reconnaît assez facilement à la saillie qu'il forme et à la dépression transversale que présente l'articulation sacro-lombaire. Lorsque l'extrémité du doigt est bien appliquée sur la partie antérieure, on relève le poignet jusqu'à ce que son bord radial soit arrêté par la partie inférieure de la symphyse des pubis (voyez la figure 108). L'indicateur de l'autre main vient, en prenant la précaution de

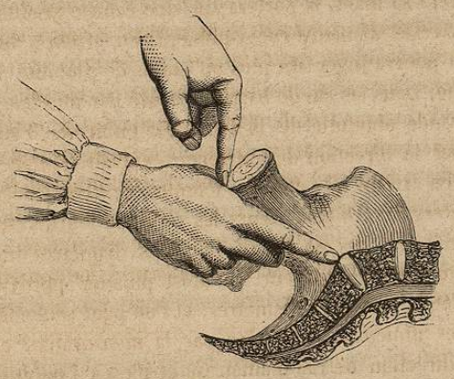

Fig. 108.

bien écarter les grandes et petites lèvres, s'appliquer par sa face unguéale contre le vestibule sur lequel on le fait glisser, jusqu'à ce que l'extrémité de l'angle rencontre le doigt introduit dans le vagin. Le point de rencontre des deux doigts doit se faire exactement au niveau de la partie inférieure de la symphyse du pubis. En pressant avec l'ongle, on fait sur le doigt de la main droite une empreinte qu'il est facile de reconnaître. On retire alors ce doigt, et, le plaçant sur un mètre, on apprécie très-bien la distance qui sépare l'angle sacro-vertébral, sur lequel l'extrémité du doigt était appliquée, de la partie inférieure de la symphyse. Mais cette ligne oblique est plus longue que le diamètre antéro-supérieur du détroit supérieur qui aboutit, en avant, à la face postérieure et supérieure de la symphyse; il faut, en conséquence, en retrancher la quantité dont elle excède. Or, en retranchant 9 à 11 millimètres pour un grand bassin, et 6 à 9 seulement pour un petit, on aura très-exactement l'étendue de l'intervalle sacro-pubien. Dans le nombre de millimètres à retrancher, il faudra, du reste, se diriger sur l'épaisseur, la longueur plus ou moins grande, et l'obliquité plus ou moins prononcée de la symphyse ; circonstance dont il est très-facile de s'assurer par le toucher.

La mensuration avec le doigt est celle qui donne les meilleurs résultats; mais elle doit être faite avec soin, en suivant exactement le manuel opératoire décrit plus haut. Si l'on néglige d'écarter les grandes et petites lèvres, ou si l'ongle n'est pas immédiatement appliqué contre la partie inférieure de la symphyse, la mesure obtenue est forcément inexacte.

Le doigt introduit dans les parties pourra encore apprécier l'étendue du diamètre antéro-postérieur de l'excavation; car il pourra très-facilement parcourir toute la face antérieure du sacrum, et juger par conséquent si sa concavité antérieure est augmentée ou diminuée.

Enfin, son extrémité étant appliquée contre la pointe du coccyx, l'accoucheur relèvera encore le poignet jusqu'à ce que le bord radial de la main soit arrêté par la partie inférieure de la symphyse ; puis, marquant ce point avec l'autre index, il retirera sa main, la portera sur une échelle graduée, et pourra ainsi très-bien apprécier le diamètre coccy-pubien. En pressant un peu sur la pointe du coccyx, on pourra juger du plus ou moins de mobilité de l'articulation sacro-coccygienne. Dans les cas de barrure causée par une longueur excessive ou une trop grande obliquité de la symphyse pubienne, l'attention sera facilement éveillée par la direction de l'ouverture vulvaire : celle-ci est alors située beaucoup plus en arrière que chez les femmes bien conformées.

Si pour les diamètres antéro-postérieurs les résultats fournis par le toucher sont satisfaisants, il n'en est pas de même pour les diamètres transverses et obliques, au moins au détroit supérieur. Ce n'est plus qu'approximativement qu'on peut juger de l'étendue de ces diamètres, et l'on peut seulement, à l'aide du doigt, contrôler les dimensions données par la mensuration externe. On porte le doigt dans la direction de ces diamètres, et c'est à l'habitude, au tact de l'accoucheur, à juger des différences que présentent les parties latérales et supérieures de l'excavation. Nous aurons, du reste, occasion tout à l'heure de réparer en partie cette lacune, en empruntant aux travaux de MM. Nægele et Danyau les résultats de leurs recherches.

Quant aux diamètres transverses du détroit inférieur, on conçoit combien il est facile, à l'aide des doigts, d'apprécier leur dimension.

Enfin, le doigt, avec de l'habitude, donnera une idée assez exacte de la longueur de la symphyse des pubis, de l'évasement et de la hauteur de l'arcade pubienne, de la hauteur, de la rectitude ou de la déviation des parois latérales de l'excavation, de la saillie plus ou moins prononcée de l'épine ischiatique.

A l'aide du doigt seulement, on pourra reconnaître l'existence des diverses tumeurs qui peuvent obstruer l'excavation et rétrécir beaucoup la voie préparée au fœtus. Mieux que tout autre instrument, il pourra constater leur nature, leur mollesse ou leur résistance, leur mobilité ou leur adhérence aux parois osseuses ou aux parties molles qui les tapissent.

Pendant le travail, le toucher, qui est d'ailleurs si souvent utile, peut pourtant être insuffisant. Si le rétrécissement n'est pas très-prononcé, la tête, bien que longtemps arrêtée, peut cependant s'engager à la partie supérieure de l'excavation, et faire là une saillie arrondie assez considérable au-dessous du détroit supérieur, pour que le doigt ne puisse pas atteindre l'angle sacro-vertébral; et si alors, comme cela arrive le plus souvent, le corps du sacrum est fortement repoussé en arrière, de façon à allonger le diamètre antéro-postérieur de l'excavation et du détroit inférieur, la cause de l'arrêt de la tête pourra être méconnue, si l'on ne se rappelle qu'avant de s'engager cette tête a été longtemps arrêtée au-dessus de la symphyse des pubis. L'attention pourra cependant être

éveillée si le doigt, parcourant de haut en bas la face antérieure du sacrum, constate l'absence de courbure qu'elle offre alors. On peut, d'ailleurs, assez souvent du moins, atteindre l'angle sacro-vertébral en contournant la tête; mais le cuir chevelu œdématié descend quelquefois profondément dans l'excavation, où il fait saillie, et il devient impossible, à cause de cette saillie, de mesurer la ligne droite qui s'étend du promontoire à la partie inférieure du pubis.

Nous le répétons, le doigt d'un accoucheur est le plus parfait de tous les instruments : il ne faut pas cependant s'exagérer son importance. C'est à tort, en effet, que plusieurs praticiens déclarent, avec madame Lachapelle, que la meilleure preuve d'une bonne conformation du bassin est l'impossibilité d'atteindre avec le doigt l'angle sacro-vertébral. C'est encore à tort que quelques autres, tout en convenant de l'imperfection de nos procédés d'exploration, prétendent qu'on obtiendra, en les employant simultanément, une évaluation assez certaine pour se diriger sûrement dans la pratique. Il est, en effet, des cas où les meilleures méthodes connues d'exploration ne peuvent convenir, où le doigt ne peut atteindre l'angle sacro-vertébal, et où cependant la mutilation du fœtus, quelquefois même l'opération césarienne, ont été nécessaires.

Le bassin oblique ovalaire est de ce nombre. Aussi M. Nægele, qui l'a décrit avec tant de soin, après avoir reconnu l'insuffisance des moyens de diagnostic employés jusqu'à lui, a fait des recherches dans le but de combler cette lacune.

Il a pris sur le bassin des points autres que ceux indiqués par la plupart des auteurs, points facilement accessibles et reconnaissables, et il a mesuré avec soin les distances qui les séparent. Nous les avons déjà indiquées (p. 670, nos 6, 7, 8, 9 et 10), ainsi que l'étendue de l'intervalle qui les sépare. Sur quarante-deux bassins de femmes bien faites, nous n'avons trouvé, dit-il, dans la très-grande majorité des cas, pour les distances ci-dessus mentionnées, aucune ou presque aucune différence entre les deux côtés du même bassin. M. Danyau, répondant au vœu exprimé par M. Nægele, a répété ces recherches sur un grand nombre de femmes vivantes et bien conformées. Or, voici les résultats auxquels il est arrivé :

Sur quatre-vingts femmes, il a trouvé que :

1° La distance qui sépare la tubérosité sciatique d'un côté, et l'épine iliaque postérieure et supérieure du côté opposé, était la même des deux côtés sur vingt et une femmes. Sur cinquante et une, la différence entre les deux côtés était de 2 à 7 millimètres, et, sur huit seulement, cette différence s'élevait à 9, 11 et 13 millimètres.

Tandis que, dans les bassins obliques ovalaires, la plus petite différence était de 2 centimètres et demi, et la plus grande de 5 centimètres et demi.

2° La distance qui sépare l'épine iliaque antérieure et supérieure d'un côté, et l'épine iliaque postéro-supérieure de l'autre côté, était la même pour les deux côtés du bassin chez vingt-deux femmes. Chez cinquante et une, cette même distance, prise sur les deux côtés du bassin, offrait une différence de 2 à 13 millimètres; sur sept femmes seulement la différence était de 15 à 24 millimètres.

Dans les bassins obliques ovalaires, la plus petite différence entre les deux côtés était de 2 centimètres ; la plus grande, de 5 centimètres.

3° La distance qui sépare l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre lombaire de l'épine iliaque antérieure et supérieure était la même sur vingt-neuf femmes, pour les deux côtés du bassin ; chez cinquante et une, il y avait entre chaque côté du bassin une différence de 2 à 15 millimètres.

Dans les bassins obliques ovalaires, la plus petite différence est de 18 millimètres ; la plus grande, de 36 millimètres.

4° La distance qui sépare le grand trochanter d'un côté, et l'épine iliaque postérieure et supérieure du côté opposé, était la même sur dix-huit femmes ; cette même distance, mesurée comparativement sur les deux côtés du bassin, offrait, sur cinquante-sept, une différence de 2 à 13 millimètres; sur cinq seulement, cette différence était de 15 à 20 millimètres.

Tandis que dans les bassins obliques ovalaires, la plus petite différence était de 1 centimètre et demi ; la plus grande, de 4 centimètres.

5° La distance qui sépare le bord inférieur de la symphyse du pubis de l'épine iliaque postérieure et supérieure, d'un côté, était la même dans les deux côtés du bassin sur trente-deux femmes ; sur quarante-six la différence entre les deux côtés du bassin était, pour la même distance, de 2 à 13 millimètres ; sur deux seulement, de 18 à 20 millimètres.

Or, dans les bassins obliques ovalaires, la plus petite différence entre cette même distance, prise des deux côtés, était de 15 millimètres ; la plus grande, de 2 centimètres et demi.

Il sera donc toujours assez facile, pour peu qu'on veuille y mettre du soin, de reconnaître, à l'aide des mesures que nous venons d'indiquer, le vice de conformation dont il est ici question. En mesurant, en effet, les distances ci-dessus indiquées sur chaque côté du bassin, et en comparant entre eux les résultats obtenus sur chacun de ces côtés, on reconnaîtra facilement le bassin oblique.

« Il est encore un autre moyen, dit Nægele. Si l'on place une femme dont le bassin est bien conformé, le dos appuyé contre un plan vertical, un mur par exemple, de sorte que les épaules et la partie supérieure des fesses soient en contact avec ce plan, et qu'on laisse tomber deux fils à plomb, l'un du point qui correspond à l'apophyse épineuse de la première vertèbre sacrée ou de la dernière lombaire, l'autre du bord inférieur de la symphyse des pubis, le second couvrira plus ou moins le premier, c'est-à-dire qu'une ligne perpendiculaire au mur rencontrera les deux fils. Il n'en est pas ainsi dans le bassin oblique ovalaire. C'est, en effet, un de ses caractères essentiels que la symphyse des pubis soit dirigée d'un côté et le sacrum de l'autre, de sorte que le milieu de la symphyse pubienne corresponde aux trous sacrés antérieurs, ou même à la symphyse sacro-iliaque du côté non ankylosé. Si l'on donne à une femme dont le bassin offre cette conformation vicieuse la position que nous venons d'indi-

quer, si on laisse tomber les fils à plomb des points désignés, si l'on regarde ensuite perpendiculairement au mur, on verra que le fil placé en avant ne couvre pas celui placé en arrière : le fil postérieur se déviera à droite ou à gauche, suivant le côté ankylosé, et cette déviation sera d'autant plus considérable que le bassin sera plus mal conformé. » (Traduction de M. Danyau.)

ARTICLE V

INDICATIONS QUE PRÉSENTENT LES VICES DE CONFORMATION DU BASSIN

Nous n'avons rien à dire ici des moyens qu'il serait peut-être convenable d'employer pour remédier aux vices de conformation du bassin, lorsqu'ils existent. Ce sujet rentre complétement dans la chirurgie du système osseux. Jusqu'à présent, d'ailleurs, les moyens mécaniques et gymnastiques ne sont d'aucune efficacité pour changer la forme du bassin ; mais si le médecin ne peut rien pour guérir, au moins n'est-il pas complétement impuissant quand il est encore possible de prévenir de pareilles difformités. C'est surtout dans les premières années qu'il doit veiller avec la plus tendre sollicitude sur toutes les circonstances qui peuvent influer sur le développement régulier du squelette. Il devra soustraire les enfants rachitiques aux pressions qui, dans les diverses attitudes, agissent sur la circonférence du bassin. Il recommandera avec soin de les laisser couchés le plus longtemps possible. Il défendra à la nourrice d'avoir toujours son enfant sur les bras, comme elles le font presque toutes. On devra bien se garder de les faire marcher de trop bonne heure, et ils devront conserver la position horizontale jusqu'à ce que les os aient acquis chez eux la solidité convenable. Ce sera par degrés seulement, et à mesure que leurs forces s'accroîtront, qu'on les soumettra à l'action du poids du corps. Il ne faudra point, dit M. Bouvier, se laisser retenir par la crainte chimérique d'augmenter la débilité, en privant les enfants d'un exercice nécessaire. Le repos convient mieux, au contraire, à l'état de langueur dans lequel ils se trouvent, et l'on peut leur procurer par un exercice passif, par l'exposition au soleil, par des mouvements généraux dans l'attitude horizontale, une compensation suffisante à l'inaction dans laquelle on les maintient pendant une partie de la journée.

Les indications que présentent à l'accoucheur les vices de conformation du bassin, considérés seulement sous le rapport de l'influence fâcheuse qu'ils peuvent exercer sur les fonctions puerpérales, varient évidemment suivant le degré de la difformité. En étudiant cette influence, nous avons rangé tous les bassins viciés en trois catégories. Dans la première, nous avons placé les bassins qui avaient, dans leur plus petit diamètre, au moins 9 centimètres et demi ; dans la seconde, ceux qui ont au moins 6 centimètres et demi ; dans la troisième, ceux dont les plus petites dimensions sont au-dessous de 6 centimètres et demi. Nous conserverons, à l'exemple du professeur Dubois, cette division

dans l'appréciation des indications que présentent les vices de conformation [1].

§ I. — Que convient-il de faire lorsque le rétrécissement est tel que le bassin offre au moins 9 centimètres et demi dans son plus petit diamètre ?

Dans ce cas, il est évident que l'enfant peut se présenter par le sommet, l'extrémité pelvienne, la face ou le tronc.

A. — L'enfant se présente par le sommet.

Nous l'avons déjà dit, dans de pareilles conditions, l'accouchement spontané est possible. Ainsi, attendre et se confier aux efforts de la nature est la conduite la plus sage en pareil cas. Mais, lorsque les contractions utérines se sont vainement exercées pendant longtemps, après la rupture des membranes et l'écoulement d'une partie des eaux de l'amnios, sans que la tête fasse aucun progrès, l'application du forceps est le seul moyen auquel on puisse avoir recours [2].

Le moment auquel on doit avoir recours à cette application demande à être déterminé avec plus de précision. En général, on peut attendre six, sept et même huit heures après la rupture des membranes et la complète dilatation de l'orifice ; et si, pendant tout ce temps, les contractions fortes et énergiques se sont vainement exercées contre l'obstacle, il faut alors intervenir et introduire le forceps. On devrait agir un peu plus promptement si la tête, depuis longtemps plongée dans l'excavation, était arrêtée par un rétrécissement du détroit inférieur. Il en serait de même si l'arrêt de la tête au détroit inférieur, régulièrement conformé, tenait à la faiblesse des contractions utérines, épuisées par les efforts qu'a dû faire l'organe pour faire franchir à la tête le détroit supérieur rétréci. Enfin, il est inutile de dire que, si un accident susceptible de menacer la santé de la mère ou la vie de l'enfant survenait pendant le travail, il devrait rendre plus prompte l'intervention de l'art. L'auscultation des battements du cœur, souvent répétée, devrait tranquilliser sur le sort de l'enfant, bien que ce soit un signe auquel il ne faut avoir qu'un certain degré de confiance.

B. — L'enfant se présente par l'extrémité pelvienne.

En décrivant l'accouchement naturel, nous avons expressément recommandé de ne pratiquer aucune traction sur l'extrémité pelvienne, afin d'éviter le re-

(1) Je suis heureux de déclarer que la plupart des considérations et des conseils qui vont suivre sont le résumé de l'excellente thèse que M. P. Dubois a soutenue avec tant d'éclat dans le concours à la suite duquel il a été nommé. Je me félicite d'être le premier à donner de la publicité à une œuvre malheureusement trop peu répandue.

(2) Il est bien important de ne pas confondre la tuméfaction, toujours croissante, du cuir chevelu avec un véritable mouvement de descente de la tête. Lorsque, en effet, le travail se prolonge longtemps, la tumeur séro-sanguine, la tumeur formée par les parties molles, augmente sans cesse de volume, et son sommet se rapproche de plus en plus de la vulve ; si donc on n'avait l'attention de prendre pour point de ralliement une portion osseuse de cette région, on pourrait croire que la tête chemine dans l'excavation et se rapproche du détroit inférieur, tandis que réellement elle ne bouge pas.