le fond de la matrice se renverse souvent dans la concavité sacrée : plus tard, quand son volume est trop considérable pour qu'elle puisse prolonger son séjour dans le petit bassin,



elle rencontre, de la part du détroit supérieur, des difficultés qu'elle ne peut vaincre, et la gêne apportée dans l'un et l'autre cas au développement ultérieur de l'organe détermine souvent l'avortement. A la fin de la grossesse, la tête, s'engageant de bonne heure dans le détroit supérieur, descend profondément dans l'excavation, presse les parties voisines, et l'on voit se renouveler, dans les derniers mois, tous les accidents qui avaient accompagné le début de la gestation.

Pendant le travail, l'excès d'amplitude du bassin expose la femme à tous les accidents qui peuvent résulter d'un accouchement trop prompt. Si la femme, longtemps après la complète dilatation du col, met en jeu les muscles soumis à sa volonté, si elle *pousse* trop fortement pendant la douleur, l'organe, mal soutenu par les parois du canal osseux, peut être poussé jusqu'à la vulve et même complètement chassé hors des parties de la génération, ou bien il peut encore arriver que le pourtour du col cède et se déchire. Lorsque la dilatation est achevée, l'enfant, poussé par des contractions énergiques et répétées, et n'éprouvant pas suffisamment de résistance de la part des détroits, arrive brusquement sur le périnée, qui se déchire, parce qu'il n'a pas eu le temps de se laisser distendre. L'expulsion trop rapide du fœtus peut ainsi survenir à un moment où la malade et les assistants la croyaient encore très-éloignée, et l'absence des précautions ordinaires, l'état de station dans lequel peut se trouver la femme, exposent à la chute de l'enfant sur le parquet, au décollement prématuré du placenta, à la rupture du cordon ombilical, et au renversement de l'utérus. Enfin, la matrice, trop subitement désempie, est quelquefois frappée d'inertie, et devient le siège d'une hémorrhagie abondante.

Après l'accouchement, un bassin trop large permet à l'utérus de s'abaisser, malgré son volume, dans l'excavation, et la compression qu'il exerce sur les organes voisins peut devenir la cause d'une inflammation toujours redoutable. On comprend encore que cet excès d'amplitude doit favoriser les déplacements de l'organe. Il est infiniment probable que c'est à cette circonstance que sont dus les cas de rétroversion que Martin (de Lyon) et Vermandois ont observés dans les premiers jours qui suivirent l'accouchement (Martin, 158).

Les indications que présentent ces vices de conformation du bassin par excès d'amplitude sont excessivement simples : faire coucher la femme pendant toute la durée du travail, lui recommander de ne pas aider les douleurs, de ne pas *pousser* jusqu'à l'entière dilatation du col. Lorsque le col n'est pas encore complètement dilaté, et, que, poussé par la tête, il vient faire saillie à la vulve, il faut chercher à le repousser pendant l'intervalle des douleurs, et le maintenir et s'opposer à sa sortie pendant la contraction.

Pour les indications à remplir pendant la grossesse, nous renvoyons aux pages où nous étudierons les signes rationnels des vices de conformation du bassin et les indications que présentent, pendant le travail, les déplacements de l'utérus.

## Bassin vicié par excès d'étroitesse.

Parmi les conditions nécessaires à l'accouchement spontané, il en est une dont personne ne peut contester l'importance : c'est qu'il existe une juste proportion entre les dimensions du canal et celles du corps qui doit le franchir. Toutes les fois que ce rapport convenable n'existe pas, que cela tienne à un rétrécissement du bassin ou à un volume anormal du fœtus, l'accouchement n'est plus possible ; et si cette disproportion est portée à l'extrême, l'homme de l'art n'a plus qu'à choisir entre deux ressources également fâcheuses : diminuer le volume de l'enfant, ou agrandir la voie qu'il doit traverser. Les rétrécissements du bassin sont donc l'accident le plus redoutable qui puisse se présenter dans la pratique de l'art, et leur importance légitime assez les détails dans lesquels nous allons entrer.

Les divers degrés de rétrécissement, les différences dans leur siège, les variétés de formes que revêt alors le bassin, sont tellement nombreux, qu'il faut nécessairement les réunir en faisceaux, en former des groupes, les attacher enfin à certains types principaux faciles à reconnaître, et dont cependant il ne faut pas trop multiplier le nombre, afin de faciliter la mémoire des élèves. Après avoir ainsi classé les diverses variétés de vices par étroitesse, il faudra étudier leurs principaux caractères, chercher à préciser leurs causes, leur mode de développement, les moyens de les reconnaître, et enfin les indications que chacun d'eux présente.

## ARTICLE PREMIER

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Sous le rapport de leur forme et de leur configuration extérieure, les bassins rétrécis peuvent être divisés en deux classes bien distinctes : ou bien, en effet, le bassin, quoique notablement rétréci dans toutes ses dimensions, est régulièrement conformé, et ne présente dans sa figure extérieure aucune irrégularité ; ou bien le rétrécissement porte seulement sur un seul ou plusieurs de ses diamètres, les autres présentant à peu près leur étendue normale, et cette altération partielle du bassin en change complètement la forme.

## § I. — Du bassin simplement étroit, sans courbure ni déformation des os (étroitesse absolue, Velpeau).

Avant les recherches de M. le professeur Nægele, dont les principaux travaux sur le bassin sont très-répandus en France, grâce à la traduction qu'en a publiée M. Danyau, il était à peine question, dans la plupart des livres classiques, de l'espèce de rétrécissement dont nous nous occupons. La plupart des auteurs français ou anglais se bornent à dire que rarement l'étroitesse se rencontre dans



toutes les parties du bassin en même temps, et que plus rarement encore, elle est portée au point de nécessiter l'intervention de l'art.

Il appartenait à Nægele de signaler l'importance que présente cette espèce de rétrécissement du bassin. Il possède dans sa collection quatre bassins généralement rétrécis, et dont les diamètres ont des dimensions inférieures de 2 centimètres et demi aux dimensions normales; ces bassins ont tous nécessité ou l'opération césarienne, ou la mutilation du fœtus.

Trois de ces bassins provenaient de femmes d'une taille ordinaire; le quatrième appartenait à une naine de trente et un ans, haute seulement de 1 mètre 16 centimètres, mais d'ailleurs bien conformée.

Tous, sous le rapport des dimensions respectives de leurs différents diamètres et de la forme de l'arcade pubienne, présentent les caractères d'un bassin de femme régulièrement conformé, mais dont les dimensions auraient été réduites. Quant à l'état même des os, c'est-à-dire à leur couleur, à leur force, leur texture, il n'y a aucune différence avec l'état sain. Sur l'une de ces pièces il y a même une tendance à une compacité plus grande du tissu osseux.

Ces bassins n'ont, du reste, rien de commun avec les bassins rachitiques; la consistance, la densité, l'épaisseur, le volume des os, la forme régulière de l'arcade pubienne, les distinguent suffisamment; et d'ailleurs les individus dont ils proviennent ne présentèrent, pendant leur vie, aucune trace de cette affection. L'examen des autres parties du squelette a également confirmé cette proposition, prouvée d'une manière plus décisive encore par l'étude des causes et du développement particulier de cette espèce de rétrécissement.

M. Nægele admet deux variétés distinctes dans l'espèce de bassin que nous étudions. Dans l'une, dit-il, le bassin, sous le rapport de l'épaisseur, de la force, de la texture, enfin de tous les caractères physiques des os, le volume excepté, ne diffère point du bassin normal. On l'observe chez les personnes de petite, de moyenne et de grande taille, d'ailleurs bien conformées et grêles. L'habitude extérieure ne laisse pas même soupçonner une semblable disposition du bassin, et ce n'est que par une exploration locale qu'on peut la reconnaître. Dans l'autre, le bassin est tout différent: sous le rapport du volume, de l'épaisseur, de la force, les os ont les caractères de l'enfance; et ces mêmes caractères se retrouvent presque aussi dans le mode d'union des os entre eux. On n'observe cette espèce que chez les individus très-petits, chez les nains. Les rapports des diamètres entre eux, la forme de l'arcade pubienne, sont d'ailleurs tels qu'on les observe chez la femme quand le système sexuel a reçu tout son développement. Ainsi, chez la femme que nous avons déjà citée, dont la taille n'offrait que 1 mètre 16 centimètres, le bassin avait les dimensions suivantes: du promontoire à la pointe du coccyx, 8 centimètres et demi; le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur avait 8 centimètres, le transverse 9 centimètres et demi; le diamètre antéro-postérieur de l'excavation avait 8 centimètres et demi, le transverse 8 centimètres; le diamètre transverse du détroit inférieur, 8 centimètres; la hauteur de la symphyse des pubis était de 2 centimètres un quart.

§ II. — Du bassin rétréci par courbure et déformation des os  
(étroitesse relative, Velpeau).

Lorsque le bassin est rétréci par courbure et déformation des os qui le constituent, tous les rétrécissements peuvent être rattachés, comme l'a fait M. Dubois, à trois types principaux:

- 1° L'aplatissement d'avant en arrière;
- 2° La compression d'un côté à l'autre;
- 3° L'enfoncement des parties antérieures et latérales.

L'aplatissement raccourcit les diamètres antéro-postérieurs; la compression latérale, les diamètres transverses; l'enfoncement des parois latérales et antérieures, les diamètres obliques. Chacune de ces espèces de rétrécissements peut affecter isolément le détroit supérieur, le détroit inférieur ou l'excavation; mais assez souvent les deux détroits sont en même temps rétrécis.

A. *L'aplatissement d'avant en arrière*, rétrécissant le diamètre antéro-postérieur, résulte du rapprochement plus ou moins marqué des parois antérieures et postérieures du bassin. Cette forme de vice de conformation offre plusieurs variétés relativement à l'étendue du rétrécissement, soit en hauteur, soit en largeur.

Le détroit supérieur peut être seul resserré, tandis que l'excavation a conservé sa capacité normale. Ce phénomène dépend de la courbure trop prononcée du sacrum, qui va parfois jusqu'à représenter, dans sa partie moyenne un angle obtus, et qui porte la base de l'os fortement en avant, de manière à augmenter beaucoup la saillie de l'angle sacro-vertébral.

Mais le contraire peut aussi avoir lieu, et le sacrum, au lieu de présenter une concavité antérieure, est tout à fait plan, quelquefois même est convexe en avant, de sorte que l'excavation est, en même temps que le détroit supérieur, rétrécie dans son diamètre antéro-postérieur. Il semble alors que le sacrum, ayant perdu sa courbure naturelle, a été en totalité poussé en avant.

Le rétrécissement du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur s'accompagne quelquefois d'un agrandissement du diamètre correspondant du détroit inférieur. C'est même là ce qui est le plus commun et ce qui arrive lorsque le sacrum, cédant sous le poids du corps qui lui est transmis par la colonne vertébrale, éprouve sur lui-même un mouvement de bascule, par suite

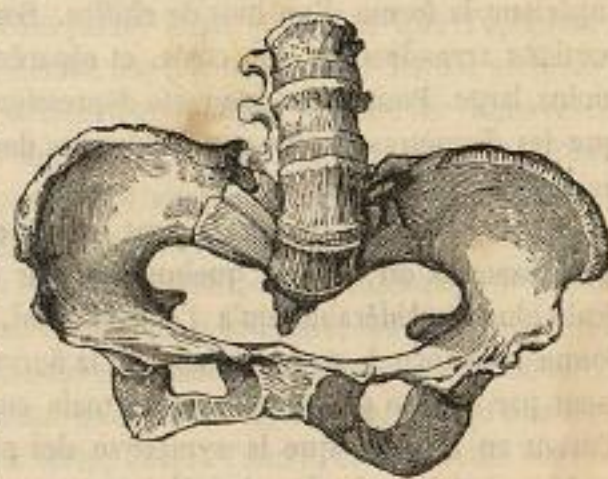


FIG. 93. — Bassin dont le rétrécissement du diamètre sacro-pubien est produit par la saillie trop prononcée de l'angle sacro-vertébral.



duquel sa base se porte en avant, en même temps que son extrémité coccygienne est fortement repoussée en arrière.

Enfin, les diamètres coccy-pubien et sacro-pubien peuvent être rétrécis en même temps, si le sacrum, au lieu d'éprouver le mouvement de bascule dont nous venons de parler, s'affaisse sur lui-même de manière que ses deux extrémités soient portées en avant : sa courbure antérieure est alors très-augmentée et agrandi, par conséquent, le diamètre correspondant de l'excavation.

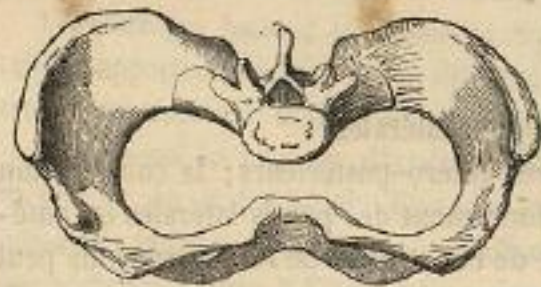


FIG. 94. — Forme du détroit supérieur dans un bassin en huit de chiffre.

Dans le rapprochement des parois antéro-postérieures, c'est presque toujours le sacrum qui est déplacé. Bien que rare, l'aplatissement de la paroi antérieure se rencontre pourtant quelquefois. La symphyse des pubis, au lieu d'offrir sa convexité en avant, est complètement plate, et même, comme dans un cas figuré par madame Boivin, constitue un enfoncement intérieur qui semble aller à la rencontre de la saillie sacrée. Ce double rapprochement des pubis et du sacrum donne au détroit supérieur la forme d'un huit de chiffre. Souvent son plan est partagé en deux portions arrondies sur les côtés, et séparées au milieu par un canal plus ou moins large. Pour peu que cette dépression soit considérable, il est évident que les diamètres antéro-postérieurs des deux détroits et de l'excavation participent au rétrécissement.

Mais la symphyse des pubis peut encore concourir d'une autre manière au rétrécissement du bassin ; quelquefois, par exemple, elle a une longueur verticale plus considérable qu'à l'état normal, et cette longueur extraordinaire donne naissance à ce qu'on appelle la *barrure*. Ce n'est pas toujours seulement par sa trop grande longueur, mais encore par sa direction trop oblique d'avant en arrière, que la symphyse des pubis peut raccourcir le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur.

L'arc antérieur du détroit abdominal présente quelquefois des reliefs amincis et tranchants qui peuvent couper les parois utérines comme le ferait une lame de couteau. M. le professeur Depaul, qui a appelé l'attention des accoucheurs sur ce vice particulier de conformation, l'a vu deux fois donner lieu à cette redoutable complication pendant le travail de l'accouchement. Généralement, c'est la crête du pubis qui, grâce à un développement exagéré, constitue la lame tranchante. D'autres fois, c'est l'éminence ilio-pectinée qui s'aplatit en prenant la forme d'une flamme de vétérinaire ; enfin, tout le corps du pubis peut être tellement aplati d'avant en arrière, qu'il peut être comparé, sans exagération, à un tranchant métallique. La rareté de ces saillies n'est pas extrême, puisque, sur quatre-vingts bassins de sa collection anatomique, M. Depaul en a trouvé quatre exemples. Cette disposition vicieuse particulière accompagne les autres lésions dues au rachitisme ; elle paraît résulter d'une sorte d'arrêt de développement en vertu duquel ces régions, au lieu d'offrir des reliefs plus ou moins arrondis, se présentent à l'état d'arêtes larges et comme acérées.

Enfin, le diamètre coccy-pubien peut, dit-on, être diminué par l'allongement ou la direction presque horizontale du coccyx, et surtout l'immobilité de l'articulation sacro-coccygienne. Cette dernière circonstance a surtout été invoquée pour expliquer, chez certaines femmes vieilles et primipares, la lenteur et les difficultés du travail ; mais, comme le fait remarquer A. Dubois, ce n'est point le plus souvent l'immobilité du coccyx qui s'oppose à la sortie de la tête chez les femmes âgées et qui accouchent pour la première fois, mais bien la rigidité des parties molles qui lui offrent une grande résistance.

B. La *compression des parties latérales*, qui rétrécit le diamètre transversal, est le plus rare de tous les vices de conformation, au moins en ce qui concerne le détroit supérieur et la partie supérieure de l'excavation ; pour le détroit inférieur, au contraire, le rapprochement des deux tubérosités de l'ischion, qui constitue ce genre de difformité, est au moins aussi fréquent que le rétrécissement du diamètre coccy-pubien : la déformation, dans ce cas, résulte du rapprochement des tubérosités sciatiques et de celui des branches de l'arcade pubienne ; celle-ci prend alors la forme propre au sexe masculin. Les dimensions transversales de la partie inférieure de l'excavation peuvent être notablement diminuées par la saillie que forment, dans certains cas, les épines sciatiques, qui sont alors fortement déjetées en dedans.

Ce rétrécissement transversal est rarement aussi prononcé que l'aplatissement d'avant en arrière, surtout au détroit supérieur, où il se borne, en général, à diminuer de 1 centimètre à 2 décimètres et demi le diamètre transverse, en allongeant d'autant le diamètre antéro-postérieur. Les os coxaux offrent alors moins de courbure, le sacrum est porté en arrière, et les pubis sont plus prolongés en avant. La forme du détroit supérieur est plus ou moins altérée, suivant le degré de la compression : quand elle est peu considérable, le cercle du détroit supérieur est tout à fait rond ; il représente, au contraire, un ovoïde dont la grosse extrémité est postérieure, lorsqu'elle est plus prononcée.

Une autre espèce de rétrécissement transversal dépend de ce qu'une des moitiés du bassin est en tout moins développée que l'autre, et décrit une courbe moins prononcée. L'articulation du rachis avec le sacrum ne correspond plus, dans ce cas, au milieu du bassin, et la colonne vertébrale est plus rapprochée de la hanche du côté rétréci. Le diamètre transversal du détroit inférieur se trouve diminué aussi en raison de l'obliquité de la partie rentrante de l'os coxal.

L'espèce d'antagonisme que nous avons observé entre les diamètres antéro-postérieurs du détroit supérieur et du détroit inférieur, et par suite duquel l'allongement de l'un coïncide assez souvent avec le raccourcissement de l'autre, existe rarement pour les diamètres transverses. Il n'est guère même qu'une circonstance dans laquelle le diamètre transverse du détroit inférieur augmente, en même temps que le diamètre bisiliaque diminue ; c'est dans le cas où le déplacement congénital des fémurs a produit la difformité. (Voy. article *Causes*.)

L'élargissement de la partie inférieure du bassin, dans ce cas, est marqué



par la largeur considérable de l'arcade pubienne, la grande obliquité des branches ischio-pubiennes, l'écartement des tubérosités ischiatiques, etc., etc.

C. L'enfoncement des parois antéro-latérales, qui rétrécit les diamètres obliques, est beaucoup plus fréquent que le précédent, mais plus rare que l'aplatissement des parois antéro-postérieures; il peut exister d'un seul côté



Fig. 95. — Bassin sur lequel l'enfoncement des parois antéro-latérales existe des deux côtés.

ou des deux à la fois. Cette déformation consiste essentiellement dans l'aplatissement ou même la saillie interne de l'os coxal, à la jonction des trois pièces qui le constituent dans le lieu qui correspond à la cavité cotyloïde. L'os rentrant plus ou moins en dedans sur ce point, il en résulte, à un léger degré, le redressement de la courbe que la circonférence du bassin y décrit; à un degré plus considérable, cette courbe se ren-

verse, et sa convexité se tourne du côté du sacrum, en même temps que le pubis s'éloigne de la direction transversale, et se porte presque directement d'arrière en avant. La difformité tient donc à ce que l'os coxal a pris la forme d'une S, au lieu de présenter un cintre régulier.

Lorsque la flexion s'opère des deux côtés également, le bassin conserve encore une sorte de symétrie, et le détroit supérieur offre trois lobes en forme de trèfle: l'un antérieur, qui répond à l'angle le plus aigu du pubis; les deux autres postérieurs et latéraux, formés par la jonction des os iliaques avec le sacrum.

Mais il arrive bien plus souvent que la déformation de l'os coxal est plus marquée d'un côté que de l'autre, et la forme du bassin est alors d'autant plus irrégulière que la déformation des os de la hanche est plus prononcée.

Lorsque cette double déformation des os coxaux est portée à un haut degré, et qu'elle siège surtout sur la partie antérieure du bassin, elle vicie en même temps, et les diamètres obliques, et le diamètre antéro-postérieur. Les branches horizontales sont en effet rapprochées parallèlement, et séparées seulement par un léger écartement, dans l'étendue d'environ 4 à 5 centimètres. Le reste du bassin est alors assez régulier; mais, bien que la symphyse des pubis soit à la distance normale de l'angle sacro-vertébral, il n'en est pas moins vrai que le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur se trouve raccourci de toute sa partie antérieure comprise dans l'espèce de fente que laissent entre elles les deux parois antéro-latérales rapprochées; car cette portion ne peut servir en rien au passage de la tête fœtale.

Enfin, nous ferons remarquer, avec M. P. Dubois, que, comme l'arc antérieur du bassin, dans le point qui correspond à la dépression des parties laté-

rales, à très-peu de hauteur, et comme la surface comprimée par la tête du fémur en occupe la plus grande partie, il est presque impossible qu'il ne soit pas affaissé dans toute son étendue; aussi ce raccourcissement s'applique à tous les diamètres à la fois, à ceux du détroit abdominal, de l'excavation et du détroit périnéal. Toutefois le rétrécissement est, en général, moins marqué au détroit inférieur, parce que la partie inférieure de l'ischion ne se porte pas autant en arrière que la région cotyloïdienne.

C'est au rétrécissement d'un des diamètres obliques que se rapporte évidemment la variété du bassin décrite dans ces derniers temps par le célèbre professeur de Heidelberg, Nægele, sous le nom de *rétrécissement oblique ovalaire*, que nous décrirons plus loin. (Voy. Causes.)

Jusqu'à présent nous avons considéré isolément chacun des modes de déformation qui peuvent altérer les divers diamètres du bassin, et nous avons fait ainsi, parce qu'il en est quelques-uns qui peuvent, en effet, exister isolément et n'altérer que les diamètres qui lui correspondent. Mais, outre que les différents points de l'enceinte pelvienne peuvent être déformés simultanément et rétrécir le bassin dans plusieurs directions, telles sont encore la forme et l'étendue du bassin qu'il est difficile que l'aplatissement, la compression latérale ou l'affaissement des parties antéro-latérales aient lieu, même séparément, sans que le bassin se trouve par cela même rétréci dans le sens de plusieurs de ses diamètres. Ainsi, qu'un des diamètres obliques soit vicié par la dépression du fond de la cavité cotyloïde, il est évident que, pour peu que cette dépression soit considérable, le corps de l'ischion ne pourra être porté en dedans et en arrière, sans entraîner en même temps avec lui une portion plus ou moins considérable de l'arc antérieur du bassin et du cintre qui constitue la moitié latérale, et par conséquent sans rétrécir plus ou moins quelques-uns des diamètres antéro-postérieurs et des diamètres transverses. Lorsque l'angle sacro-vertébral, poussé fortement en avant, diminue l'étendue du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, nous avons supposé qu'il suivait, dans ce mouvement de progression, la ligne sacro-pubienne; mais il est facile de prévoir que le plus souvent il ne doit pas en être ainsi, car l'obliquité si fréquente des forces qui lui sont transmises par la colonne vertébrale doit le forcer à se diriger à droite ou à gauche en même temps qu'en avant; de sorte qu'alors le rétrécissement du diamètre sacro-pubien entraîne celui de l'intervalle sacro-cotyloïdien et rétrécit en conséquence toute la moitié correspondante du bassin.

Enfin, les trois types principaux peuvent se combiner et se trouver réunis sur un même bassin, de manière que celui-ci se trouve vicié très-irrégulièrement dans tous ses diamètres. C'est ce qui arrive particulièrement dans les vices de conformation produits par l'ostéomalacie, mais qui se rencontre quelquefois, et même à un haut degré, dans les cas dus au rachitisme, comme le prouvent très-bien les faits observés par Nægele.

On conçoit dès lors combien doivent varier les formes diverses que peuvent présenter les bassins viciés. Madame Lachapelle, qui a cherché à exprimer ces variétés par les dénominations de *détroits réniformes*, *triangulaires*, *bilobés*,



*arrondis, ovalaires et cordiformes, trapézoïdes, pyramidaux et trilobés, a multiplié beaucoup les espèces sans utilité pratique, et encore convient-elle qu'il est, pour chacun de ses ordres, de nombreuses variétés dont elle n'a pu tenir compte.*

*Degré du rétrécissement.* — 9 centimètres et demi à 10 centimètres et 4 à 6 millimètres, tels sont les deux extrêmes, et entre ces deux extrêmes le bassin peut offrir tous les degrés intermédiaires de rétrécissement. Les causes qui ont produit la déformation du pelvis influent singulièrement sur le degré d'étroitesse, et, sous ce rapport, elles peuvent être à peu près rangées dans l'ordre suivant : l'ostéomalacie, le rachitisme, les luxations congénitales du fémur, les déformations de la colonne vertébrale, etc.; nous aurons, du reste, occasion de revenir sur la manière d'agir de chacune d'elles.

*Des variations dans la hauteur verticale du bassin.* — Rarement les vices de conformation dont nous venons de parler existent sans qu'ils modifient plus ou moins la hauteur du bassin. M. Bouvier, dans le travail qu'il a présenté à l'Institut, a particulièrement insisté sur cette circonstance.

La hauteur du bassin peut être augmentée ou diminuée par l'inclinaison variable des ailes iliaques ou des branches de l'arcade pubienne, ainsi que par les variations de hauteur du sacrum.

Ce dernier os est quelquefois très-court, et ce raccourcissement peut tenir à un excès de courbure qui en rapproche les deux extrémités, ou bien à un arrêt de développement.

Assez souvent les fosses iliaques sont redressées comme si elles avaient été fortement poussées de dehors en dedans, donnant au bassin de la femme l'aspect d'un bassin d'homme. Ce redressement peut encore être augmenté par des pressions extérieures et latérales de manière à les rendre tout à fait verticales et à augmenter dès lors beaucoup la hauteur normale du bassin.

Le contraire peut avoir lieu, et les crêtes iliaques, abaissées, fortement déjetées en dehors, élargissent la marge du bassin, mais en diminuant évidemment la hauteur. Il est difficile de méconnaître dans ces cas l'influence du poids des viscères, lorsqu'il ne s'agit pas d'une déformation congénitale. (Bouvier, *op. cit.*)

Enfin, l'élargissement de l'arcade pubienne en diminue évidemment la hauteur, et celle-ci est augmentée ainsi que la hauteur totale du bassin, quand les branches ischio-pubiennes sont rapprochées.

## ARTICLE II

### DES CAUSES ET DU MODE DE PRODUCTION DES DIFFORMITÉS DU BASSIN

Pendant longtemps les vices de conformation du bassin, ainsi que la plupart des difformités du squelette, avaient été attribués à l'influence d'une cause unique, le rachitisme. Grâce aux belles recherches des chirurgiens modernes, il est

possible aujourd'hui de faire la part du rachitisme, et d'apprécier l'influence que d'autres maladies générales ou locales peuvent avoir sur la bonne ou mauvaise conformation du bassin. J'aurai encore ici de nombreux emprunts à faire aux beaux travaux de Nægele, Bouvier, Guérin, Sédillot, etc.

L'examen des faits prouve évidemment que le bassin se déforme dans des circonstances où il n'y a pas eu de rachitisme proprement dit, et où des causes purement mécaniques ont altéré la configuration de ses parties constituantes, à une époque où leur force de résistance était peu considérable, non par suite d'un ramollissement pathologique, mais uniquement en raison de l'âge peu avancé des sujets ou de la faiblesse de leur constitution.

Sous le rapport des causes qui peuvent déformer le bassin, nous rattacherons tous les bassins viciés à cinq types principaux :

1. Vices de conformation par étroitesse absolue.
2. Vices de conformation par rachitisme.
3. Vices de conformation par ostéomalacie.
4. Bassin oblique-ovalaire.
5. Vices de conformation consécutifs à la déformation préalable d'une autre partie du squelette.

#### § I. — Bassin vicié par étroitesse absolue.

Pour compléter ce que nous aurons à dire sur les causes des vices de conformation du bassin, nous devons résumer les diverses opinions qui ont été émises sur l'origine des bassins viciés par étroitesse absolue.

Selon la plupart des auteurs, l'étroitesse absolue du bassin résulte d'un arrêt de développement, par suite duquel le bassin conserve, après la puberté, la plupart des caractères qu'il avait dans l'enfance, et se rapproche plus ou moins par sa forme de celui de l'homme. Mais, comme le fait remarquer Nægele, il faudrait, pour qu'il en fût ainsi, que le rapport des diamètres entre eux et la disposition de l'arcade pubienne fussent tels qu'on les observe chez l'enfant ou chez l'homme. Mais c'est tout le contraire que présentent tous les bassins de cette espèce connus.

Ils n'offrent rien de commun non plus avec le bassin des rachitiques : et d'ailleurs le reste du squelette n'a aucun des caractères qui appartiennent à cette maladie.

Le plus sage est certainement de dire, avec l'illustre professeur de Heidelberg, que nous n'avons aucune notion exacte sur les causes qui donnent lieu à l'étroitesse générale du bassin ; que ces bassins semblent devoir être considérés comme un jeu de la nature, tout aussi bien que les bassins trop grands, et de même que le défaut de proportion de la tête, qu'il n'est pas rare de voir trop grande ou trop petite relativement au reste du corps.