sonnes bien conformées. La fausseté de cette assertion est sans doute suffisamment prouvée par les détails dans lesquels nous sommes entré. Mais il faut convenir cependant que si l'accouchement peut, dans ces cas, présenter quelques difficultés, il sera rarement impossible : au moins n'existe-t-il encore dans la science aucun fait dans lequel l'expulsion du fœtus n'ait pu avoir lieu sans opération sanglante pratiquée sur la mère ou l'enfant, ce qui tient bien certainement à ce que dans les luxations congénitales, le rétrécissement porte sur les plus grands diamètres du détroit supérieur ou du détroit inférieur.

Dans une publication récente, M. Lenoir a émis une opinion contraire à celle de M Sedillot, et pense que les luxations congénitales doubles ne produisent aucune altération notable dans la conformation du bassin, et il cite à l'appui le bassin d'une jeune femme dont il donne les dimensions. Ces dimensions, excepté celles du détroit inférieur, qui offrent un élargissement de 10 à 12 millimètres, ne diffèrent guère de celles du bassin normal.

Les observations de M. Lenoir prouvent seulement que les remarques de M. Sédillot ne s'appliquent pas à tous les cas; mais les faits observés par ce dernier chirurgien n'en conservent pas moins une grande valeur, en démontrant que, dans quelques cas, les luxations congénitales peuvent produire une altération notable dans la forme et les dimensions des diverses parties du bassin.

M. Lenoir a beaucoup plus insisté que M. Sédillot sur l'influence que peut avoir la luxation congénitale simple. Dans ce cas, dit-il, il y a arrêt de développement de tout le côté du bassin qui répond au côté luxé, et cette atrophie amène une telle déformation des deux détroits et de l'excavation, que l'on peut assurer que si l'accouchement n'est pas toujours rendu impossible, le travail en est au moins beaucoup plus long et plus difficile.

Cette dernière proposition est, je crois, beaucoup trop absolue, et les faits manqueraient pour la justifier. La déformation consécutive à la luxation simple est beaucoup moins considérable que celle qui résulte d'un double déplacement, et la pièce de M. Pacoud, décrite par M. Lenoir, ne me paraît nullement justifier ses assertions.

M. Lenoir est-il plus heureux en voulant rapprocher le bassin vicié consécutivement à une luxation simple du bassin oblique ovalaire de M. Nægele? Des différences si nombreuses existent entre ces deux bassins, qu'il m'a paru forcer les analogies qu'ils peuvent avoir, en les rangeant dans la même catégorie. Les caractères anatomiques font défaut, et le pronostic surtout est beaucoup moins grave; enfin, les indications à remplir dans l'un et l'autre cas sont essentiellement différentes.

C. — Luxations non congénitales.

L'atrophie de l'os iliaque correspondant au fémur luxé peut se rencontrer dans les luxations survenues après la naissance, que cette luxation ait été le résultat d'un accident, ou consécutive à une altération organique des surfaces

articulaires, comme dans la coxalgie. Il suffit pour cela que la luxation n'ait pas été réduite, et qu'elle ait été produite dès les premières années de la vie. Or, cette atrophie étant la cause de difformités pelviennes que nous venons d'étudier dans le paragraphe précédent, elle pourra avoir les mêmes conséquences dans le cas qui nous occupe. On comprend du reste facilement que la déformation du bassin sera d'autant plus considérable, que la luxation sera survenue à un âge moins avancé.

La cause de ces luxations doit d'ailleurs, suivant la remarque de M. Depaul (*Bulletin de la Société de chirurgie*, année 1865), être prise en grande considération. Quand elle est traumatique, elle amène beaucoup plus rarement la déformation du bassin que lorsqu'elle est consécutive à une maladie des os. M. Blot a cité dans le même recueil deux observations de luxation unilatérale produite par une coxalgie datant de la première enfance, dans lesquelles l'accouchement fut laborieux. Dans le premier cas, la céphalotripsie fut nécessaire : le bassin mesurait 8 centimètres dans son diamètre antéro-postérieur ; le diamètre oblique droit, correspondant au membre raccourci, était notablement diminué de longueur. Dans le second cas, le diamètre antéro-postérieur mesurait 7 centimètres et demi ; mais la malade accoucha avant terme, et l'extraction du fœtus put être faite avec le forceps.

D. — Lésions des membres inférieurs.

Les courbures que présentent si souvent les membres inférieurs ne diminuent pas également leur longueur, et cette brièveté inégale fait que la pression qu'ils exercent sur le fond des cavités cotyloïdes varie aussi et peut, par conséquent, vicier le côté du bassin où elle est la plus forte. Il est si vrai qu'alors la mauvaise conformation du pelvis tient à l'inégalité de longueur des membres inférieurs, que ceux-ci sont souvent courbés sans que le bassin soit vicié, lorsqu'ils conservent d'ailleurs la même longueur, et que, dans le cas d'inégalité de ces membres, il existe un rapport assez constant entre l'os iliaque déformé et le membre le plus long. Quand une femme boite, si son bassin est déformé, ce sera toujours du côté sain et non du côté malade, comme on serait porté à le croire au premier abord.

On conçoit, du reste, que le raccourcissement d'un des membres inférieurs, qu'il soit le résultat d'une fracture, d'une luxation ou d'une atrophie, peut produire le même résultat, surtout si ces accidents surviennent dans la première enfance, lorsque le bassin est encore loin d'avoir acquis son développement complet. Certains malades affectés de maladies chroniques à l'un des membres, et qui sont par suite dans l'obligation de ne marcher qu'avec des béquilles et de transmettre tout le poids du corps au membre sain, courent le même danger. Toutefois cette dernière circonstance n'a pas toujours sur le bassin cette fâcheuse influence. Ainsi Campbell dit avoir eu occasion d'examiner le cadavre d'une femme, qui, depuis l'âge de quatre ans, n'avait pu marcher qu'à l'aide d'une béquille, et cela par suite d'une maladie de l'extrémité inférieure droite; cette femme, morte quelque temps après ses couches, avait le bassin parfaitement conformé. (Campbell, page 249.)

L'amputation de la cuisse chez une jeune fille, et surtout chez un enfant, est encore capable de vicier le bassin. Chez une femme âgée de dix-huit ans, madame Lachapelle a vu le détroit supérieur réduit à la moitié de son étendue du côté droit seulement, et déjeté en totalité du côté opposé vers la cuisse gauche, qui avait été amputée quatre ans auparavant. On conçoit, en effet, qu'alors le membre artificiel ne prenant son point d'appui que sur l'ischion, la cavité cotyloïde du côté sain continue seule à être comprimée par le poids du corps [1].

ARTICLE III

INFLUENCE DES VICES DE CONFORMATION DU BASSIN SUR LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

Nul doute que les vices de conformation ne puissent avoir une influence fâcheuse sur la marche de la grossesse. Nous avons déjà dit, à l'article *Avortement*, que lorsque le rétrécissement des détroits s'accompagne de l'agrandissement de l'excavation, l'utérus, trouvant dans la cavité du petit bassin un espace plus considérable qu'à l'ordinaire, pouvait y séjourner plus longtemps et s'y développer au delà du temps habituel; et nous avons considéré cette circonstance comme une cause d'avortement, par l'impossibilité où se trouvait plus tard l'utérus de s'élever au-dessus du détroit supérieur. En traitant de la rétroversion de l'utérus, nous avons fait remarquer que ce déplacement de l'utérus était singulièrement favorisé par l'agrandissement de la concavité du sacrum.

Même dans le cas où le rétrécissement du détroit supérieur est peu prononcé, l'espèce d'enclavement que subit l'utérus dès les premiers temps de la grossesse peut exercer une compression violente des organes placés dans l'excavation. Van Doeveren cite un cas fort curieux dans lequel, dès le troisième mois de la grossesse, la malade éprouva dans le bas-ventre des douleurs très-vives qui d'abord firent craindre l'avortement. Malgré l'emploi des moyens les plus rationnels, les accidents persistèrent. En examinant avec soin, il reconnut une tumeur ovalaire, douloureuse au toucher, et qui s'élevait au-dessus de l'ombilic. La malade urinait très-souvent, mais en très-petite quantité. Il crut à une

[1] Suivant Campbell, la difformité du pelvis peut encore être causée par des contusions violentes reçues pendant l'enfance sur la région dorsale. J'en ai rencontré, dit-il, plusieurs exemples. Il y a quelques années, j'ai vu une malade qui, à l'âge de trois ans, reçut un coup violent sur la région lombaire: il existait chez elle une déformation telle du pelvis, que je crus convenable de provoquer l'accouchement à la fin du septième mois. La tête, malgré des douleurs très-énergiques, séjourna sept heures dans l'excavation: l'enfant fut pourtant expulsé. Il vécut huit jours, et succomba à des convulsions. A l'autopsie, on constata plusieurs fractures des os du crâne, et plusieurs ecchymoses sous-cutanées qui étaient évidemment le résultat des pressions qu'avait subies le fœtus pendant le travail. (Campbell, *Introduction of the study of midwifery*, p. 248.)

Cette observation est trop incomplète pour qu'elle suffise à justifier l'opinion de l'auteur. Le bassin était-il réellement rétréci? La femme n'était-elle pas rachitique? etc., etc.

hydropisie de l'utérus. Les douleurs continuèrent malgré tout ce qu'il put faire. La malade allait de mal en pis, lorsqu'un matin il la trouva beaucoup mieux et débarrassée de ses atroces douleurs. Plus de fièvre, plus de gêne dans la respiration; la tumeur avait disparu: l'abdomen, plus aplati, était plus souple, plus indolent, et offrait une fluctuation obscure. Il crut à une rupture de l'utérus, et, malgré le contentement de la malade, il porta le pronostic le plus grave. Elle mourut, en effet, deux jours après. A l'autopsie, il put constater que la vessie, dont la capacité était de beaucoup augmentée, s'était déchirée à sa partie supérieure. L'utérus remplissait tout le petit bassin si exactement, qu'il n'existait aucun espace entre lui et les parois pelviennes. Il comprimait les vaisseaux, les nerfs pelviens, ainsi que le rectum et le canal de l'urèthre contre les pubis. Le diamètre sacro-pubien n'avait que trois pouces huit lignes.

Lorsque le diamètre transversal du grand bassin est rétréci par le redressement des crêtes iliaques, comme cela se rencontre dans les luxations congénitales doubles du fémur, le développement de l'utérus en est considérablement gêné pendant les derniers mois de la grossesse, et cette difficulté que la matrice éprouve dans son développement peut, suivant la remarque d'Antoine Dubois, être une cause d'accouchement prématuré. Lorsque ce redressement n'existe que d'un côté, la gêne est moins grande; mais on conçoit toutefois qu'elle peut contribuer à produire une obliquité considérable de l'utérus du côté opposé.

En général, cependant, à l'exception de quelques incommodités qui tiennent certainement plus à l'obliquité extraordinaire des plans du bassin qu'au rétrécissement de sa cavité, et sur lesquelles nous reviendrons plus tard, les bassins trop étroits troublent rarement la marche de la grossesse. Ils ont une bien autre influence sur l'accouchement, et c'est d'elle surtout que nous allons parler.

La difficulté de l'accouchement sera, en général, d'autant plus grande, que le vice de conformation du bassin sera plus considérable. Cette proposition, vraie dans la plupart des cas, ne l'est pas cependant d'une manière absolue. Le degré de rétrécissement n'est pas, en effet, le seul point qui doive fixer l'attention de l'accoucheur. La position du fœtus, le volume de la tête, la souplesse des os du crâne, l'énergie des contractions utérines, le relâchement plus ou moins marqué des symphyses pelviennes, sont autant de circonstances importantes dont il doit tenir grand compte. Telle femme, en effet, accouche heureusement et à terme, lorsque telle autre, dont le bassin offre les mêmes dimensions, exigera pour sa délivrance l'intervention de l'art. La même femme peut s'être délivrée spontanément de son premier enfant, et présenter des difficultés telles à son second accouchement, que la mutilation du fœtus soit jugée le seul moyen de lui épargner une opération sanglante, sans qu'on puisse en conclure que son bassin se soit rétréci entre les deux grossesses; car ces différences tiendront uniquement au volume plus considérable, à la réductibilité moins grande, à la mauvaise position de son second enfant, etc. Tous les accoucheurs ont observé des faits semblables. Une femme qui se présenta à la