

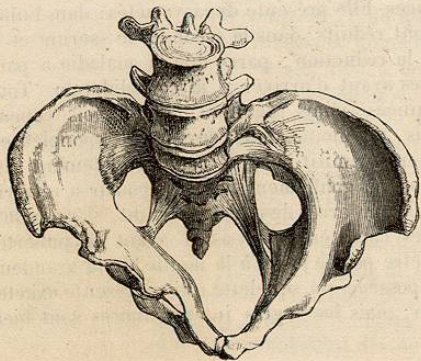
La réduction rachitique simple du bassin peut être portée beaucoup plus loin que dans les bassins simplement trop étroits, auxquels ils ressembleraient, sans les empreintes rachitiques des os et de l'ensemble de la constitution : ce sont des bassins de naines rachitiques dont les os ont conservé leur rectitude. On peut rapprocher de cette espèce, à titre de variété, les bassins rachitiques dont l'un des coxaux et les deux n'ont subi, malgré un arrêt de développement très notable, que des déformations peu prononcées, de sorte qu'ils ressemblent pour la forme beaucoup plus à des bassins réguliers d'enfant qu'à tout autre type de déformation. Les bassins rachitiques trop étroits, mais réguliers ou à peu près, donnent lieu aux mêmes considérations pratiques que les bassins simplement trop étroits sans maladie préalable ; c'est aussi le détroit inférieur qui devient le premier relativement trop petit.

2. *Bassin rachitique vicié par arrêt de développement et par déformation.* C'est là le cas le plus commun : la réduction en grandeur à des degrés différents est presque constante, et il faut presque toujours en tenir compte ; quelquefois, cependant, elle est très peu marquée, comparativement à la déformation qui imprime alors des caractères particuliers au bassin. La déformation s'opérant en suivant un ordre jusqu'à un certain point régulier, il en résulte un certain nombre de formes assez tranchées, auxquelles se rattachent un grand nombre de variétés. Nous allons d'abord nous occuper des cas où le bassin est aplati dans le sens transversal et oblique, comme s'il avait été comprimé d'un côté à l'autre.

1° *Rétrécissement transversal ou oblique du détroit supérieur,*

*avec évasement dans le même sens du détroit inférieur.* Les coxaux pressés entre le sacrum et les têtes des fémurs sont refoulés dans le sens d'une ligne qui s'étend des cavités cotyloïdes vers l'angle sacro-vertébral. Mais leur redressement ne se fait pas sur tous les points de leur étendue d'une manière régulière : ce sont les points

FIG. 13.



les plus faibles qui cèdent d'abord, ceux où l'ossification est tardive, c'est-à-dire à l'union de leurs diverses pièces. Le plus souvent, c'est au niveau de la cavité cotyloïde, suivant une ligne qui s'étend de la partie antérieure de la grande échancrure sciatique à la fin de la crête iliaque ; il se fait dans ce point un redressement de l'os qui tend à porter vers l'angle sacro-vertébral la portion du coxal qui correspond à la cavité cotyloïde ; en même temps l'extrémité pubienne de la ligne innommée est sensiblement élevée. Ce double changement survenu dans les coxaux détermine un mouvement de bascule qui rejette en dehors les ischions, et rend l'arcade des pubis plus évasée, mouvement favorisé, et peut-être même, dans quelques cas, produit par l'action des muscles qui s'insèrent à la tubérosité de l'ischion, aux branches de l'arcade des pubis. Il résulte de là que le détroit supérieur prend une forme triangulaire en perdant sa forme curviligne. Son inclinaison diminue, et les pubis forment en avant une saillie plus prononcée ; les diamètres obliques et transverse du détroit supérieur ont plus ou moins perdu de leur étendue, tandis que le sacro-pubien a gagné. L'excavation s'est rétrécie dans le même sens. Le détroit inférieur présente une disposition inverse ; l'écartement des ischions l'a agrandi transversalement. Il n'est pas rare de trouver ce détroit aussi grand, et même plus grand qu'à l'état normal, malgré la réduction générale qui résulte de l'arrêt de développement. La dernière pièce du sacrum et le coccyx sont plus ou moins entraînés avant, et le diamètre coccy-pubien est rétréci. Ce type de déformation rachitique est assez commun ; c'est en quelque sorte le premier qui se manifeste, et il reste dominant, tant que le sacrum ne participe pas à la déformation.

La pratique a permis à presque tous les accoucheurs de constater les conséquences de ce genre de viciation, savoir, la difficulté ou l'impossibilité que le passage de la tête du fœtus rencontre si souvent au détroit supérieur seulement. Dans ces bassins, le rétrécissement, ayant lieu transversalement suivant les diamètres les plus longs, peut être porté assez loin avant de mettre obstacle à l'accouchement spontané.

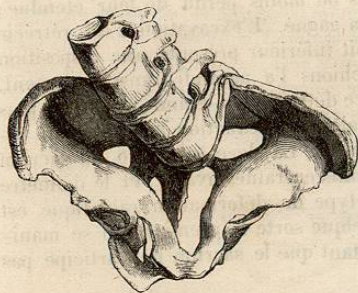
L'on voit, en outre, que la section de la symphyse aura pour résultat de rendre au détroit supérieur un agrandissement considérable dans le sens des diamètres rétrécis.

Cet aplatissement transversal est loin d'être toujours parfaitement régulier et symétrique ; le redressement des os iliaques peut être fort inégal et même n'être très manifeste que sur l'un des os. Dans ce cas, les pubis sont inégalement saillants et dé-

jetés vers le côté le moins déformé, de manière que la symphyse pubienne ne correspond plus exactement à la ligne médiane [fig. 13]. Mais, malgré ces particularités, on retrouve encore les caractères généraux du type de la déformation que nous venons de décrire.

2° *Rétrécissement transversal du détroit supérieur et du détroit inférieur.* A une phase plus avancée de la maladie, les coxaux subissent de nouvelles déformations qui altèrent encore davantage la forme du bassin : les branches horizontales du pubis se courbent au niveau de la gouttière obturatrice, de manière que la portion pubienne tend à se porter en avant, et quelquefois même presque directement, au point de former un angle aigu derrière la symphyse des pubis. Les branches ascendantes de l'ischion subissent une inflexion semblable vers le milieu de leur longueur. Cette disposition tend à rapprocher les deux ischions l'un de l'autre, rétrécit l'arcade des pubis, et déforme le détroit supérieur, l'excavation et le détroit inférieur dans le sens transversal. Il existe, au musée Du-

FIG. 14.



puytren, un bel exemple de cette déformation [fig. 14] :

les branches horizontales des pubis sont parallèles dans l'étendue de 58 millimètres (2 pouces 2 lignes), et forment derrière la symphyse des pubis une gouttière profonde et étroite. Le diamètre sacro-pubien agrandi a 121 millimètres (5 pouces 6 lignes), l'oblique 94 millimètres (3 pouces 6 lignes), le

transverse 99 millimètres (3 pouces 8 lignes). Au détroit inférieur, le diamètre antéro-postérieur a 94 millimètres (3 po. 6 l.), le bis-ischiatique 67 millimètres (2 po. 6 l.).

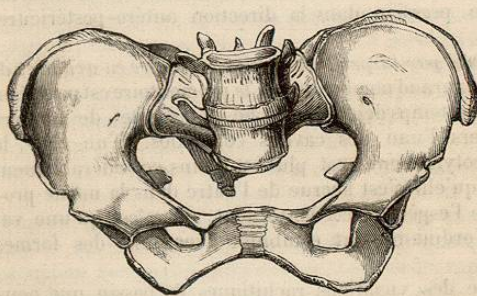
C'est encore la forme triangulaire avec l'angle qui correspond au pubis très étroit. Il existe un troisième point où les iliaques se ploient ; c'est presque immédiatement au-devant de leur articulation avec le sacrum, suivant une ligne qui s'étend de la partie la plus élevée de la grande échancrure sciatique au tiers postérieur de la crête iliaque. Cette déformation est presque toujours associée aux précédentes, et tend à donner au bassin une forme triangulaire plus tranchée. Ces déformations sont souvent plus prononcées d'un côté que de l'autre, sans que cela change d'une manière essentielle le résultat. En parlant des déformations des

coxaux, nous avons omis celles de la portion iliaque, parce qu'elles n'entrent pour rien dans le rétrécissement des passages : disons cependant que les fosses iliaques sont tantôt redressées également ou inégalement, tantôt planes et presque horizontales : quelquefois elles sont très irrégulièrement contournées ; cette connaissance peut être utile pour se faire une idée de la déformation de la cavité abdominale chez les sujets rachitiques, et pour apprécier la forme du bassin à l'extérieur.

3. *Rétrécissement antéro-postérieur combiné à des degrés différents avec le rétrécissement oblique peu ou très prononcé.* Jusqu'à présent nous avons considéré le sacrum comme étranger aux déformations rachitiques du bassin. C'est qu'en effet, dans un grand nombre de cas, il y reste étranger, et n'y prend part que lorsque l'affection a envahi la colonne vertébrale, c'est-à-dire lorsqu'elle a parcouru toutes ses phases sans s'arrêter.

1° *Bassin rétréci par la projection de l'angle sacro-vertébral*

FIG. 15.



*directement en avant.* Le sacrum ramolli, pressé entre les coxaux et la colonne rachidienne, s'écrase, se courbe davantage ; sa base s'incline en avant et assez souvent, en même temps, à droite ou à gau-

che, et son sommet se porte en arrière autant que le permettent les ligaments sacro-sciatiques. Mais comme cette projection en arrière est toujours assez bornée, le sacrum se ploie quelquefois au niveau de l'union de ces deux dernières pièces, ou de l'avant-dernière, de manière à présenter une excavation plus ou moins profonde vers sa partie inférieure, ou même un coude à angle droit. A ces influences passives peut s'ajouter l'action active des muscles psoas et iliaques, qui tend à produire des résultats à peu près semblables. Il est facile de prévoir les formes que peuvent donner ces divers états du sacrum. L'angle sacro-vertébral projeté en avant rétrécit plus ou moins le diamètre sacro-pubien et les distances sacro-cotyloïdiennes. Le diamètre correspondant du détroit inférieur est souvent agrandi. Il est des cas, cependant, où la partie infé-

rière du sacrum est même restée plus fortement recourbée en avant; alors le détroit supérieur et le détroit inférieur sont rétrécis dans la même direction. Nous avons déjà mentionné, pour les cas où la déformation porte principalement sur les coxaux, des altérations sensibles dans la direction de l'axe du bassin, mais ici elles prennent une étendue plus considérable. Il arrive quelquefois, lorsque la déformation est portée très loin, que le corps de la cinquième ou même de la quatrième vertèbre lombaire a pris la place du promontoire. La projection en avant de la base du sacrum et de la dernière lombaire coïncide ordinairement avec l'une des formes de viciation résultant de la déformation et de l'arrêt de développement des coxaux, de manière à présenter tous les caractères, toutes les formes de la viciation rachitique; mais la saillie du promontoire en avant paraît le fait dominant, et l'est réellement sous le point de vue de l'accouchement. Les expressions de bassin *trilobé*, *cordiforme*, pour indiquer la forme de ces bassins, employées par les auteurs, sont souvent fort justes. On l'a appelé *reniforme* dans les cas où il semble avoir été déformé par une double pression dans la direction antéro-postérieure. [Fig. 15.]

2° *Bassin rétréci par la projection du promontoire en avant et de côté.* Dans un assez grand nombre de cas, le promontoire est poussé en avant et en même temps déjeté à gauche ou à droite, de manière à être dirigé vers l'une des cavités cotyloïdes. D'un côté, la distance sacro-cotyloïdienne est plus ou moins considérablement réduite, tandis qu'elle s'est accrue de l'autre dans la même proportion. Comme l'espèce précédente dont elle n'est qu'une variété, elle est ordinairement combinée avec l'une des formes précédentes.

Dans le type des viciations rachitiques du bassin que nous venons d'étudier, où le rétrécissement antéro-postérieur de l'entrée du bassin prédomine, les conséquences, sous le rapport de l'accouchement, sont généralement plus graves que dans le type opposé; car, de tous les diamètres du détroit supérieur, le sacropubien est celui qui peut le moins, sans inconvénient, perdre en étendue. Le rétrécissement du bassin dans cette direction, même à un faible degré, gêne plus ou moins l'expulsion du fœtus, et par cela même, il échappe rarement à l'observation. C'est pour cela qu'il paraît plus fréquent que le transversal et l'oblique, quoique dans la réalité il le soit moins. D'un autre côté, on voit clairement que les avantages de la section de la symphyse restent fort limités.

Dans les formes de viciations rachitiques du bassin qui vien-

nent d'être établies, nous avons vu la déformation se faire dans la direction des causes productrices. Les coxaux, le sacrum, sous la pression du bassin, entre le tronc et les fémurs, se redressent, se ploient là où ils sont plus faibles, et où ils ont été le plus tardivement envahis par l'ossification.

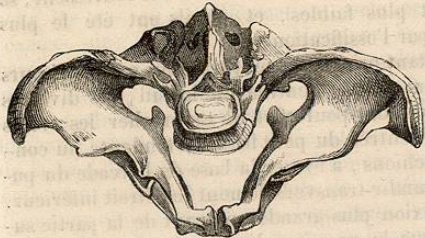
Le poids du tronc étant principalement transmis sur les fémurs par le cercle osseux qui forme l'entrée du bassin, les diverses inflexions de coxaux qui ont pour effet de rapprocher les crêtes iliaques, de resserrer l'entrée du petit bassin, tendent, au contraire, à écarter les ischions, à évaser la base de l'arcade du pubis, de manière à agrandir transversalement le détroit inférieur. L'affaissement, la flexion plus grande en avant de la partie supérieure du sacrum sous la pression directe du tronc, tendent également à faire basculer son sommet en arrière; de sorte que le rétrécissement du détroit supérieur, par déformation rachitique, tout en altérant d'une manière très prononcée la forme du détroit inférieur, donne souvent plus d'étendue à ses diamètres. On peut même les trouver aussi grands que dans un bassin normal, ou pas très sensiblement plus petits, lorsque la réduction en longueur, en épaisseur des coxaux a été portée assez loin. Il serait difficile de trouver un bassin véritablement rachitique, dont la réduction de ses principaux diamètres dépendrait principalement de la déformation des os, conserver au détroit supérieur et dans l'excavation assez de capacité pour livrer passage au fœtus à terme, tandis que le détroit inférieur serait relativement trop petit.

4. A la suite des considérations qui précèdent, il importe beaucoup de rappeler qu'en parlant de quelques unes des formes des bassins rachitiques, nous avons déjà cité quelques cas qui font exception aux règles précédentes, comme le rapprochement des ischions et des branches de l'arcade des pubis coïncidant avec le refoulement des cavités cotyloïdes, et le resserrement des diamètres obliques et transverses du détroit supérieur; la projection en avant de la base du sacrum, avec une flexion très prononcée du sommet dans le même sens, de manière à rétrécir à la fois le diamètre antéro-postérieur, et au détroit supérieur et au détroit inférieur, tandis que l'excavation conserve dans le même sens une grande étendue.

S'il est avantageux de suivre, comme nous l'avons fait, les déformations rachitiques du bassin dans les formes qu'elles prennent sous l'influence des causes productrices, il ne l'est pas moins, dans l'intérêt de la vérité et de la pratique, de signaler les exceptions, et de montrer les cas qui sont en contradiction avec ces lois de déformation; c'est ce qui arrive surtout lorsque les viciations

de bassin sont portées à un très haut degré. Nous citerons avec

FIG. 16.



quelques détails un cas rapporté par M. Naegelé, parce qu'il nous montre, en outre, le rétrécissement le plus considérable qu'on ait observé sur un bassin rachitique. Les os de ce bassin, ainsi que les trois vertèbres lombaires

qui y sont attachées, sont peu développés et de cette structure mince, grêle, délicate, qui est propre aux sujets rachitiques.

De l'épine iliaque antérieure et inférieure à la partie postérieure de la ligne innommée des deux côtés, 54 millimètres (2 po.); de la tubérosité sciatique à la partie la plus élevée de la crête iliaque, à droite, 162 millimètres (6 po.); à gauche, 150 millimètres (5 pouces 7 lignes), la dimension normale est de 200 millimètres (7 pouces 5 lignes). De la tubérosité sciatique au point de la ligne iléo-pectinée qui correspond à l'union du corps avec l'os des îles, à droite 81 millimètres (3 pouces), à gauche 79 millimètres (2 pouces 4 1/2 lignes). La tubérosité sciatique gauche est plus élevée que la droite; à gauche, la branche de l'ischion est plus recourbée qu'à droite. La hauteur de la symphyse des pubis est de 40 millimètres (1 1/2 po.). Le sacrum et les vertèbres lombaires sont si déprimés, que le bord supérieur de la symphyse pubienne correspond à la partie moyenne du corps de la quatrième vertèbre lombaire. La courbure du sacrum commence à sa troisième pièce; elle est si considérable, que la distance entre le point d'union de la première et de la seconde vertèbre lombaire est de 33 millimètres (1 1/2 po.) seulement. D'une épine iliaque antéro-supérieure à l'autre 231 millimètres (8 po. 7 l.).

Détroit supérieur : du corps du pubis droit au bord antérieur de la surface articulaire inférieure de la quatrième vertèbre lombaire, deux points qui se trouvent sur la même ligne horizontale 44 millimètres (5 lignes), même distance de l'autre côté 44 millimètres (6 lignes 1/2). Du bord supérieur de la symphyse pubienne au corps de l'avant-dernière vertèbre lombaire (ces deux points se trouvent sur le même niveau), 29 millimètres (1 pouce 1 ligne). Distance des branches horizontales des pubis, prise à peu près au niveau du point d'union avec le corps, 42 mil-

limètres (1 pouce 7 lignes). Détroit inférieur : d'une tubérosité sciatique à l'autre, 39 millimètres (1 pouce 5 lignes 1/2); écartement le plus considérable des branches ascendantes des deux ischions, pris du point où elles se recourbent un peu en dehors, 29 millimètres (1 pouce 1 ligne). La personne à qui avait appartenu ce bassin était une femme de trente ans, haute de 1 mètre 38 centimètres (4 pieds 3 pouces); elle avait, à un degré très prononcé, depuis son enfance, tous les caractères propres aux sujets rachitiques. Elle devint enceinte très peu de temps après son mariage. Sa grossesse suivit un cours régulier jusqu'à la fin du huitième mois, époque à laquelle le travail de l'accouchement se déclara. Les eaux s'écoulèrent précipitamment; un peu plus tard le cordon ombilical s'échappa par la vulve. La saillie que faisait dans l'excavation la base du sacrum et les deux dernières vertèbres lombaires furent prises, pendant quelques instants, par deux accoucheurs expérimentés pour la tête du fœtus. Les dépressions au niveau des fibro-cartilages inter-vertébraux leur paraissaient être des sutures; mais le retard de l'accouchement et un examen plus complet leur firent connaître la vérité. L'opération césarienne fut pratiquée. Le placenta était détaché, et l'enfant paraissait avoir cessé de vivre assez longtemps avant l'opération. La malade mourut vingt-six heures après.

La douzième planche de l'Atlas de M. Moreau représente un bassin qui porte l'empreinte rachitique et dont la déformation s'éloigne beaucoup des formes ordinaires : les deux tubérosités de l'ischion et les branches de l'arcade des pubis sont fortement rapprochées; le promontoire et la courbure du sacrum sont moins prononcés qu'à l'état normal. L'entrée du bassin et l'excavation jusque vers sa partie inférieure sont régulières et amples; seulement elles représentent un ovale fort régulier et assez allongé dont la grosse extrémité est dirigée en arrière, et la petite en avant correspond aux pubis.

Détroit supérieur : diamètre sacro-pubien 121 millimètres (4 pouces 1/2); diamètre transversal, 108 millimètres (4 pouces); diamètres obliques, 114 millimètres (4 pouces 3 lignes).

Détroit inférieur : diamètre coccy-pubien, 94 millimètres (3 pouces 6 lignes); diamètre bis-sciatique, 45 millimètres (1 pouce 8 lignes); diamètre oblique droit 94 millimètres (3 pouces 6 lignes), gauche 81 millimètres (3 pouces); d'une épine sciatique à l'autre 49 millimètres (1 pouce 10 lignes); celle du côté gauche est plus rapprochée du sommet du sacrum que l'autre; l'arcade des pubis, mesurée au niveau du bord postérieur des trous sous-pubiens, 30 millimètres (1 pouce 4 lignes).

On trouve quelques bassins d'apparence rachitique sur lesquels le sacrum, au lieu d'être courbé, est droit et rétrécit l'excavation et le détroit inférieur. Le sacrum peut même présenter une convexité antérieure; le musée Dupuytren en fournit un exemple.

On a figuré des bassins sur lesquels le corps des pubis est refoulé vers l'angle sacro-vertébral, de manière à former un sinus ouvert en avant, et le détroit supérieur représente un 8 de chiffre placé en travers; mais il est vraisemblable que ces figures sont idéales. Il est bien entendu qu'il n'est pas ici question de ces bassins qui représentent plus ou moins le 8 de chiffre, par la projection de l'angle sacro-vertébral en avant, et par un médiocre refoulement du corps des pubis, avec l'évasement de l'arcade; ces bassins réniformes ne doivent pas être considérés comme une déviation sensible des déformations rachitiques ordinaires.

5. Ce n'est pas précisément sur la forme des viciations du bassin qu'on doit se fonder pour en constater la nature rachitique, mais sur les antécédents et sur l'ensemble de la constitution, qui conduisent à distinguer les déformations rachitiques de celles qui dépendent de toute autre cause. Il n'entre pas dans notre sujet de rechercher la cause du rachitisme: cette recherche ne nous conduirait d'ailleurs qu'à des hypothèses. Le véritable rachitisme est une maladie de l'enfance, débutant principalement vers l'âge de dix-huit mois à deux ans. D'après M. Guérin, toutes les espèces de ramollissements chez les adultes, toutes les difformités de la taille qui surviennent chez les jeunes filles, vers l'âge de la puberté, ne sont pas causées par le rachitisme et n'impliquent pas une viciation du bassin. Il faut donc se déshabituer de voir toujours, dans les déviations latérales, les incurvations de l'épine, des signes de rachitisme.

Sur soixante-neuf cas de déformation de l'épine dont M. Bouvier a donné la description, cinquante-sept offrent le bassin à l'état normal, et sont presque tous exempts d'altération des membres; douze sont accompagnés d'une déformation de cette cavité, et offrent des membres incurvés. Pour les distinguer de celles qui dépendent du rachitisme, il suffira de bien établir l'invasion et la marche de la maladie. D'après les observateurs cités, et en particulier d'après M. Guérin, le rachitisme de la colonne vertébrale est précédé des symptômes généraux du rachitisme, et en particulier des déformations des membres inférieurs. En conséquence, toutes les difformités de l'épine manquant de cet accompagnement, du moins dans l'immense majorité des cas, ne sont point de nature rachitique. Mais les affections à la suite desquelles divers points du système osseux peuvent se déformer, co-

existent quelquefois avec le rachitisme. La simultanéité de ces affections que M. Guérin a rencontrées plusieurs fois n'implique pas l'identité de nature, et les caractères particuliers de chaque maladie peuvent être reconnus.

VI. *Bassin vicié par l'ostéomalaxie.* Le rachitisme, comme nous venons de le voir, n'est pas la seule maladie qui ait pour effet la déformation du squelette. Outre le rachis, le bassin en particulier est assez souvent le siège de déformations qui ne reconnaissent pas cette cause. L'état morbide des os qu'on a désigné par le nom d'ostéomalaxie paraît appartenir à des maladies fort différentes, mais qui ont pour résultat commun le ramollissement et la dégénérescence du tissu osseux: telles sont le cancer, la syphilis, le scorbut, le rhumatisme chronique, etc. La plupart des observations connues semblent du moins se rapporter à l'un de ces états et principalement au vice cancéreux. Mais il n'est pas possible, dans l'état actuel de la science, d'établir que l'ostéomalaxie ne soit pas véritablement une maladie spéciale. Quelle que soit du reste l'idée qu'on se fasse de la nature de ces altérations des os, il importe de constater leur rapport avec la grossesse et l'accouchement. L'ostéomalaxie semble plus fréquente en Angleterre que dans la plupart des autres pays; ce qui dépend peut-être seulement d'une étude plus attentive. Suivant M. Burns, cette maladie est plus commune dans les villes manufacturières; elle se développe après la puberté, et affecte généralement les femmes vers leur âge moyen. Elle se montre plus rarement chez les femmes qui ont eu des enfants que chez les autres, et commence quelquefois immédiatement après l'accouchement, mais plutôt pendant la grossesse, et s'accroît rapidement pendant cet état. M. Burns ajoute qu'elle débute généralement par des douleurs dans la région lombaire et dans la cavité pelvienne; que dans quelques cas, ces douleurs ressemblent à celles du rhumatisme chronique, que la taille diminue graduellement, et que la malade finit par tomber dans le marasme, sans qu'il soit possible d'arrêter les progrès du mal. Mais il est certain que, dans un assez grand nombre de cas, la maladie ne suit pas cette marche, que les os ramollis et consécutivement déformés passent, comme pour le rachitisme, à l'état de consolidation. Cette maladie peut être générale et affecter à un haut degré tous les os. La femme Supiot, dont le squelette a été réduit à 62 centimètres (23 pouces), en offre un exemple mémorable. Le plus souvent ses effets sont bornés à quelques uns, et principalement aux vertèbres et aux os du bassin. Mais les vertèbres, les os des membres, etc., peuvent être déformés, et ceux du bassin rester intacts ou à peu

près. M. Capuron a vu une femme âgée de quarante ans qui, outre la plus bizarre contorsion des membres et l'inflexion de la colonne vertébrale, avait la poitrine enfoncée et le dos surmonté d'une saillie considérable, résultat d'une maladie essuyée à l'âge de dix-huit ans. Mariée depuis, elle avait eu six enfants, dont elle était accouchée sans la moindre difficulté. Une autre femme non moins bizarrement contrefaite, a accouché deux fois très naturellement dans l'amphithéâtre de M. Capuron. Celle-ci avait perdu sa bonne conformation à l'âge de douze ans. Quoique le bassin fût un peu vicié, il avait conservé son amplitude. Levret, qui avait des idées si justes sur les déformations du système osseux et en particulier sur celles des os du bassin, s'exprime ainsi : « Les femmes bossuées et les boiteuses qui, dans leur jeunesse, n'ont pas subi de ramollissement dans les os, accouchent pour l'ordinaire aussi facilement que celles qui ne sont pas contrefaites ou claudicantes, si ces difformités ne leur sont survenues qu'après l'âge de puberté; il est rare qu'il en arrive autant à celles à qui la claudication est arrivée en bas âge. »

Les coxaux peuvent être intacts ou à peine déformés, tandis que le sacrum a subi des modifications profondes, qu'il a été affaissé sur lui-même, que sa base a été portée en avant vers la symphyse des pubis, ou de côté vers l'une des cavités cotyloïdes. Il peut même arriver que le bassin ait conservé son amplitude, qu'il soit à peine déformé par l'affaissement de la base du sacrum, mais que la région lombaire fortement courbée en avant soit projetée sur l'entrée du bassin, de manière à s'opposer au passage de la tête du fœtus entre l'une des dernières vertèbres lombaires et la moitié antérieure du cercle pelvien. Si le ramollissement est limité à une portion des coxaux, la viciation peut être peu considérable. Les déformations du bassin par l'ostéomalaxie peuvent aussi n'être pas très étendues, mais en général elles sont plus prononcées que celles qui sont la suite du rachitisme. Ce n'est pas le cas ordinaire que l'ostéomalaxie reste limitée sur une partie et même sur un seul des os du bassin. Le plus souvent ils en sont tous affectés en même temps, ou au même degré, ou à des degrés différents; et comme le ramollissement est plus prononcé que dans le rachitisme, les déformations prennent une étendue plus considérable. Les bassins excessivement rétrécis par déformation appartiennent, en général, à des sujets qui ont été affectés d'ostéomalaxie. C'est, comme dans le rachitisme, sous l'influence de la distribution du poids du tronc sur le bassin que se produisent les déformations; mais comme le ramollissement est plus grand, les influences actives ou musculaires doivent avoir

un effet plus marqué. On retrouve dans les déformations par l'ostéomalaxie du bassin toutes les formes de déformations rachitiques que nous avons signalées, mais avec cette différence cependant que la régularité des formes est bien plus souvent troublée, et que les cas où il est impossible de suivre l'action des causes productrices, ceux qui semblent tout-à-fait en contradiction avec ces causes sont beaucoup plus nombreux. Dans les cas où le ramollissement a été porté très loin, il est vraisemblable que plusieurs parties du bassin ont été déformées par des pressions extérieures, dans le décubitus, etc.; de là des formes inexplicables et en contradiction avec les causes productrices ordinaires. Ainsi nous n'indiquerons pas pour l'ostéomalaxie des formes spéciales de déformation du bassin, elles rentrent sous ce rapport dans les formes rachitiques ordinaires, et plus souvent encore dans les formes exceptionnelles. L'arrêt de développement dans le rachitisme est plus que compensé par la déformation des os en général plus considérable dans l'ostéomalaxie. D'ailleurs, dans cette dernière maladie, il y a aussi, assez souvent réduction dans la longueur des os. Par son affaissement sur lui-même, le sacrum devient plus court qu'à l'état normal; l'arc que forment les coxaux et plusieurs autres points du bassin peuvent être refoulés et réduits dans leur longueur, et leur volume semble alors avoir augmenté.

Dans le cas où le rétrécissement du bassin n'est survenu qu'après plusieurs accouchements spontanés et faciles, il ne peut guère venir à la pensée que le bassin soit vicié, surtout si l'ostéomalaxie s'est développée d'une manière latente, ou avec des symptômes peu tranchés, et sans déterminer des déformations extérieures évidentes. Les suites fâcheuses de l'accouchement, les opérations imprévues rendues nécessaires, pourraient être à tort attribuées à l'impéritie de l'accoucheur. M. Naegelé fut chargé en 1805, comme expert, de l'examen d'un cas dans lequel un accoucheur était publiquement accusé d'avoir pratiqué sans nécessité une opération césarienne dont l'issue avait été fatale. Beaucoup de circonstances, parmi lesquelles on citait les suivantes, savoir: que la femme était précédemment accouchée sans peine de cinq enfants forts, semblaient contredire hautement l'existence d'un rétrécissement assez considérable pour avoir nécessité l'opération césarienne. Le sixième enfant était venu mort: c'est au septième que l'opération césarienne fut pratiquée. Le cadavre de la femme fut exhumé trois mois après la mort, et offrit le bassin le plus rétréci par ostéomalaxie qui ait jamais attiré l'attention des accoucheurs. L'excessive déformation des os s'était produite