

dans un très court espace de temps, et leur tissu avait repris, à l'époque de l'accouchement, la consistance ordinaire. La distance qui s'étend de la branche horizontale du pubis gauche enfoncé vers l'excavation, au corps de la quatrième vertèbre lombaire, qui se trouve en face et sur le même niveau, est de 5 mill. (2 l. 1/2); la même distance du côté opposé est de 4 1/2 mill. (6 l. 1/2); le sacrum est si recourbé sur lui-même, que sa hauteur n'est que de 36 millimètres (16 lignes); la paroi antérieure du bassin est dans son ensemble portée en haut, la postérieure en bas; c'est ce qui fait que le bord supérieur de la symphyse pubienne est au niveau du bord antérieur de la surface supérieure du corps de la quatrième vertèbre lombaire. Les côtés de l'arcade pubienne convergent en bas, au point qu'ils ne sont plus séparés en cet endroit que par un intervalle de 6 millimètres (3 lignes). Les os iliaques semblent avoir été comprimés d'avant en arrière, et présentent une gouttière dirigée de dehors en dedans et se terminant en bas par une pointe ou sommet aigu, semblable à un morceau de carton plié. Il en résulte que la distance de l'épine iliaque antérieure et inférieure au point de la crête iliaque diamétralement opposé en arrière, est à gauche de 63 millimètres (2 pouces 4 lignes), et à droite 67 millimètres (2 pouces 6 lignes), et qu'une ligne tirée d'une épine iliaque antérieure à l'autre, traverse la surface supérieure du corps de la troisième vertèbre lombaire dans sa moitié postérieure.

Chez une femme qui avait accouché sept fois naturellement, au huitième accouchement, Stein dut avoir recours au forceps à cause du rétrécissement du bassin. Le rétrécissement continuant à faire des progrès, au neuvième accouchement, il fut forcé de perforer le crâne; enfin au dixième, il fallut avoir recours à l'opération césarienne. Dans quelques cas d'ostéomalaxie, le ramollissement des os paraît excessif, et si l'accouchement a lieu avant qu'il se soit fait un travail de consolidation, les os peuvent céder et permettre le passage du fœtus. Weld s'étant aperçu, dans un cas d'ostéomalaxie, que tous les os du bassin étaient ramollis au plus haut degré, au lieu de pratiquer l'opération césarienne, comme il se l'était proposé, eut l'idée de porter la main dans l'utérus, et de retirer l'enfant par les pieds. L'extraction fut facile, les os prêtèrent comme s'ils eussent été membraneux.

Les caractères qui distinguent les bassins viciés par le rachitisme de ceux qui le sont par l'ostéomalaxie, ne peuvent point se tirer de la forme du rétrécissement ou de la déformation. C'est un point sur lequel M. Naegelé a beaucoup insisté, parce qu'une opinion contraire paraît assez répandue en Alle-

magne. Quoique l'on puisse dire, en général, que la déformation est plus étendue dans l'ostéomalaxie, qu'elle donne lieu à des formes moins constantes, moins régulières, que le rétrécissement a lieu souvent dans la direction des diamètres obliques et transverses, et qu'il porte à la fois sur le grand bassin, le détroit supérieur et l'inférieur, ce ne sont pas là des caractères constants qui puissent servir de signes différentiels. Les os du bassin étant ramollis, quelle qu'en soit la cause, la déformation, les rétrécissements dans divers sens, se font sous l'influence des mêmes causes productrices qui tendent à produire un certain nombre de formes. Les exceptions à ces formes sont déjà nombreuses pour le rachitisme, mais elles le sont bien davantage dans l'ostéomalaxie. Sur le squelette, l'arrêt de développement, la petitesse des os, la transparence des fosses iliaques, etc., peut bien faire distinguer le bassin vicié par le rachitisme, de celui qui l'est par l'ostéomalaxie; mais il s'agit d'arriver à cette connaissance sur le vivant, et c'est, comme nous l'avons dit, par les antécédents, par la marche de la maladie qu'on devra chercher à s'éclaircir, et si de la connaissance de la cause de la déformation du bassin, on conclut la forme que doit représenter le rétrécissement et les points où il existe, c'est à titre de probabilité seulement.

VII. *Bassin vicié par la présence de tumeurs osseuses ou autres adhérentes à sa surface interne.* Ces tumeurs reconnaissent des causes différentes, et ne sont pas identiques dans leur nature; elles sont d'ailleurs peu communes, et les cas où elles ont mis obstacle à la parturition sont extrêmement rares.

1° *Tumeurs ou saillies résultant de la consolidation vicieuse de fractures.* On trouve au musée Dupuytren, un bassin dont la cavité cotyloïde droite a été enfoncée; le cal osseux qui réunit les fragments forme une tumeur arrondie, assez régulière, de plus de 40 millimètres (1 pouce 1/2) de saillie. La portion iliaque a été aussi fracturée au-devant de la symphyse iliaque, le fragment antérieur s'est porté en dedans et en arrière, et s'est consolidé dans cette position, de sorte que la saillie formée par la région cotyloïdienne se trouve très rapprochée du promontoire et du bord droit du sacrum.

2° *Tumeurs osseuses provenant de la carie des symphyses ou du corps des dernières vertèbres lombaires.* L'anatomie pathologique offre quelques exemples de dépôts osseux volumineux, irréguliers, formés au-devant de l'une des symphyses sacro-iliaques ankylosées; des productions de même nature s'étendent quelquefois de la cinquième ou de la quatrième lombaire cariée jusqu'à l'entrée

du bassin. J'ignore si de pareilles tumeurs, de même que celles qui sont le résultat de fractures du bassin vicieusement consolidées, se sont rencontrées chez des femmes qui soient devenues enceintes.

3° *Saillie, dans le bassin, du fibro-cartilage inter-pubien.* Le fibro-cartilage inter-pubien forme quelquefois à l'intérieur du bassin une saillie verticale, proéminente et tranchante, qui peut mettre obstacle à l'accouchement, surtout si cette disposition existe avec d'autres viciations. M. Burns a vu dans un cas semblable la vessie et le col de l'utérus déchirés pendant le travail.

4° *Exostoses.* On rapporte à cette cause un assez grand nombre de rétrécissements du bassin et d'obstacles à l'accouchement. La critique judicieuse de ces observations faite par M. Naegelé montre avec quelle légèreté on a admis l'existence d'exostoses à la surface interne du bassin, où elles sont en réalité fort rares. Dans le cas rapporté par Thierry, l'exostose naissait par un double prolongement du corps de la cinquième vertèbre lombaire et de la partie supérieure du sacrum; elle ne laissait entre elle et la symphyse du pubis qu'un intervalle de 67 millimètres (2 pouces 1/2). Un des cas les plus remarquables est celui qui a été communiqué à M. Naegelé par le docteur Leydig; il s'agit d'une femme à qui il fallut pratiquer l'opération césarienne, à la suite de laquelle elle succomba. Le bassin présente une bonne conformation à l'exostose près; la tumeur s'élève de la face antérieure du sacrum; elle prend particulièrement naissance sur le corps de la seconde vertèbre sacrée, en partie sur celui des première et troisième, et enfin de la face antérieure des trois premières apophyses transversales du sacrum; de là cette masse osseuse se porte en avant dans la cavité du bassin. L'exostose semble formée de trois tumeurs dont la moyenne est la plus considérable; elle remplit presque entièrement l'entrée et l'excavation du petit bassin, et occupe une bonne partie du grand. De chaque côté, la tumeur n'est distante de l'ouverture du détroit supérieur que de deux ou trois lignes, et de la face postérieure du corps du pubis d'une ligne et demie seulement. Elle a 186 millimètres (6 pouces 11 lignes) dans sa plus grande longueur, et 464 millimètres (6 pouces 1 ligne) de large; sa texture est compacte et celluleuse. M. Naegelé a rapproché de ce cas un autre observé par le docteur Kibbin: il s'agit aussi d'une femme sur laquelle on a pratiqué l'opération césarienne, quoique, comme dans le cas précédent, on dut présumer que l'enfant avait cessé de vivre, l'embryotomie paraissant impraticable. Le bassin, dépouillé de ses parties molles, était bien conformé; et avait ses dimensions ordi-

naires; toute la face antérieure du sacrum, à l'exception de la première pièce et d'une partie de la seconde, était en quelque sorte enveloppée par une large exostose de forme conique, se prolongeant, d'une part, en avant, d'où rétrécissement considérable de la cavité pelvienne, et de l'autre part, en arrière, plus d'un pouce au-delà de l'épine sciatique. On trouve, du sommet de la tumeur à la partie inférieure de la symphyse pubienne, 1 pouce 1/8 (mesure anglaise), du trou sous-pubien droit à la partie latérale de la tumeur, au niveau de sa plus grande largeur, 1 pouce 3/4, plus en arrière 1 pouce 1/2; de la symphyse sacro-iliaque droite à la symphyse du pubis (le plus grand diamètre de l'ouverture pubienne) 3 pouces 3/4, du côté gauche de la marge du bassin au côté gauche de la tumeur 1 pouce 1/8; cette distance diminue rapidement à mesure qu'on s'approche du sacrum. M. Danyau a donné avec les dessins la traduction complète de ces deux observations, dont je n'ai emprunté que les circonstances principales.

5° *Tumeurs ostéiformes consécutivement adhérentes à la face interne du bassin.* Il paraît certain que les tumeurs solides des parties molles, et particulièrement celles des ovaires, qui sont susceptibles de transformations osseuses, crétacées, cartilagineuses, peuvent, en se transformant, contracter quelquefois des adhérences solides avec le périoste et les os du bassin. Il y a au musée Dupuytren un bassin régulièrement conformé, sur lequel se trouve une tumeur fibro-cartilagineuse, arrondie, bosselée, ayant 70 millimètres (2 pouces 9 lignes) de diamètre, reposant en arrière sur la face extérieure du sacrum, depuis son sommet jusqu'à la partie inférieure de la première vertèbre sacrée. Sa partie antérieure n'est éloignée que de 27 millimètres (1 po.) de la symphyse du pubis; le sacrum, sur lequel elle repose, n'a subi aucune altération; l'adhérence au périoste, qui ne paraît pas très intime, semble confirmer qu'elle s'est faite consécutivement. On trouve dans le même cabinet un autre bassin, également bien conformé, dont presque toute l'excavation est remplie par une énorme tumeur bosselée, irrégulière, parsemée d'aspérités. Elle adhère à la face postérieure du pubis et s'étend du côté droit jusque vers la région cotyloïdienne; une partie fait saillie dans le trou sous-pubien; elle dépasse en bas les limites du détroit périnéal; son grand diamètre, qui est placé verticalement, a 119 millimètres (4 pouces 5 lignes). Les parties auxquelles elle est unie ne paraissent point altérées, et l'adhérence n'est pas intime. Les aspérités sont formées par une matière crayeuse, divisée en gros grains très durs et unis en masse par une substance organique et comme fi-

breuse ; elle ressemble assez bien à une exostose. Ces deux bassins sont figurés dans l'ouvrage de M. Moreau.

Quoique rien à l'extérieur ne doive faire soupçonner la présence de l'une des tumeurs que nous venons d'indiquer, elles ne doivent cependant point toujours être méconnues avant l'accouchement, car les antécédents, les phénomènes concomitants, la gêne qu'elles peuvent apporter dans l'émission de l'urine, dans la défécation, doivent souvent conduire à une exploration intérieure qui fera reconnaître la tumeur, si son volume est un peu considérable.

VIII. *Bassin vicié dans sa direction.* Le bassin peut prendre, dans des circonstances différentes, une direction tout-à-fait anormale, qui est tantôt l'exagération de sa direction normale, tantôt l'opposé. Les changements dans la direction du bassin coïncident le plus souvent avec ses viciations : nous les avons déjà signalés dans plusieurs des cas de déformation par le rachitisme, par l'ostéomalaxie, etc. On peut même dire que toute viciation du bassin en altère la direction, mais souvent à un degré assez faible pour ne point mériter de fixer l'attention, d'autant plus que la direction régulière varie dans des limites assez étendues.

La direction vicieuse du bassin peut aussi se rencontrer chez des individus dont le bassin est régulièrement conformé et a son amplitude ordinaire. Les courbures, les incurvations en différents sens de la colonne vertébrale, et particulièrement de sa portion lombaire, entraînent souvent à leur suite des changements très prononcés dans la direction du bassin. Les déformations des membres, les rapports de la tête des fémurs sur des points éloignés des cavités cotyloïdes changent plus ou moins sa direction, parce que l'équilibre tend à se rétablir dans les meilleures conditions possibles de station. Ce sont les cas où la direction est viciée, sans que le bassin soit lui-même ni rétréci ni déformé, qui peuvent servir à apprécier l'influence de ce genre de viciation sur l'accouchement. Les observations faites dans ces conditions ne sont pas assez nombreuses pour résoudre la question d'une manière complète et définitive ; mais elles suffisent pour écarter du sujet des exagérations, des craintes chimériques déduites *à priori*, ou de faits mal interprétés.

1° *Inclinaison latérale.* Le bassin peut perdre sa situation horizontale et s'incliner plus ou moins à droite ou à gauche. La cause de ce changement peut être inhérente au bassin lui-même, comme cela se rencontre dans quelques cas de déformation, où l'un des coxaux dans sa totalité, ou dans quelques unes de ses parties, est abaissé, tandis que l'autre est relevé : les points

similaires opposés ne sont plus sur une même ligne horizontale. Le plus souvent, la cause est placée en dehors du bassin, et l'inclinaison d'un côté est alors le résultat d'une incurvation de la colonne lombaire, du raccourcissement de l'un des membres inférieurs, à la suite de luxations non réduites, de fractures vicieusement consolidées. L'inclinaison latérale est rarement très grande, parce que la colonne vertébrale se fléchit, dans d'autres points, pour atténuer les effets de l'inclinaison et rétablir les conditions de l'équilibre. Aucun exemple ne constate qu'une pareille inclinaison ait une influence défavorable sur l'accouchement ; le peu d'étendue qu'elle peut acquérir, la latitude dans laquelle s'exercent, d'une manière efficace, les forces de la matrice, ne permettent guère de supposer qu'elle puisse apporter un obstacle, même peu sérieux, à l'accouchement.

2° *Inclinaison en avant exagérée.* C'est le cas le plus commun. Les diverses conditions réunies qui concourent à produire l'inclinaison normale du bassin en avant peuvent être toutes dans un état d'exagération ; mais l'inclinaison vicieuse en avant dépend, le plus souvent, de courbures anormales de la colonne lombaire, de la saillie plus prononcée du promontoire. Lorsqu'elle est peu considérable, les changements dans la conformation générale sont peu sensibles ; mais, dans le cas contraire, la région lombaire présente un sinus profond, les régions fessières sont très saillantes, les épaules sont portées en arrière, l'abdomen est plus ou moins saillant, la démarche a quelque chose d'étrange, le périnée et les ouvertures naturelles qui le traversent sont plus ou moins dirigés en arrière ; ces changements mettent facilement sur la voie du diagnostic. Mais il faut encore établir si le bassin est ou n'est pas en même temps rétréci ou déformé.

Les accoucheurs ont diversement apprécié l'influence de l'inclinaison exagérée en avant sur la parturition. Plusieurs ont pensé qu'elle pouvait rendre l'expulsion spontanée impossible. Lobstein, qui a étudié un des premiers, avec beaucoup de soin, tout ce qui se rattache à cette question, a cru avoir trouvé dans l'inclinaison vicieuse du bassin la cause inconnue d'un assez grand nombre d'accouchements contre nature, dans des cas où il n'y avait ni étroitesse du bassin, ni mauvaise position du fœtus, ni cessation des contractions utérines. Desormeaux a en quelque sorte sanctionné de son autorité les vues de Lobstein sur ce point de pratique ; mais les observations empruntées à Heister, à De Lamotte, à Levret, sur lesquelles Lobstein se fonde, ne sont nullement concluantes en faveur de son opinion. Il est difficile de savoir si l'observation qui lui est propre et plus concluante, car

il a évalué à 55° l'inclinaison du bassin chez la femme qui en fait le sujet. Or, s'il ne s'est pas trompé dans cette évaluation, le bassin était à peu près dans sa direction ordinaire.

M. Moreau a publié l'histoire intéressante d'une femme rachitique au plus haut degré, dont la colonne vertébrale était tellement contournée, que la face concave du sacrum répondait directement en bas; la vulve était dirigée en arrière et un peu en haut. L'abdomen, distendu, formait une poche qui supportait l'utérus et les viscères abdominaux. Pendant les trois derniers mois de sa grossesse, elle ne pouvait rester ni couchée ni assise, et passait les nuits dans une position verticale, les coudes appuyés sur un meuble. Cette femme fut délivrée par la perforation du crâne, et succomba quelques jours après. Le rétrécissement de l'excavation, et surtout du détroit inférieur, était si considérable, qu'il doit être regardé comme le seul obstacle sérieux à l'accouchement. La gêne de la respiration, pendant la grossesse et pendant l'accouchement, ne doit pas même être attribuée aux effets de l'inclinaison, la poitrine étant elle-même très déformée.

C'est ainsi que, dans beaucoup de cas, il est impossible de faire la part des obstacles apportés par l'inclinaison vicieuse du bassin, alors même qu'elle est portée au plus haut degré; c'est lorsqu'elle existe isolée, ou seulement avec des déformations peu étendues, qu'il faut chercher à les préciser. Dans le petit nombre de cas de ce genre qui ont été observés, les prévisions si fâcheuses établies *a priori* ne se sont pas réalisées. M. Naegelé, qui a étudié avec tant de soin le bassin dans toutes les conditions qui ont quelques rapports avec l'accouchement, n'a pas encore pu constater les inconvénients attribués à une inclinaison insolite en avant. Il croit que plusieurs de ses inconvénients sont imaginaires; il a pu observer souvent que, dans l'inclinaison trop prononcée, la tête du fœtus se trouvait, pendant la grossesse, profondément engagée dans l'excavation pelvienne, et peu mobile; mais il n'est résulté aucune gêne sensible, et l'enfantement s'est effectué sans différences essentielles. Il rappelle à ce sujet l'observation d'une femme boiteuse, qui a eu sept enfants, chez laquelle l'inclinaison était telle, que la partie supérieure du sacrum était parallèle à l'horizon, et la vulve tellement dirigée en arrière, que le rapprochement sexuel ne pouvait avoir lieu que dans ce sens: ses grossesses et ses accouchements ne furent compliqués d'aucuns accidents spéciaux. Néanmoins M. Naegelé ne pense pas que cette inclinaison insolite soit toujours une circonstance absolument indifférente. L'utérus se trouvant dans des circonstances

évidemment moins favorables pour faire parcourir au fœtus le canal pelvien dans toute son étendue, il en peut résulter une plus grande lenteur, et peut-être la nécessité de l'intervention de l'art. Il est important d'ailleurs de connaître ces changements de direction, qui doivent apporter des modifications dans l'introduction de la main ou des instruments.

3° *Défaut d'inclinaison du bassin.* Dans beaucoup de cas de ramollissement des os du bassin, la partie antérieure de cette cavité est relevée de manière à rapprocher les pubis du plan de l'angle sacro-vertébral. Si le sacrum et les dernières vertèbres lombaires ont été ramollis, il peut en résulter un affaissement qui mette sur le même niveau le promontoire et les pubis; ceux-ci peuvent même être plus élevés, et le bassin est alors incliné en arrière. Une courbure ou un affaissement inégal d'une portion de la colonne lombaire peut produire un effet semblable. L'attitude générale des sujets éprouve des changements en rapport avec ce changement de direction; ils sont l'opposé de ceux qu'on observe dans un excès d'inclinaison antérieure. Le défaut d'inclinaison du bassin est le plus souvent combiné avec des déformations, des rétrécissements, de sorte qu'il devient aussi très difficile de juger l'influence qu'il peut avoir sur la parturition. Le cas extrêmement remarquable d'inclinaison postérieure du bassin présenté à la Société anatomique par M. Bello en est un exemple.

Une femme, âgée de quarante ans, qui avait été affectée dans son enfance d'une carie vertébrale, présentait une déformation considérable du tronc, qui était fortement incliné sur le bassin. Dans la station et dans la progression, elle avait le port et la démarche d'un cerf; assise, le poids du corps reposait, non sur les tubérosités sciatiques, mais sur la face postérieure du sacrum. Elle avait eu, dans l'espace de douze ans, huit grossesses; la cinquième et la sixième ne s'étaient pas prolongées au-delà du troisième mois. Dans les autres, l'accouchement avait eu lieu à terme; chaque fois l'application du forceps avait été nécessaire; un des enfants avait été extrait vivant. Au terme de sa huitième grossesse l'utérus présentait une telle obliquité antérieure que le fond était au-dessous du niveau du col. L'accouchement par la voie naturelle fut jugé impossible, et l'on pratiqua l'opération césarienne. On trouva à l'autopsie que la colonne vertébrale était soudée à angle droit sur la face antérieure du sacrum; l'angle sacro-vertébral était remplacé par un angle rentrant en avant et saillant en arrière. Cette conformation étrange dépendait de la destruction du corps de la cinquième vertèbre lombaire, et de l'érosion partielle de la base du sacrum coupé en biseau, aux dé-

pens de sa partie postérieure, et soudé avec le corps de la quatrième vertèbre lombaire. Le bassin n'était ni déformé ni rétréci; mais la quatrième vertèbre lombaire était portée en avant au point de ne laisser entre elle et la symphyse des pubis que 60 millimètres (2 pouces 3 lignes). La colonne vertébrale à sa partie inférieure était un peu déviée à gauche. Les dernières fausses côtes n'étaient distantes des crêtes iliaques que de 20 millimètres (9 lignes). Sans discuter l'opportunité de l'opération césarienne dans la dernière grossesse, on voit que le rétrécissement du détroit supérieur était formé par un obstacle étranger au bassin, et que la saillie de la quatrième vertèbre lombaire était assez considérable pour expliquer d'une manière plus satisfaisante les difficultés des accouchements antérieurs que l'inclinaison vicieuse du bassin. Cependant, si l'utérus était, comme dans la dernière grossesse, couché horizontalement en avant, sa direction, par rapport à l'inclinaison inverse du bassin, était la plus défavorable possible pour faire avancer le fœtus à travers le canal pelvien. M. Naegelé a observé une femme qui avait déjà accouché trois fois naturellement, chez laquelle les parties sexuelles étaient fortement dirigées en avant. La courbure de la région lombaire était presque imperceptible. La pointe du coccyx était située à 20 millimètres (9 lignes) plus bas que le bord inférieur de la symphyse des pubis. Cette femme, bien conformée d'ailleurs, ne présenta, dans son quatrième accouchement, d'autres particularités qu'une hauteur très marquée de la tête du fœtus au début, un travail un peu long, mais dans lequel tout se passa régulièrement. L'enfant, quoique à terme et volumineux, n'avait pas souffert.

M. Naegelé a vu, dans d'autres cas d'inclinaison trop peu considérable, les autres conditions de l'enfantement étant normales, la tête rester élevée et mobile assez longtemps pendant le travail, sans que cette circonstance ait nécessité l'intervention de l'art.

Lobstein, qui regarde une inclinaison de 17° comme pouvant être une cause d'accouchement contre nature, a encore beaucoup exagéré l'influence de cette direction anormale du bassin. Cependant il ne faudrait pas en conclure qu'elle doit être toujours nulle. Il est bien évident qu'un bassin sur lequel les pubis et l'angle sacro-vertébral se trouvent sur le même plan ou à peu près, a perdu une condition favorable qui se rencontre dans l'inclinaison normale, où les parties du fœtus diamétralement opposées se présentent successivement à son entrée.

Ainsi, dans les cas d'inclinaison nulle ou trop faible, on peut s'attendre à voir la partie du fœtus qui se présente s'arrêter au détroit supérieur; et si l'observation prouve qu'il n'en est pas

ordinairement ainsi, c'est qu'il y a dans les conditions mécaniques de la parturition une assez grande latitude, depuis le moment où ces conditions sont le plus favorables ou normales jusqu'à celui où elles rendent impossible la fonction. C'est ainsi que l'accouchement spontané est compatible, comme l'observation le prouve, avec de notables altérations dans la dimension et la forme du bassin; mais les altérations dans la direction surtout peuvent être, le plus souvent, portées encore beaucoup plus loin, sans inconvénients appréciables. Il n'est pas moins utile d'étudier les changements de direction du bassin, afin de remédier aux difficultés s'il en survenait, et d'apprécier les indications qui en résultent.

IX. *Fréquence des viciations du bassin.* On n'a pas, jusqu'à présent, noté avec assez de soin les différentes espèces de viciations relativement à leurs causes, pour qu'il soit possible d'établir leur fréquence relative. Celles qui dépendent du rachitisme sont incomparablement les plus fréquentes. La proportion numérique, sans distinction de causes, comparée au nombre de femmes en couches, ne peut être établie que d'une manière approximative, parce que la plupart des viciations qui n'empêchent pas l'accouchement de se faire spontanément, ne sont pas toujours reconnues, et qu'assez souvent on a attribué au rétrécissement du bassin des difficultés qui reconnaissent toute autre cause. Néanmoins les résultats consignés dans l'ouvrage de madame Lachapelle me semblent donner des notions assez justes sur ce point. Dans un premier tableau qui comprend 15,652 accouchements, 272 ont été artificiels, sur lesquels 36 l'ont été par un resserrement du détroit supérieur; dans un second tableau qui comprend 22,243 accouchements, dont 269 ont été artificiels et 23 à cause du resserrement du bassin. M. Villeneuve, qui a étudié avec beaucoup de soin cette question, a trouvé qu'il existe une viciation du bassin sur 294 accouchements, et un accouchement spontané avec vice du bassin sur 1383.

SECTION III. — Modes d'exploration du bassin sur le vivant.

Le diagnostic des viciations du bassin, de leurs formes, de leurs causes, etc., est, sous le point de vue de la pratique, de la plus haute importance. Ce n'est pas ici le lieu de reproduire les signes que nous avons indiqués en décrivant chaque espèce; il s'agit seulement de faire connaître par quels moyens on peut les recueillir et de quelles précautions il faut s'entourer pour éviter les causes d'erreur.