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

Clinique en 1838, et dont le bassin n'offrait que 7 centimètres dans le diamètre sacro-pubien, accoucha en dix-huit heures d'un enfant vivant, à terme, et dont les dimensions étaient à peu près normales : la tête était à peine déformée. Baudelocque dit avoir vu, à l'amphithéâtre de Solayres, la tête d'un fœtus qui s'était allongée de manière que son grand diamètre avait près de 22 centimètres, et que le biparíétal s'était réduit à 6 ou 7 centimètres. Il parle d'un autre fait à peu près semblable, et dans ces deux cas la vie de l'enfant n'a pas été compromise un seul instant. M. Martin (de Lyon) dit avoir vu une femme rachitique accoucher à terme d'un enfant bien portant, et par les seuls efforts de la nature. L'autopsie démontra que le diamètre sacro-pubien n'avait que 6 centimètres et demi (page 271). Il existait, en outre, ce qui rend le fait plus extraordinaire, des tumeurs squirrheuses dans l'épaisseur des parois utérines. La réductibilité de la tête est donc quelquefois excessive, et malheureusement il est presque impossible de l'apprécier d'une manière exacte.

A cette cause d'incertitude, dit madame Lachapelle, ajoutez que, chez certaines femmes, la mobilité des symphyses permet, non pas un écartement général qui n'augmenterait que de fort peu l'aire du détroit et de presque rien tous les diamètres, mais bien un glissement mutuel des surfaces articulaires, un chevauchement des pubis tel, que l'un des os innominés s'avance au niveau de l'angle sacro-vertébral, tandis que l'autre recule plus ou moins. Il suit de ce mécanisme que l'un des diamètres obliques du détroit supérieur, celui dans le sens duquel se place le grand diamètre de la tête, est notablement agrandi ; que le diamètre sacro-pubien se trouve aussi agrandi par l'avancement de l'un des os innominés. On conçoit enfin, continue l'habile sage-femme, que les deux os des hanches peuvent glisser simultanément en avant, de manière à agrandir davantage encore le diamètre sacro-pubien.

La position du fœtus est loin d'être indifférente dans la plupart des cas. Lorsque le sacrum, en se portant en avant, est en même temps déjeté de côté, de manière à rétrécir plus un des côtés du bassin que l'autre, qui ne prévoit que l'accouchement pourra s'effectuer spontanément, si la tête se présente de manière à offrir sa grosse extrémité occipitale au côté bien conformé, et qu'au contraire, il deviendra impossible si l'occiput correspond au côté rétréci ?

Lorsque le rétrécissement est tel qu'il peut rigoureusement permettre l'accouchement spontané, une position défavorable du fœtus vient ajouter beaucoup aux difficultés qui tiennent à la mauvaise conformation du bassin. Si, par exemple, au lieu de se présenter par le sommet, le fœtus s'offre au détroit supérieur par son extrémité pelvienne, on a à craindre l'arrêt de la tête au-dessus du détroit abdominal après la sortie du tronc; la lenteur de son passage à travers le même détroit ne permet pas le plus souvent d'abandonner l'accouchement aux ressources de la nature, tant à cause des dangers que fait courir à l'enfant la compression du cordon ombilical qu'à cause de la faiblesse des contractions de l'utérus qui, presque complétement désempli et revenu sur lui-même, ne conserve presque plus rien de ses facultés contractiles. (Voy. *Accouchement par l'extrémité pelvienne.*)

Enfin, il est à peine besoin d'ajouter que l'énergie des contractions utérines a, dans le résultat de l'accouchement, une part si grande, qu'on ne saurait la méconnaître. Dans certains cas, par exemple, où le bassin peu rétréci rend encore possible la sortie de l'enfant par l'application du forceps, il est évident que des contractions fortes, fréquentes, rendront cet instrument inutile, et l'accouchement se terminera seul, dans un cas où l'accoucheur eût été obligé d'intervenir si les douleurs eussent été trop faibles ou trop lentes.

Concluons donc qu'il est, dans la question qui nous occupe, une foule d'éléments qui peuvent influer sur le résultat, et que si le degré d'étroitesse du bassin est le point important à bien connaître, ce n'est pas cependant la seule donnée sur laquelle l'homme de l'art doive baser ses déterminations. Malheureusement, si nous avons des moyens à peu près sûrs d'arriver à la connaissance exacte du degré de rétrécissement, il n'en est point de même pour le volume et la réductibilité de la tête fœtale, la mobilité et l'écartement possibles des symphyses pelviennes ; il est impossible d'apprécier à l'avance toutes les ressources de l'organisme, de savoir jusqu'où pourront aller les efforts utérins. De notre ignorance sur la plupart de ces points naissent des incertitudes, des hésitations souvent fatales à la mère ou à l'enfant : incertitudes, hésitations dont ne se doutent pas les hommes qui n'ont pas approfondi toutes les difficultés de notre art, mais que comprennent très-bien les praticiens instruits et expérimentés qui ont eu de fréquentes occasions de prendre une décision, et de prononcer dans une question dont la solution peut coûter la vie à deux individus que nous avons mission de sauver.

Les réflexions qui précèdent feront assez comprendre, j'espère, que ce que nous allons dire de l'influence des vices de conformation du bassin sur l'accouchement n'a rien d'absolu, mais s'applique seulement à la majorité des cas.

Sous le rapport des difficultés et des indications que présentent les vices de conformation, nous admettrons avec M. P. Dubois trois divisions principales. La première se compose des bassins dans lesquels le rétrécissement, en quelque point qu'il existe, laisse en ce point encore un vide de 9 centimètres et demi au moins dans tous les sens.

La seconde comprend les bassins dans lesquels le rétrécissement ne laisse, au point du canal qu'il occupe, qu'un passage dont l'un ou plusieurs des diamètres auront 9 centimètres et demi au plus et 6 centimètres et demi au moins.

Dans la troisième, enfin, nous rangeons tous les cas dans lesquels le rétrécissement sera tel, que les dimensions du vide restant seront au-dessous de 6 centimètres et demi.

A. *Le bassin a au moins* 9 *centimètres et demi.* — L'accouchement, quoique en général plus long, plus difficile, et par cela même plus dangereux pour la mère et l'enfant que l'accouchement naturel, peut cependant s'accomplir spontanément, et même, dans la plupart des cas, cette expulsion spontanée doit être espérée.

La lenteur du travail se fait sentir dans la période de dilatation comme dans la période d'expulsion. Pendant la première période du travail, les contractions utérines, bien qu'énergiques et souvent régulières, ont peu d'action sur la dilatation du col : la tête est très-élevée, n'a pas de tendance à s'engager dans l'excavation, et reste au-dessus de la symphyse des pubis contre laquelle elle appuie fortement, repoussée qu'elle est en avant par la saillie de l'angle sacro-vertébral. Il est même infiniment probable que c'est à cette dernière circonstance qu'est due l'extrême lenteur de la dilatation : car la partie inférieure de l'utérus est tellement comprimée, surtout en avant, entre la tête et la symphyse pubienne, que les fibres longitudinales, malgré l'énergie de leurs contractions, peuvent à peine agir sur les fibres circulaires du col. Aussi voit-on souvent, après qu'on a, par la perforation du crâne, diminué le volume de la tête, et par conséquent fait cesser au moins en grande partie cette compression, cette dilatation, depuis longtemps stationnaire, marcher très-rapidement.

Quant aux modifications que subit la période d'expulsion, elles varient suivant le siége du rétrécissement. Ainsi, lorsque le détroit supérieur est le siége de la difformité, l'engagement pourra en être retardé : la tête ne franchira l'obstacle que sous l'influence d'efforts très-énergiques; mais si les contractions se soutiennent, la parturition se terminera heureusement. Si, comme cela s'observe quelquefois, le diamètre correspondant du détroit inférieur est agrandi, la tête du fœtus, ayant surmonté l'obstacle offert par le détroit supérieur, ne trouvera pas au détroit inférieur une résistance suffisante pour modérer la rapidité de sa descente, et pourra heurter violemment et déchirer le périnée, et nous connaissons les conséquences fâcheuses que peut avoir cette brusque expulsion de la tête.

Lorsque le détroit supérieur a conservé ses dimensions normales, l'inférieur étant seul rétréci, la tête descend assez rapidement dans l'excavation, mais ne franchit les dernières parties du canal qu'avec la plus grande difficulté. Les dimensions du détroit inférieur étant en général plus étroites que celles du détroit supérieur, il en résulte que le même degré de rétrécissement est ici beaucoup plus nuisible à l'accouchement, et nécessite plus souvent l'application du forceps.

Enfin, lorsque les deux détroits sont rétrécis au même degré, toutes les causes de difficultés dont nous venons de parler se trouvent réunies. La tête finit le plus souvent par franchir le détroit supérieur, mais, arrivée dans l'excavation et ne pouvant avancer au delà, elle y demeure comme emboîtée, jusqu'à ce que les forces épuisées, ou seulement affaiblies, soient suffisamment réparées. Pendant ce temps, la tête, qui, pour franchir le détroit supérieur, avait été fortement comprimée et dont les dimensions s'étaient réduites par le croisement des pariétaux; la tête, parvenue dans un espace plus large, reprend peu à peu son volume naturel à mesure qu'elle y séjourne davantage, s'éloigne d'autant de la forme qu'elle avait acquise dans le premier temps, et par conséquent rencontre au détroit inférieur des difficultés d'autant plus difficiles à vaincre, que les forces utérines sont déjà plus épuisées.

Ces différences dans le siége du rétrécissement doivent être connues, car elles feront éviter à l'accoucheur une erreur de diagnostic qu'alors il est assez facile de commettre. Dans le cas où le détroit supérieur est seul rétréci, la tête n'arrive dans l'excavation qu'après des douleurs très-longtemps prolongées, mais franchit presque immédiatement après le détroit inférieur. Le contraire arrive dans les cas où ce détroit inférieur est seul rétréci. L'accoucheur, jugeant de la durée probable du travail par sa durée passée, annonce que l'accouchement se terminera plus tôt ou plus tard, suivant que la tête est arrivée plus ou moins rapidement dans l'excavation; il se trompera presque toujours : car, dans le premier cas, la terminaison sera très-rapide alors qu'il la croyait encore très-éloignée; dans le second, elle se fera attendre bien au delà du terme qu'il avait fixé.

B. *Le bassin a au moins* 6 *centimètres et demi.* — Entre 8 centimètres et 9 centimètres et demi, l'expulsion spontanée du fœtus est encore rigoureusement possible; en réfléchissant toutefois à la dimension du plus petit diamètre de la tête, qui, à terme, présente au moins 9 centimètres, on voit qu'il faut, pour rendre l'accouchement possible, que les diamètres de la voûte du crâne présentent une grande réductibilité, que les contractions soient fortes et prolongées; mais au-dessous de 8 centimètres, l'accouchement, dans l'immense majorité des cas, ne pourra se passer des secours de l'art qu'autant que les parties du fœtus seront ramollies par la putréfaction, ou que l'enfant n'aura pas acquis le développement qu'il présente au terme ordinaire de la grossesse.

C. *Enfin, le bassin a moins de* 6 *centimètres et demi.* — Ce degré de rétrécissement rend physiquement impossible l'accouchement naturel à terme. Une trop grande disproportion existe entre les dimensions du canal et celles du corps qui doit le traverser, et il ne reste plus à l'accoucheur qu'à augmenter celles-là par la symphyséotomie, ou à diminuer par l'embryotomie le volume du fœtus, s'il n'aime mieux lui frayer une voie nouvelle et plus facile en pratiquant l'opération césarienne.

M. le professeur Depaul cite, il est vrai, dans ses cours, deux exemples dans lesquels l'accouchement se serait heureusement terminé, bien que le bassin n'eût que 5 centimètres et demi dans son diamètre antéro-postérieur; mais ce sont là des exceptions tellement rares, qu'on peut, en quelque sorte, les oublier dans la pratique ordinaire. On ne doit pas compter sur un accouchement heureux au-dessous de 6 centimètres et demi.

Sous le rapport du pronostic, il est bien important de distinguer les bassins déformés par le rachitisme et ceux dont le rétrécissement est dû à l'ostéomalacie. Si dans le premier cas, en effet, la gravité du pronostic est uniquement en rapport avec le degré du rétrécissement, il n'en est pas tout à fait et toujours de même dans le second. Ici se présente, en effet, une considération importante. L'ostéomalacie a pour premier résultat de produire un ramollissement extrême du tissu osseux, et la déformation du squelette n'est que consécutive; mais ce ramollissement n'arrive que par degrés à son *summum* d'intensité, et, sous l'influence d'un traitement convenable, la maladie peut être arrêtée dans

sa marche ou s'améliorer, et même, dit-on, guérir complétement. On conçoit que, pendant cette période de croissance et celle d'amélioration, qui peuvent durer plusieurs années, le ramollissement passe successivement par des degrés différents. Or, ce ramollissement, quand il existe encore au moment de l'accouchement, offre au praticien une ressource bien précieuse, quel que soit d'ailleurs le degré du rétrécissement. Il résulte, en effet, des faits consignés dans la dissertation de M. Spengel, que souvent les os conservent encore, au moment de l'accouchement, assez de souplesse pour se laisser dilater spontanément et permettre l'expulsion du fœtus, ou du moins son extraction artificielle. Ainsi, dans un cas cité par Homberger, le diamètre sacro-pubien offrait à peine 5 centimètres, et cependant, après avoir constaté la flexibilité que l'ostéomalacie laissait aux os, il annonça que l'accouchement pourrait se faire par les forces de la nature. Il rompit les membranes au bout de vingt-quatre heures, puis, après vingt-quatre heures d'attente, l'engagement était assez prononcé pour qu'on pût appliquer le forceps; à l'aide de tractions assez fortes, Homberger put amener une fille qui vécut quatre semaines. Chez une autre femme, dont le diamètre sacro-pubien avait au plus 2 pouces et quart, Hasslocher, médecin de Landau, parvint, à l'aide de pressions extérieures, à engager la tête du fœtus dans la cavité du bassin; il put ensuite appliquer le forceps, et il ne lui fallut qu'un assez médiocre effort pour amener un enfant mort du poids de 6 livres et demie. Kilian a cité d'autres faits d'accouchements heureux pendant la grossesse; le docteur Collineau en a observé un autre dont on trouvera la relation dans son excellente thèse.

Certes, de pareils faits sont consolants et méritent bien de fixer l'attention. Malheureusement, il est bien difficile de reconnaître le degré précis de flexibilité des os au-dessous duquel il n'y a plus à espérer l dilatation spontanée; car, entre le début du ramollissement et le moment où les os ont à peine la consistance d'une pulpe gélatineuse, il y a une foule de degrés intermédiaires, et toute la difficulté consiste à bien préciser les cas où l'on peut se fier aux efforts de la nature et ceux où l'on n'en peut rien espérer. Une confiance mal fondée peut avoir les plus graves conséquences: car, d'une part, l'expectation trop longtemps prolongée peut compromettre la vie du fœtus qu'on aurait pu sauver en pratiquant l'opération césarienne au moment le plus favorable, et, d'autre part, les tentatives faites inutilement avec le forceps exposent la mère aux plus grands dangers : les os affectés d'ostéomalacie, en effet, sont le plus souvent ramollis; mais, quelquefois aussi, la maladie a seulement rendu les os plus friables, et l'on conçoit facilement que les tractions exercées par l'instrument pourraient produire des fractures dangereuses. Il serait donc bien important d'avoir des règles de conduite; mais, dans l'état actuel de la science, il est impossible de rien préciser d'une manière absolue : c'est seulement sur l'ensemble des phénomènes offerts par la malade que l'accoucheur peut fonder une pinion. Sans penser, dit M. Spengel, qu'il soit permis de reconnaître d'une manière sûre à quel degré se trouve arrivé le ramollissement des os du bassin, nous croyons que, en tenant compte des symptômes qui ont précédé l'accou-

chement et de ceux qui l'ont accompagné, on peut argumenter d'une manière assez probable. Nous avons réuni quarante observations d'ostéomalacie générale survenue chez des femmes. Dans dix-neuf d'entre elles, le temps où les douleurs produites par l'ostéomalacie ont commencé ne se trouve pas indiqué, on n'en peut donc rien conclure; mais douze fois les premières douleurs ont paru pendant les couches, deux fois peu de temps après l'accouchement, sept fois pendant la grossesse. Toutes les fois qu'on a noté avec soin le moment où les douleurs, après s'être calmées, s'aggravaient de nouveau, on a trouvé que cette exacerbation survenait pendant une nouvelle grossesse. D'où l'on peut supposer que le ramollissement des os est plus considérable à la fin de la grossesse qu'il ne l'était avant elle. Lors donc que l'altération s'est accrue jusqu'au terme de la grossesse, que la difficulté des mouvements ou les douleurs n'éprouvent aucune diminution, nous pensons qu'on peut regarder le degré de ramollissement comme étant en rapport avec la violence et la durée de ces symptômes. Le médecin devra enfin s'éclairer par l'exploration manuelle, et il pourra constater, dans quelques cas, un ramollissement tel, que les os cèdent à la pression d'un ou plusieurs doigts. Nul doute qu'alors il ne puisse compter sur l'accouchement spontané, ou du moins sur le succès d'une application de forceps faite avec ménagement. Il le devra d'autant mieux, que l'opération césarienne, si grave d'ailleurs par elle-même, l'est beaucoup plus encore quand elle est pratiquée sur des femmes affectées d'ostéomalacie.

Indépendamment des difficultés que les rétrécissements du bassin, de quelque nature qu'ils soient, apportent à l'accomplissement des phénomènes mécaniques de l'accouchement, ils deviennent souvent pour la mère la cause d'accidents graves, et font courir au fœtus les plus grands dangers.

En mettant un obstacle invincible au passage de la tête, ils exposent la femme à la rupture de l'utérus et de la vessie, à la contusion violente et à l'inflammation consécutive de ces organes et du péritoine, et enfin à un état fébrile et adynamique assez grave par lui-même pour la faire périr avant l'accouchement. Cet état est la plus fréquente cause de la mort des femmes qui ne sont pas secourues. Alors même que l'accouchement est opéré spontanément ou artificiellement par la voie naturelle, la longueur du travail antécédent, la force avec laquelle la tête du fœtus presse sur toutes les parties molles des détroits et de l'excavation, exposent celles-ci à des contusions longtemps prolongées et suivies le plus souvent de la gangrène; de là des fistules utéro-vésicales, vésico-vaginales, etc., suivant le point qui a été spécialement comprimé. L'engagement forcé de la tête dans un bassin trop étroit détermine souvent l'écartement des symphyses; d'où peuvent résulter, comme conséquences immédiates, des inflammations, des suppurations souvent intarissables, et comme conséquences éloignées, une grande mobilité dans les articulations du bassin, la claudication, quelquefois même l'impossibilité de la marche et de la station (Lachapelle).

La lenteur du travail est évidemment une cause de mort pour l'enfant. La tête, dans le cas qui nous occupe, retenue au-dessus du détroit supérieur, ne s'oppose pas, en bouchant le col, à l'écoulement du liquide amniotique, de