

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.

I. DES PELVIMÈTRES. — 1^o Dans les cas si nombreux de déformations de quelques points du système osseux, les renseignements commémoratifs seront pris avec le plus grand soin; on s'informerait de l'époque de l'invasion, du point qui a été le premier envahi et de la marche de la maladie; on interrogera minutieusement non seulement la personne affectée, mais encore les personnes qui ont pu l'observer pendant l'enfance.

2^o Après cette première investigation on cherchera à se faire une idée juste de la conformation générale du sujet, de la direction de la colonne vertébrale et des autres parties du squelette; des rapports des parties extérieures du bassin entre elles, de la direction des parties sexuelles externes, de l'état des fémurs, de l'attitude, de la marche, etc. Si on s'exerce de bonne heure à se faire une idée exacte du bassin revêtu des parties molles, de ses connexions avec le tronc et les membres inférieurs, dans les conditions ordinaires, les changements même peu considérables fixent l'attention et mettent sur la voie pour découvrir les viciations du bassin, leur type et leurs différentes espèces.

3^o L'exploration par le *toucher* confirme, rectifie, précise davantage les notions acquises par les antécédents, la vue, et découvre souvent des altérations qu'il n'est pas possible de soupçonner autrement. Par le *toucher externe* on peut apprécier le degré d'éloignement et de rapprochement des saillies osseuses opposées, telles les crêtes iliaques, les tubérosités sciatiques, l'arcade du pubis, la pointe du coccyx. Comme le *toucher externe* donne une idée assez exacte des changements survenus à l'extérieur, il peut suppléer à la vue, lorsque certaines convenances l'exigent.

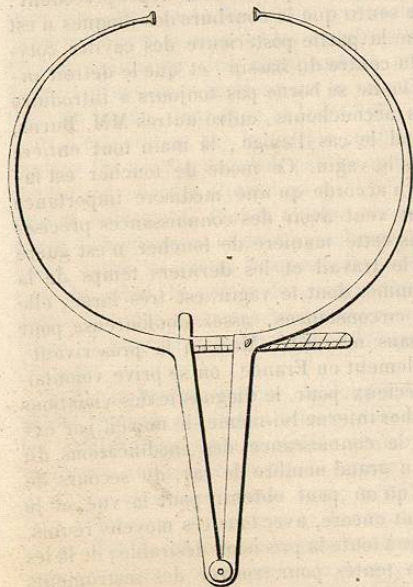
4^o Par le *toucher interne*, le doigt indicateur, promené sur les parois internes du bassin à travers le vagin, sentira facilement les saillies osseuses anormales, jusqu'au détroit supérieur sur la moitié antérieure; mais en arrière, dans l'état normal, il ne peut pas atteindre l'angle sacro-vertébral, mais seulement la face antérieure du coccyx et des trois dernières pièces du sacrum. Toutes les fois qu'on pourra atteindre avec le doigt l'angle sacro-vertébral, on acquerra la preuve d'une réduction ou d'une déformation considérable du diamètre sacro-pubien; on pourra même mesurer avec exactitude le degré de rétrécissement, en plaçant l'extrémité du doigt indicateur sur l'angle sacro-vertébral, et la base du même doigt sous l'arcade pubienne, dont le bord se trouve presque à nu, recouvert seulement par la muqueuse de la vulve, entre le clitoris et le méat urinaire. En défalquant 6 à 9 millimètres (3 à 4 lignes) sur la longueur obtenue

pour compenser l'obliquité qu'on est forcé de donner au doigt, on obtient, à 4 ou 6 millimètres près, l'étendue du diamètre sacro-pubien. La différence peut être assez grande, dans quelques cas de déformation du bassin, pour conduire à des erreurs fautiveuses; mais on ne doit pas considérer comme un signe de bonne conformation du bassin l'impossibilité de sentir la première pièce du sacrum: nous avons établi que, dans l'un des types les plus communs des déformations rachitiques, la maladie s'étant arrêtée sans avoir parcouru toutes ses périodes, le diamètre sacro-pubien, loin d'avoir diminué en étendue, avait souvent augmenté. C'est dans la direction des diamètres obliques que se trouve alors le rétrécissement; et le *toucher interne* ne donne pas de résultat aussi précis que dans le type précédent, mais il peut encore faire sentir que la courbure des iliaques n'est plus aussi régulière, que la partie postérieure des cavités cotyloïdes s'est rapprochée du centre du bassin, et que le détroit inférieur s'est évasé, etc. On ne se borne pas toujours à introduire un seul doigt: plusieurs accoucheurs, entre autres MM. Burns, Velpeau, portent, quand le cas l'exige, la main tout entière ou plusieurs doigts dans le vagin. Ce mode de *toucher* est familier au premier, qui n'accorde qu'une médiocre importance au doigt seul, quand on veut avoir des connaissances précises sur l'état du bassin. Mais cette manière de *toucher* n'est guère praticable que pendant le travail et les derniers temps de la grossesse, et chez les femmes dont le vagin est très large; elle est, d'ailleurs, dans ces circonstances, assez douloureuse pour ne pas y avoir recours sans nécessité. Mais en la proscrivant, comme on le fait généralement en France, on se prive volontairement d'un secours précieux pour le diagnostic des viciations du bassin. Ainsi, le *toucher interne* lui-même, le moyen par excellence pour arriver à la connaissance des modifications du bassin, a besoin, dans un grand nombre de cas, du secours de tous les renseignements qu'on peut obtenir pour la vue et le *toucher externe*, et souvent encore, avec tous ces moyens réunis, il est impossible d'atteindre à toute la précision désirable; de là les essais nombreux qu'on a tentés pour trouver des instruments aptes à mesurer le bassin à l'extérieur et à l'intérieur (pelvimètres); ce mode d'exploration a été diversement apprécié. En Angleterre, l'usage des pelvimètres paraît généralement abandonné: cette méthode, dit M. Burns, est si incertaine, que je ne connais personne qui en fasse usage dans la pratique. En Allemagne, malgré les tentatives nombreuses qu'on a faites pour rendre ces instruments applicables, on paraît y avoir assez rare

ment recours. Ils ne sont pas aussi répandus en France, que semble le faire croire le rang qu'ils occupent dans nos traités classiques. Du reste, plusieurs auteurs modernes, Lachapelle, entre autres, ne leur ont accordé aucune confiance. Il n'y a pas de doute que, si on veut considérer les pelvimètres comme des instruments exclusifs, applicables à tous les cas, et donnant des résultats invariables, on ne soit conduit souvent à de graves erreurs ou à des impossibilités d'application; mais on ne peut nier que, dans de certaines limites, leur application ne soit facile, et qu'ils n'apportent plus de précision dans le diagnostic.

II. DES PELVIMÈTRES APPLIQUÉS A L'EXTÉRIEUR.—L'usage en a consacré un seul qui est

FIG. 47.



très simple, et dont l'emploi est facile: c'est le compas d'épaisseur de Baudelocque. Cet instrument n'est autre chose que le compas de proportion employé dans les arts, auquel l'auteur a donné une forme et une grandeur appropriées. La règle graduée qui traverse les branches au point où la portion droite s'unit à la courbe, marque exactement le degré d'écartement des pointes terminées par des boutons ou lentilles olivaires. La figure 47 me dispense d'en donner une description

plus détaillée.

4° Il donne des notions certaines sur la longueur des crêtes iliaques, sur leur écartement d'un côté à l'autre. Mais l'évaluation exacte de l'étendue du grand bassin qu'il est utile d'établir, et qui peut, dans beaucoup de cas, faire présumer un rétrécissement considérable ou médiocre du petit bassin, ne peut fournir que des données vagues et incertaines qui ne doivent

servir que de renseignements pour pousser plus loin les investigations.

2° Le compas d'épaisseur donne exactement l'étendue des diamètres transverse et antéro-postérieur du détroit inférieur, et le degré d'écartement de l'arcade pubienne depuis son sommet jusqu'à sa base; il est vrai que les doigts peuvent le remplacer; il suffit d'appliquer l'extrémité de l'un sur la saillie osseuse qui sert de limite à l'espace occupé par les parties molles, de marquer le point qui correspond à la saillie diamétralement opposée, et de porter ensuite les doigts ou la partie de la main sur une règle graduée. Ainsi, de toutes les manières on peut acquérir des notions exactes sur l'étendue du détroit inférieur et de l'arcade pubienne.

3° Le compas de proportion a été surtout préconisé pour mesurer l'étendue du diamètre sacro-pubien au détroit supérieur. On place l'une des extrémités lenticulaires sur l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre lombaire, l'autre au-devant de la symphyse des pubis, sur la partie la plus élevée de la commissure de la vulve, qu'on a soin de refouler en haut, afin d'arriver le plus près possible de la partie supérieure de la symphyse. Sur les sujets maigres, il est plus commode de l'appliquer immédiatement sur la peau; en pressant un peu, on affaisse le tissu adipeux sous-cutané alors même qu'il serait assez abondant.

On a trouvé que, dans l'état normal, l'écartement entre les extrémités du compas était de 189 millimètres environ (7 pouces). En retranchant 67 millimètres (2 pouces 6 lignes) pour l'épaisseur de la base du sacrum, et 43 millimètres (6 lignes) pour celle de la symphyse pubienne, on trouve 108 millimètres (4 pouces), l'étendue ordinaire du diamètre sacro-pubien. 6 à 12 millimètres en plus ou en moins ne doivent pas être considérés comme changeant les conditions de l'état normal. La soustraction de 84 millimètres (3 pouces) sur l'étendue extérieure du bassin suffit, suivant Baudelocque, quand l'embonpoint de la femme est médiocre; quand il est considérable, il n'est pas nécessaire d'ajouter plus de 4 millimètres, parce que le tissu cellulo-adipeux qui forme la plus grande saillie du mont de Vénus s'affaisse sous la pression de la lentille. Baudelocque, se fondant sur l'examen de trente-cinq bassins viciés à des degrés différents, admet qu'on obtient ainsi l'étendue du diamètre sacro-pubien à une ou deux lignes près. M^{me} Lachapelle regarde cette manière de procéder comme fautive, et prétend que l'épaisseur du sacrum et de la symphyse du pubis peut varier de 9 à 11 millimètres (4 à 5 lignes). Désormeaux a trouvé des bassins dont le corps des pubis avait

jusqu'à 45 à 48 millimètres (7 à 8 lignes) d'épaisseur, tandis que sur d'autres il n'avait que 4 à 6 millimètres (2 à 3 lignes); l'épaisseur de la base du sacrum présentait des différences analogues. Nous avons vu, en effet, que les os du bassin atteints de rachitisme sont moins forts et moins épais, que quelquefois cependant leur partie spongieuse est épaissie. Au contraire, dans l'ostéomalaxie les os portent assez souvent l'empreinte d'un gonflement notable. Il faut, autant que possible, faire la part de ces conditions morbides. On ne rencontre que très rarement des différences aussi grandes que celles qu'ont signalées M^{me} Lachapelle et Désormeaux; dans la très grande majorité des cas, on doit espérer qu'on obtiendra, à 4 ou 6 millimètres près (2 à 3 lignes), l'étendue du diamètre sacro-pubien. Malgré la possibilité bien reconnue d'une erreur assez grande, on doit d'autant moins négliger le compas d'épaisseur, dans cette circonstance, que le doigt lui-même, ce pelvimètre par excellence, peut conduire à des erreurs presque aussi grandes, dans les cas mêmes où il peut facilement atteindre le promontoire.

4^e Gardien a proposé de se servir du compas d'épaisseur pour apprécier l'étendue des diamètres obliques. Il a trouvé que l'étendue moyenne, du milieu du grand trochanter à l'épine iliaque postéro-supérieure du côté opposé qui correspond à la symphyse sacro-iliaque, est de 243 millimètres (9 pouces); qu'en retranchant 74 millimètres (2 pouces 9 lignes), pour le grand trochanter, le col et la tête du fémur, 45 millimètres (1 pouce 8 lignes), pour l'épaisseur de la paroi postérieure du bassin au niveau de la symphyse, il restait 119 millimètres (4 pouces 5 lignes) pour le vide du bassin, dans la direction des diamètres obliques au détroit supérieur. M. Velpeau, qui a mesuré ainsi un assez grand nombre de bassins bien conformés, n'a trouvé que 9 millimètres (4 lignes) de différence en plus ou en moins, et recommande ce moyen de reconnaître l'étendue des diamètres obliques. On se tromperait grandement, si l'on croyait pouvoir atteindre une approximation aussi grande dans tous les cas de bassins viciés; car, outre les causes des différences d'épaisseur des os que nous avons signalées plus haut, il faut encore ajouter que le col du fémur atteint par le rachitisme peut être plus court, recourbé, et faire varier dans une proportion assez grande l'épaisseur du tronc dans la direction du grand trochanter à la partie postérieure de la symphyse sacro-iliaque opposée. Comme pour le diamètre sacro-pubien, ces chances d'erreur peuvent être prévues et en partie rectifiées. Le doigt ou tout autre moyen employé à l'intérieur ne pouvant mesurer l'étendue des diamètres obliques que

d'une manière beaucoup plus incertaine, on ne doit pas hésiter à se servir du compas d'épaisseur de la manière recommandée par Gardien, si toutefois le mode que nous allons indiquer ci-après n'est pas plus exact et moins susceptible d'induire en erreur.

3^o Nous avons vu que M. Naegelé, pour établir le diagnostic du bassin oblique-ovalaire, a pris sur huit bassins ainsi rétrécis une série de dimensions entre des points facilement accessibles sur le vivant, pour être comparées à celles qu'offre le bassin à l'état normal. Ses observations lui paraissant incomplètes sur ce dernier point, il a manifesté le désir qu'elles fussent reprises. M. Danyau s'est empressé de répondre à ce vœu par un travail important dont nous allons faire connaître les résultats.

Ses observations portent sur 80 femmes: 39 n'ont jamais conçu, 3 ont avorté entre deux et trois mois; toutes les autres ont accouché une ou plusieurs fois. A l'exception d'une dont le premier accouchement a dû, pour des causes restées inconnues, être terminé avec le forceps, toutes sont accouchées naturellement. Chez celles qui n'avaient jamais conçu, il n'y avait également aucune raison de présumer une mauvaise conformation du bassin.

1^{re} série. Des tubérosités sciatiques aux épines iliaques postéro-supérieures diamétralement opposées. La différence entre les deux côtés a été, chez 21 femmes, 0; chez 44, de 2 millimètres (1 ligne); chez 20, de 4 millimètres (2 lignes); chez 17, de 6 millimètres (3 lignes); chez 3, de 9 millimètres (4 lignes); chez 2, de 11 millimètres (5 lignes); chez 3, de 13 millimètres (6 lignes).

Nous avons vu que dans les huit bassins obliques-ovalaires la plus petite différence a été de 27 mill. (1 po.); la plus grande de 54 mill. (2 po.).

2^e série. De l'épine iliaque antéro-supérieure aux épines iliaques postéro-supérieures diamétralement opposées. La différence entre les deux côtés a été, chez 22 femmes, 0; chez 14, de 2 mill. (1 l.); chez 8, de 4 mill. (2 l.); chez 13, de 6 mill. (3 l.); chez 6, de 9 mill. (4 l.); chez 6, de 11 mill. (5 l.); chez 4, de 13 mill. (6 l.); chez 2, de 15 mill. (7 l.); chez 2, de 18 mill. (8 l.); chez 2, de 20 mill. (9 l.); chez 1, de 24 mill. (11 l.).

Dans les bassins obliques-ovalaires la plus petite différence a été de 22 mill. (10 l.), la plus grande de 51 mill. (1 po. 11 l.).

3^e série. De l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre lombaire à l'épine iliaque antéro-supérieure de l'un et l'autre côté. La différence entre les deux distances a été, chez 29 femmes, 0; chez 18, de 2 mill. (1 l.); chez 13, de 4 mill. (2 l.); chez 9,

de 6 mill. (3 l.); chez 3, de 9 mill. (4 l.); chez 3, de 11 mill. (5 l.); chez 4, de 13 mill. (6 l.); chez 1, de 15 mill. (7 l.).

Dans les bassins obliques-ovulaires la plus petite différence a été de 18 mill. (8 l.), la plus grande de 36 mill. (1 po. 4 l.).

4^e série. Des grands trochanters d'un côté aux épines iliaques postéro-supérieures de l'autre. La différence a été, chez 18 femmes, 0; chez 8, de 2 mill. (1 l.); chez 17, de 4 mill. (2 l.); chez 16, de 6 mill. (3 l.); chez 8, de 9 mill. (4 l.); chez 2, de 11 mill. (5 l.); chez 6, de 13 mill. (6 l.); chez 3, de 15 mill. (7 l.); chez 1, de 18 mill. (8 l.); chez 1, de 20 mill. (9 l.).

Dans les bassins obliques-ovulaires la plus petite différence a été de 27 mill. (1 po.), la plus grande de 42 mill. (1 po. 7 l.).

5^e série. Du bord inférieur de la symphyse pubienne aux épines iliaques postéro-supérieures gauche et droite. La différence entre les deux distances a été, chez 32 femmes, 0; chez 17, de 2 mill. (1 l.); chez 9, de 4 mill. (2 l.); chez 12, de 6 mill. (3 l.); chez 4, de 9 mill. (4 l.); chez 2, de 11 mill. (5 l.); chez 2, de 13 mill. (6 l.); chez 1, de 18 mill. (8 l.); chez 1, de 20 mill. (9 l.).

Dans les bassins obliques-ovulaires la plus petite différence a été de 15 mill. (7 l.), la plus grande de 27 mill. (1 po.).

M. Danyau fait remarquer qu'il n'y a pas entre les différences que signalent les résumés précédents de rapports proportionnels, c'est-à-dire qu'on voit quelquefois sur un même bassin deux distances homologues être semblables; deux autres ne différer que d'une faible quantité, et la différence entre les suivantes être plus grande et quelquefois assez forte. Le nombre des cas dans lesquels les différences dépassent 13 mill. (6 l.) est peu considérable, là où il s'agit de distances si différentes dans le bassin oblique-ovulaire. Le second résumé montre 7 femmes chez lesquelles les différences sont de 15, 18, 20, 24 mill. (7, 8, 9, 11 l.); mais les distances fournies par les autres mesuros, un seul bassin excepté, sont nulles ou faibles. Les mêmes remarques sont applicables aux cas des 3^e, 4^e et 5^e séries, dans lesquels les différences dépassent 13 mill. (6 l.). M. Danyau, prenant un à un chacun de ces cas, fait voir à une seule exception près, après avoir signalé une différence notable entre deux distances homologues, qu'il ne s'en trouve plus, ou qu'il n'en existe que de faibles entre les autres distances prises deux à deux. En se reportant aux tableaux de M. Naegelé, il fait remarquer d'une part des différences très grandes; d'autre part, que les différences indiquées pour les diverses distances prises sur un même bassin sont dans des rapports à peu près constamment proportionnels. Il en conclut, 1^o qu'aucune des femmes qu'il a examinées ne présentait le vice de conformation

décrit par M. Naegelé; 2^o que, chez les femmes dont le bassin est régulièrement conformé, on ne trouve point de différences, ou au moins on ne trouve que des différences très légères entre des distances qui en offrent de si grandes, au contraire, lorsque le bassin est obliquement rétréci; 3^o qu'en outre, les différences, lorsqu'on en trouve, ne sont que partielles au lieu d'être générales, et accusent quelques unes de ces irrégularités si communes dans le bassin des femmes en apparence les mieux conformées, mais qui ne sauraient faire croire à l'existence d'une déformation profonde, capable de mettre obstacle à la terminaison de l'accouchement; 4^o que les moyens de diagnostic proposés par M. Naegelé conduiront certainement au but qu'il se propose; qu'à leur aide on pourra toujours constater l'absence ou reconnaître la présence d'un vice de conformation que son mode de développement et que ses apparences extérieures n'auraient pas même fait soupçonner. Le soin avec lequel M. Danyau a pris ces mesures ne permet pas de supposer qu'il ait pu commettre des erreurs un peu sensibles. Il fait observer que les différences assez considérables qu'il a rencontrées quelquefois ajoutent de nouvelles preuves à l'appui de l'opinion de MM. Naegelé et Otto, qui ont cherché à démontrer la rareté des bassins parfaitement réguliers.

6^o Les mesures prises par M. Danyau me paraissent très propres à conduire au diagnostic de la bonne ou mauvaise conformation du bassin; à faire reconnaître les différentes espèces des viciations, et en particulier les bassins trop petits quoique régulièrement conformés, que, comme les obliques-ovulaires, le plus souvent rien ne fait soupçonner d'avance, et les bassins rachitiques, dont l'arrêt de développement prédomine sur la déformation. Ces mesures peuvent donner aussi des notions précieuses, quoique moins précises, sur les bassins dont la viciation dépend principalement de leur déformation. Les femmes dont M. Danyau a mesuré le bassin paraissaient l'avoir bien conformé, et, chez plus de la moitié, des accouchements plus ou moins répétés ont prouvé qu'il était assez ample pour permettre l'expulsion naturelle et facile du fœtus à terme. Toutes les fois qu'on trouvera le bassin dans les mêmes conditions, on pourra en conclure qu'il est assez ample et assez bien conformé pour livrer passage au fœtus. Mais aux mesures précédentes, il faudrait encore ajouter celle qui se prend de la symphyse des pubis à l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre lombaire: cette dimension aurait besoin d'être déterminée, chez grand nombre de femmes bien conformées, afin de connaître les degrés de variation. En attendant, on peut

admettre que 44 à 43 mil. (5 à 6 l.) en plus ou moins sur l'étendue, moyenne indiquée par les auteurs, ne changent pas les conditions de la bonne conformation du bassin. Pour fournir des termes de comparaison utiles, il ne suffit pas d'établir la longueur moyenne de chaque dimension, mais il faut présenter le tableau exact de leurs variations; et comme les différences ont été très variées et assez étendues, nous les présenterons de manière à multiplier le moins possible le nombre des chiffres. Sous le rapport des dimensions, le bassin sera divisé en trois catégories, qui comprendront les bassins grands, moyens, petits mais compatibles avec l'accouchement spontané. Les bassins de la deuxième catégorie seront de beaucoup les plus nombreux; ceux de la première et de la troisième, quoiqu'en beaucoup plus petit nombre, ne doivent cependant pas être considérés comme étant dans des conditions exceptionnelles, surtout dans les limites les plus rapprochées de la catégorie moyenne.

I. *Des tubérosités sciatiques aux épines iliaques postéro-supérieures diagonalement opposées.*

N° 1.

De 216 à 189 mill. (8 po. à 7 po.), 32 fois.

N° 2.

De 187 à 164 mill. (6 po. 11 l. à 6 po. 1 l.), 108 fois.

N° 3.

De 162 à 144 mill. (6 po. à 5 po. 4 l.), 20 fois.

II. *Des épines iliaques antéro-supérieures aux épines iliaques postéro-supérieures diagonalement opposées.*

N° 1.

De 247 à 222 mill. (9 po. 2 l. à 8 po. 3 l.), 37 fois.

N° 2.

De 220 à 193 mill. (8 po. 2 l. à 7 po. 2 l.), 109 fois.

N° 3.

De 191 à 160 mill. (7 po. 2 l. à 6 p. 3 l.), 14 fois.

III. *De l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre lombaire aux épines iliaques antéro-supérieures.*

N° 1.

De 216 à 195 mill. (8 po. à 7 po. 3 l.), 48 fois.

N° 2.

De 193 à 173 mill. (7 po. 2 l. à 6 po. 5 l.), 108 fois.

N° 3.

De 171 à 162 mill. (6 po. 4 l. à 6 po.), 38 fois.

IV. *Des grands trochanters aux épines iliaques postéro-supérieures diagonalement opposées.*

N° 1.

De 258 à 243 mill. (9 po. 7 l. à 8 po. 10 l.), 22 fois.

N° 2.

De 240 à 209 mill. (8 po. 11 l. à 7 po. 9 l.), 144 fois.

N° 3.

De 107 à 189 mil. (7 po. 8 l. à 7 po.), 24 fois.

V. *Du bord inférieur de la symphyse pubienne aux épines iliaques postéro-supérieures.*

N° 1.

De 202 à 184 mill. (7 po. 6 l. à 6 po. 10 l.), 28 fois.

N° 2.

De 182 à 166 mill. (6 po. 9 l. à 6 po. 2 l.), 108 fois.

N° 3.

De 164 à 148 mill. (6 po. 4 l. à 5 po. 6 l.), 24 fois.

Les distances homologues présentant sur la même femme des différences assez notables, il peut arriver que l'une se rapporte au n° 3, et l'autre au n° 2. La même chose se rencontre encore plus souvent pour les distances non homologues qui offrent des différences bien plus grandes; de sorte qu'un bassin qui semble se rapporter par deux ou trois de ses distances aux bassins petits, peut être de grandeur moyenne, et même un peu au-delà. La forme variée des bassins même bien conformés explique ces particularités.

Il nous reste maintenant à examiner si les bassins dont toutes les dimensions approchent des derniers degrés du n° 3 ne sont pas réellement trop petits pour l'accouchement naturel. Deux des femmes observées par M. Danyau sont dans ces conditions; mais elles n'ont jamais accouché. Parmi celles qui ont accouché naturellement, plusieurs offrent des dimensions coïncidant avec les premiers degrés du n° 3 et les derniers du n° 2. Le diagnostic prendra plus de précision lorsqu'on aura obtenu un point de

comparaison, en mesurant un certain nombre de bassins trop petits pour l'accouchement naturel, quoique régulièrement conformés.

Les dimensions d'un bassin déformé, comparées aux dimensions précédentes, pourront également éclairer sur l'existence et l'étendue d'un rétrécissement dans diverses directions. Quoique cette méthode ne donne pas les degrés précis du rétrécissement du bassin, elle n'en a pas moins de grands avantages, parce qu'elle fournit des éclaircissements sur l'étendue des diamètres obliques et transverse du détroit supérieur, dont l'examen est le plus souvent impossible au moyen des doigts portés à l'intérieur. Parce que le pelvimètre mesure exactement le bassin à l'extérieur, on aurait voulu pouvoir en déduire avec la même exactitude son étendue intérieure, ce qui est absolument impossible. Tout ou rien, telle est l'alternative à laquelle on l'a mis, sans songer de quelle importance sont les approximations qu'il peut donner. Ne sait-on pas que, dans une foule de circonstances, la mesure exacte de tous les diamètres du bassin vicié laisse pendant un certain temps dans l'incertitude sur la conduite à tenir? Dans les cas où l'impossibilité de la sortie du fœtus à travers le bassin est de toute évidence, le diagnostic est généralement facile et entièrement à la portée des doigts et de la main, qui peuvent dispenser de recourir à d'autres moyens. Mais à mesure que le rétrécissement du bassin s'éloigne de ces conditions, les doigts perdent en grande partie leur avantage même pour le diamètre sacro-pubien, et les mesures extérieures leur prêtent alors un secours précieux pour arriver à la plus grande approximation possible des dimensions des diamètres du détroit supérieur, dans les points indéterminés et variables où l'on voit cesser la possibilité de l'accouchement naturel. Le même bassin peut, dans des circonstances différentes, permettre l'accouchement d'un enfant à terme ou s'y opposer. Un bassin dont les dimensions sont au-dessous des dernières limites de l'état normal peut être compatible avec un accouchement spontané; tandis qu'un bassin petit, mais normal et même moyen, peut exiger des secours et entraîner la mort de l'enfant; il faut tenir compte des circonstances indéterminées, le volume du fœtus, l'énergie des forces de l'utérus. Dans ces cas, la mesure exacte du bassin, pas plus que la simple approximation, n'indique d'emblée la conduite à tenir. Mais à défaut de la première, presque toujours impossible à obtenir, la seconde servira le plus souvent à prendre, à une certaine époque du travail, le parti le plus avantageux pour la mère et pour l'enfant. On voit facilement l'importance qu'il faut accorder à la combinaison de tous les modes d'exploration du bassin, surtout lorsqu'il n'est

pas dans les conditions où les doigts peuvent donner des notions précises. La mensuration extérieure, dans les six directions que nous avons indiquées, nous paraît un des moyens les plus propres à conduire à des résultats satisfaisants.

Pour qu'on puisse avoir des mesures comparables à celles qu'a données M. Danyau, je vais indiquer de quelle manière il a procédé. Pour les distances I, II, IV et V, les femmes ont été couchées d'abord sur le côté gauche, puis sur le côté droit, les cuisses fléchies sur l'abdomen, les jambes dans la demi-flexion sur les cuisses, le siège saillant un peu au-delà du bord de la table, le tronc d'ailleurs le plus horizontal possible. Ensuite il s'est assuré avec le plus grand soin des points sur lesquels les deux lentilles du compas d'épaisseur devaient être appliquées. Pour fixer les distances I, IV, il a cherché à rendre, autant que possible, les conditions pareilles des deux côtés, en plaçant, pour la première, la lentille sur la partie la plus postérieure de la tubérosité sciatique, et pour la quatrième, en faisant fléchir la cuisse de telle sorte qu'elle fit un angle droit avec l'axe du corps; pour l'une et l'autre enfin, il a cherché à déprimer également les parties molles pour arriver aux saillies osseuses; il assure qu'on ne tarde pas à acquérir sous ce rapport l'habitude nécessaire. Quant à la distance III, par cela même qu'il est en effet possible que dans certains cas, rares pourtant, on ait de la peine à reconnaître l'apophyse épineuse de la 5^e vertèbre lombaire et que la lentille soit appliquée sur une autre apophyse; comme, d'autre part, les inclinaisons du tronc peuvent faire varier les rapports, M. Danyau a cru nécessaire que la position de la femme fût telle que les parties fussent bien en vue et que les inflexions de la colonne vertébrale, très peu étendue, il est vrai, dans cette région, n'apportassent pas des différences là où il n'en existait réellement pas. En conséquence, les femmes étaient d'abord placées dans une position verticale, les deux pieds, les deux genoux appliqués exactement l'un contre l'autre, les jarrets bien tendus, puis le haut du corps était fléchi directement en avant, de telle sorte que le tronc fit avec les membres inférieurs un angle à peu près droit. Dans cette position la 3^e distance était facile à constater de manière à éviter toute erreur; les apophyses épineuses lombaires faisaient autant de saillie que possible. Une seule fois toutes les saillies étaient un peu difficiles à trouver, parce que la femme, outre un embonpoint assez considérable, avait les chairs fermes et très peu dépressibles; M. Danyau n'en est pas moins parvenu à déterminer les distances qu'il voulait reconnaître. Dans trois cas

seulement il a été impossible de fixer précisément le point correspondant à la 5^e vertèbre lombaire; il s'est alors contenté, d'après l'indication de M. Naegelé, de placer la lentille du compas d'épaisseur aussi exactement que possible sur la ligne médiane dans le point qu'il présumait correspondre à l'apophyse. Une seule fois, chez une femme très grasse, il a eu de la peine à bien reconnaître les deux épines iliaques postérieures et supérieures. Les fossettes qui en indiquent le siège lui ont servi de guide. Ce moyen ne lui a pas paru infallible; il a plus d'une fois remarqué que ces fossettes pouvaient, suivant la position, correspondre ou ne plus correspondre aux épines. Les tubérosités sciatiques sont en général faciles à reconnaître; dans trois cas pourtant, ce n'est pas sans quelque peine qu'il est parvenu à les sentir; enfin une seule fois les trochanters étaient peu distincts.

III. DES PELVIMÈTRES EMPLOYÉS A L'INTÉRIEUR.—Ce mode d'exploration du bassin, qui compte un grand nombre d'instruments, n'a pas encore réellement pris place dans la pratique. La description de ces divers pelvimètres serait déplacée ici. La plupart de ces instruments sont tombés dans l'oubli et n'offrent plus qu'un intérêt purement historique. Le même sort menace ceux dont nous allons parler; car, outre que leur application est impraticable dans une foule de cas, elle est, dans les autres, difficile et douloureuse, et ne donne souvent que des résultats erronés.

1^o Le pelvimètre de Contouly devrait être placé au nombre des premiers; mais l'époque où il a joui d'une si grande vogue est si peu éloignée, que son omission ressemblerait à un oubli. Cet instrument ressemble assez exactement au podomètre des cordonniers; il est composé de deux règles-équerres en fer, pouvant glisser à volonté l'un sur l'autre au moyen d'une rainure. Lorsqu'il est fermé, les deux branches verticales, très courtes, sont en contact; en faisant glisser les deux règles l'une sur l'autre, les deux branches verticales s'éloignent, et l'une d'elles doit être fixée sur l'angle sacro-vertébral, et l'autre ramenée derrière la symphyse des pubis. Une échelle tracée sur l'une des longues branches de l'équerre indique le degré d'éloignement des extrémités redressées à angle droit, et donne la mesure du diamètre sacro-pubien, le seul qu'il puisse mesurer. On peut s'en servir d'une autre manière: on introduit dans le vagin seulement la branche destinée à être appliquée contre le promontoire, et on fait glisser l'autre d'avant en arrière jusqu'à ce qu'elle embrasse exactement la symphyse des pubis en avant. Il faut ensuite retrancher de la largeur totale l'épaisseur de la symphyse pu-

bienne et des parties molles qui la recouvre. La résistance du vagin, la saillie de l'utérus dans le bassin, rendent l'application de cet instrument difficile et douloureuse, même dans les cas où elle est le plus facilement praticable. Si l'angle même de l'instrument n'appuie pas sur le promontoire, ce qui est presque impossible à cause de l'obliquité qu'il faut lui donner, l'étendue qu'il indique n'est pas l'étendue réelle du diamètre antéro-postérieur, et la différence peut être assez grande.

2^o M^{me} Boivin a cherché à remédier aux inconvénients de l'instrument de Contouly. Néanmoins son

intro-pelvimètre, qui a une grande analogie avec celui de ce dernier, laisse beaucoup à désirer; il paraît plus compliqué, parce qu'il réunit le pelvimètre de Baudelocque et celui de Contouly. La figure 48 nous dispense d'une description détaillée. On voit que la direction des branches verticales, au lieu d'être perpendiculaire à la tige, fait avec elle un angle de 125° environ et qu'elles sont un peu recourbées de manière à s'accommoder à la forme des parties avec lesquelles elles doivent être mise en contact. L'articulation des branches n'a pas lieu, comme dans le pelvimètre de Contouly, à l'aide d'une gouttière, mais se fait latéralement. La tige graduée dont l'extrémité est recourbée porte le nom de branche rectale, parce qu'elle s'introduit par l'anus; la plus courte est la branche vaginale. Si on retire celle-ci et qu'on ajoute la branche qui porte l'arc de cercle gradué, l'instrument est transformé en un compas d'épaisseur. M^{me} Boivin a cherché à démon-

trer que son pelvimètre a une forme et un développement qui lui permettent de s'accommoder à la forme et aux dimensions des organes internes et externes. Elle assure qu'il peut être employé sans déterminer ni douleur ni lésion dans les différentes circon-

FIG. 48.

