

croisement des muscles qui s'insèrent au pubis. L'inférieur, ou sous-pubien, se moule sur l'arcade pubienne, qu'il contribue à arrondir; le postérieur et le supérieur sont des dépendances du périoste.

Malgaigne accepte, d'après Leroy (d'Étiolles), que la hauteur de la symphyse pubienne augmente sensiblement après la ménopause : c'est ainsi qu'à quarante-cinq ans elle mesurait 38 millimètres, tandis qu'à soixante-dix et quatre-vingts ans elle en mesurait 45. Ces faits, au moins singuliers, demanderaient, il me semble, à être vérifiés de nouveau.

Dans les cas de bassins rétrécis, on est revenu, de nos jours, à la symphyséotomie, opération déjà ancienne, mais qui avait été abandonnée. Le professeur Pinard en est un partisan convaincu et lui doit de nombreux succès.

L'*articulation sacro-coccygienne* est une symphyse. Un ligament interosseux et des ligaments périphériques unissent les deux os. Le coccyx bascule aisément en avant et en arrière et modifie ainsi le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur. Dans les chutes sur le siège, ou à la suite de coups, le coccyx est susceptible de se luxer en avant. Il en résulte une douleur parfois extrêmement vive; le diagnostic s'établit aisément à l'aide du toucher rectal. J'en ai observé un cas sur une femme à l'hôpital Saint-Antoine : je constatai le relief que formait le coccyx au-devant du sacrum, et je pus réduire facilement en reportant cet os en bas et en arrière. La douleur, qui était très intense, disparut instantanément.

Il existe une affection singulière, décrite sous le nom de *coccydynie*, caractérisée par une violente douleur siégeant au niveau du coccyx, que l'on observe surtout chez la femme et dont se sont particulièrement occupés les accoucheurs. On considère, jusqu'à présent, cette maladie comme une névralgie dont la guérison est fort difficile à obtenir. Simpson, et beaucoup d'autres après lui, ayant vu tous les moyens ordinaires échouer, n'ont pas hésité à réséquer le coccyx, ce que j'ai fait moi-même sans succès. Espérons que les injections épidurales donneront de meilleurs résultats.

Je signale seulement la membrane fibreuse qui obture incomplètement le trou sous-pubien et ne mérite vraiment pas le nom de *ligament*.

Le bassin présente encore deux ligaments destinés à convertir en trous les échancrures qui existent à l'état sec au pourtour de sa circonférence inférieure. L'un de ces ligaments, le *grand ligament sacro-sciatique*, s'étend de l'ischion aux parties latérales du sacrum et du coccyx; le *petit ligament sacro-sciatique* part de l'épine sciatique et se confond ensuite avec le précédent.

La *cavité pelvienne* offre à considérer deux orifices ou *détroits*; l'un supérieur, l'autre inférieur, et une partie intermédiaire, l'*excavation*.

Le *détroit supérieur* a été comparé justement à un cœur de carte à jouer dont la pointe, dirigée en avant, serait échancrée. Cela est vrai sur le squelette, mais sur un bassin frais la présence des parties molles et du psoas en particulier modifie complètement cet aspect: le détroit supérieur affecte alors la forme d'un triangle dont la base est dirigée en avant et le sommet tronqué en arrière.

Le plan du détroit supérieur, fortement incliné en bas et en avant, forme avec l'horizon un angle d'environ 60°. L'axe de cet orifice est représenté par une ligne qui, partant de l'ombilic, irait aboutir à la partie moyenne de la courbure sacrée.