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.

dressement des bras et l'extension de la tête. Nous recommandons encore le même précepte; toutefois, dans le cas qui nous occupe, si, après la sortie de la plus grande partie du tronc, l'expulsion de la tête se faisait attendre, il faudrait, par quelques tractions modérées, hâter la terminaison du travail, comme on le fait dans la version. Ces tractions, bien entendues et bien dirigées dans le sens des axes du bassin, seront suffisantes dans la plupart des cas. Si elles étaient insuffisantes, il faudrait appliquer le forceps. (Voyez *Version.*)

C. — L'enfant se présente par la face.

Bien que les présentations de la face puissent, dans la plupart des cas où le bassin est bien conformé, se terminer seules, il n'en est pas moins vrai, comme nous l'avons démontré (p. 336), que l'accouchement est un peu plus pénible pour la mère, et surtout plus dangereux pour le fœtus. Si donc ces difficultés qui résultent de la position même venaient s'ajouter à celles qui sont la conséquence nécessaire du rétrécissement, nul doute que l'expulsion, entièrement confiée à la nature, ne fît courir de grands risques au fœtus. M. P. Dubois conseilla alors de convertir d'abord la présentation du fœtus en position du sommet; puis d'appliquer le forceps, si, après cette conversion, les efforts utérins sont encore impuissants. Longtemps après la rupture des membranes, cette version céphalique nous paraît devoir être tout aussi difficile que la version podalique, et nous préférons celle-ci, qui, le plus souvent, nous dispensera d'avoir recours au forceps. (Voyez *Forceps.*)

D. — L'enfant se présente par le tronc.

Si le rétrécissement est constaté avant la rupture des membranes, ou très-peu de temps après, que le fœtus soit très-mobile, on cherchera à convertir la position de l'épaule en position du sommet, et l'on confiera l'expulsion du fœtus aux efforts de la matrice; mais, après l'écoulement du liquide amniotique, la rétraction de l'organe offre tant de difficultés à l'introduction de la main et à l'évolution céphalique, que je crois l'extraction par les pieds beaucoup plus facile et moins dangereuse.

La version pelvienne, dans le cas qui nous occupe, présente quelques particularités que nous devons mentionner.

Lorsque la saillie trop prononcée de l'angle sacro-vertébral est la cause du rétrécissement, il arrive assez souvent, comme nous l'avons déjà dit, que, en même temps que la base du sacrum est portée en avant, elle est un peu déjetée de côté, de manière à rétrécir un des côtés du bassin beaucoup plus que l'autre. Il est évident qu'alors il faudrait, en opérant l'évolution du fœtus et en tirant sur l'extrémité pelvienne, chercher à retourner le plan postérieur du fœtus vers le côté largement conformé, afin qu'au moment où la tête se présenterait au détroit supérieur, elle offrît sa grosse extrémité occipitale au côté non rétréci.

Nous avons dit plus haut que, lorsque le fœtus se présentait par son extrémité céphalique fléchie, il fallait, si les efforts utérins étaient impuissants à terminer l'accouchement, appliquer le forceps. L'espèce particulière de vice de conformation dont nous parlons peut modifier la règle, peut-être un peu trop absolue, que nous avons posée. Dans ce cas, en effet, la position de la tête doit avoir une grande influence sur la terminaison de l'accouchement. Supposons, par exemple, un bassin dont l'angle sacro-vertébral, tout en proéminant en avant, soit déjeté du côté droit, de manière à rétrécir beaucoup l'intervalle sacro-cotyloïdien de ce côté. Eh bien, si, l'intervention de l'art étant jugée nécessaire, la tête est placée en position occipito-iliaque gauche, l'application du forceps sera seule praticable ; si, au contraire, l'occiput était dirigé à droite de la mère, il faudrait de préférence recourir à la version pubienne. Cette dernière opération, en effet, convertissant la seconde position du sommet en première des pieds, aurait l'avantage de diriger la grosse extrémité occipitale du côté le plus large du bassin, et placerait dès lors le fœtus dans une position beaucoup plus favorable. La version pelvienne, pratiquée dans ces conditions, a souvent suffi pour rendre l'accouchement facile, et M. Velpeau cite un cas dans lequel il termina heureusement par cette manœuvre, alors que chez la même femme d'autres praticiens avaient jugé la craniotomie nécessaire dans un premier accouchement.

Les conseils que nous venons de donner ont le double but d'épargner des souffrances inutiles à la mère, et surtout de soustraire le fœtus au danger que lui fait courir un travail trop longtemps prolongé. Il est évident, dès lors, que la conduite de l'accoucheur ne sera pas tout à fait la même dans les cas où l'on aura la certitude que le fœtus a cessé de vivre. N'ayant rien à ménager du côté de l'enfant, l'accoucheur pourra accorder beaucoup plus de temps aux contractions utérines, d'autant plus qu'alors la tête, ramollie et très-réductible, se prête beaucoup plus que dans d'autres circonstances à une expulsion facile. On ne devra donc, dans ce cas, intervenir qu'autant qu'on aura, par l'expectation, constaté d'une manière non douteuse l'impuissance de la nature.

La mort du fœtus doit encore modifier le précepte que nous avons donné dans les cas de présentation du tronc. La version céphalique avait été conseillée uniquement parce qu'elle est plus avantageuse pour l'enfant ; après sa mort, la version pelvienne, étant beaucoup moins douloureuse pour la mère, devra être préférée.

§ II. — Que convient-il de faire quand le rétrécissement est tel que le bassin offre 9 centimètres et demi au plus et 6 centimètres et demi au moins?

Si le fœtus est mort avant ou pendant le travail, nul doute que, lorsque les contractions utérines se sont prolongées sans résultat, il ne faille prévenir les dangers qu'aurait pour la mère la prolongation du travail, et pratiquer l'em-

bryotomie et l'application du forceps ordinaire, ou même du forceps céphalotribe.

Si, au moment où l'on est appelé à donner ses soins à la femme, les membranes sont déjà rompues depuis longtemps, et les eaux écoulées en très-grande partie ou en totalité ; si les contractions utérines se sont exercées uniquement sur le corps du fœtus, ou si plusieurs tentatives d'extraction ont été faites sans succès ; si, en un mot, la vie de l'enfant peut avoir été compromise, soit par la longueur du travail, soit par l'intervention infructueuse de l'art, dans ces cas l'enfant, quoique encore vivant, peut être considéré comme non viable, et, pour la plupart des accoucheurs modernes, le seul moyen proposable est l'embryotomie. Nous-même avons longtemps professé une semblable doctrine ; actuellement nous croyons que, tant qu'il reste quelque chance en faveur de l'enfant, il faut, après avoir épuisé les ressources du forceps, tenter de terminer l'accouchement par la version pelvienne, toujours à temps de pratiquer la craniotomie, si, après le dégagement du tronc, l'extraction de la tête est impossible.

Lorsque le degré de rétrécissement qui nous occupe est constaté au début du travail avant la rupture des membranes, et par conséquent à une époque où rien ne peut faire supposer que la viabilité du fœtus ait été compromise, que faut-il faire ?

A l'exemple de M. P. Dubois, nous admettrons encore une subdivision. Ou bien le bassin laisse dans son plus petit diamètre une étendue de 9 centimètres et demi au plus, et de 8 centimètres au moins ; ou bien il ne laisse qu'une étendue de 8 centimètres au plus, et de 6 centimètres et demi au moins.

Dans le premier cas, après avoir constaté l'impuissance des contractions utérines, on appliquera le forceps, si le sommet de la tête se présente en position favorable. Si cette tentative est sans résultat, on laissera encore les contractions s'exercer pendant une heure ou deux, et si elles sont infructueuses, on réintroduira l'instrument. Si les tractions faites convenablement sont insuffisantes, on retirera l'instrument et l'on essayera la version pelvienne, qui permet encore d'espérer l'extraction d'un enfant vivant. (Voy. art. *Forceps, appréciation.*) Si cette seconde opération est impossible ou sans résultat, on se trouvera dans les conditions dont nous parlions tout à l'heure, et la vie de l'enfant, certainement compromise, autorisera la craniotomie de préférence à une opération qui aurait pour la mère les résultats les plus fâcheux et les plus graves : je veux parler de la symphyséotomie ou de l'opération césarienne.

Quand l'enfant se présente par la face, le tronc ou le siége, la version pelvienne est indiquée. (Voy. *Appréciation du forceps.*)

Quand le bassin a de 7 à 8 centimètres, on a d'abord les mêmes indications à remplir ; mais la difficulté qu'on éprouve à exécuter l'une de ces manœuvres ne laisse très-souvent de ressource que dans une opération sanglante. (Voy. *Symphyséotomie* et *Embryotomie.*)

Les divers degrés de rétrécissement, constatés longtemps avant le terme de la grossesse, offrent au praticien de nouvelles indications : c'est, en effet, dans

ces cas que doit être pratiqué l'accouchement prématuré, et c'est encore au degré dont il s'agit, mais surtout aux cas dans lesquels le bassin a au moins 8 centimètres, que se rapporte le conseil de soumettre les femmes enceintes qui en sont affectées à une diète modérée et à des saignées répétées pendant leur grossesse. Nous aurons à apprécier la valeur de ces deux méthodes.

§ III. — Que convient-il de faire lorsque les dimensions du bassin sont au-dessous de 6 centimètres et demi ?

Si l'enfant est vivant, il n'y a évidemment qu'à choisir entre l'opération césarienne et la mutilation du fœtus, car, malgré quelques faits exceptionnels (voy. page 661), on peut dire qu'il est impossible que son expulsion spontanée ou artificielle puisse avoir lieu. (Voy. *Opération césarienne.*)

Si l'enfant est mort, ou si l'on peut croire, vu la durée du travail et les tentatives d'extraction qui ont été faites, que sa viabilité soit tellement compromise qu'on puisse le considérer comme incapable de vivre après sa naissance, les indications sont différentes suivant le degré de rétrécissement.

Lorsque, dans ces dernières circonstances, le bassin offre assez d'espace dans son plus petit diamètre, pour qu'il soit encore possible d'espérer qu'on pourra, en réduisant par la craniotomie le volume des parties, terminer l'accouchement sans faire courir à la mère de trop graves dangers, on doit se décider à la mutilation du fœtus, et pratiquer son extraction à l'aide du forceps céphalotribe.

Mais, lorsque le bassin offre moins de 27 millimètres, il n'est plus permis de songer à l'extraction du fœtus par les voies naturelles. (Voy. *Céphalotripsie.*) L'opération césarienne est seule admissible dans ce cas. Il faut même qu'on sache bien qu'au dessous de 5 centimètres la céphalotripsie est très-difficile, car alors l'extraction de la base du crâne, après la perforation de la voûte et l'évacuation de sa cavité, exige de si nombreux tâtonnements, de si violents efforts, des pressions et des distensions si répétées et si douloureuses, que les chances de salut pour la mère, après ces pénibles tentatives, quelquefois même faites sans résultat, ne sont pas plus favorables que celles qui suivent l'opération césarienne. C'est dans ces circonstances que M. Pajot propose le broiement sans traction. (Voy. *Céphalotripsie.*)

Nous avons supposé précédemment que le fœtus se présentait par son extrémité céphalique ; nous devons, pour complétement remplir le cadre que nous nous sommes tracé, indiquer ce qu'il faut faire lorsque, le bassin offrant au plus 6 centimètres et demi, l'extrémité pelvienne s'est offerte la première. Après la sortie du tronc, la tête y adhérant encore, ou étant complétement séparée par la décollation, peut se trouver arrêtée au-dessus du détroit supérieur.

Si alors le bassin offrait au moins 5 centimètres, la craniotomie, l'application du céphalotribe, sont évidemment indiquées. Mais, si le rétrécissement était plus prononcé, il faudrait, après avoir diminué le volume des parties, et fait sans

résultat tous les efforts d'extraction compatibles avec le salut de la mère; il faudrait, dis-je, séparer la tête du tronc par la section du cou, et abandonner à la nature l'expulsion de la tête. Malgré tous les dangers auxquels la femme serait exposée, mieux vaudrait cela qu'une opération césarienne pratiquée après la rétraction presque complète de l'utérus.

Si nous n'avons rien dit jusqu'à présent des vices de direction des axes du bassin, c'est que, à l'exemple du professeur Nægele, nous n'attachons pas à ce mode particulier de mauvaise conformation toute l'importance que Lobstein et quelques autres accoucheurs lui ont attribuée.

Le degré d'inclinaison du détroit supérieur et du détroit inférieur peut s'écarter beaucoup du chiffre que nous avons donné comme exprimant l'inclinaison normale. Le plan du détroit supérieur peut être tellement incliné en bas, qu'il est quelquefois tout à fait vertical, comme chez une femme citée par Nægele; son inclinaison est quelquefois nulle, et alors il est tout à fait horizontal; enfin, la partie supérieure de la symphyse des pubis étant beaucoup plus élevée que l'angle sacro-vertébral, il peut être incliné du haut en bas et d'avant en arrière comme dans l'observation de M. Bello (*Transactions médicales*, t. XIII, p. 285).

Le plan du détroit inférieur peut présenter les mêmes irrégularités dans son inclinaison, et le plus souvent même la direction des deux détroits est changée en même temps.

A part quelques incommodités dont la femme souffre pendant la grossesse, incommodités dues spécialement à la direction vicieuse de l'utérus, dont le déplacement est souvent la conséquence du vice de direction de l'axe du détroit supérieur, les fonctions puerpérales sont à peine troublées par l'anomalie que nous mentionnons. Si dans quelques cas ce vice de direction du bassin a paru apporter quelque obstacle sérieux à l'accouchement, c'est qu'il coïncide avec une déformation des os et un rétrécissement de sa cavité. Les faits rapportés par MM. Moreau, Bello, quand on les examine sérieusement, confirment pleinement la seconde partie de cette proposition, de même que la première trouve sa preuve dans les observations curieuses de Nægele.

CHAPITRE III

DES TUMEURS DÉVELOPPÉES DANS LES OS

Les tumeurs qui peuvent obstruer l'excavation naissent dans les os ou dans les parties molles; elles sont excessivement nombreuses et variées. Lorsqu'elles ont acquis un volume considérable, elles constituent une des plus graves difficultés de la pratique. Nous ne pouvons, dans cet ouvrage, entrer dans tous les détails que comporte l'importance du sujet. D'ailleurs, tout ce qui concerne

l'étiologie, l'anatomie pathologique et la symptomatologie de ces tumeurs appartient bien plus à la chirurgie qu'à l'art des accouchements, et nous devons surtout nous attacher à bien indiquer au praticien les signes au moyen desquels on peut établir leur diagnostic, et surtout à bien mettre en lumière les différentes indications qu'elles présentent. Nous devons déclarer, en commençant, que nous avons beaucoup emprunté, pour la rédaction de ce sujet, à la savante dissertation de M. Puchelt, dont nous reproduisons la classification.

Les tumeurs dont nous avons à étudier l'influence sur la parturition peuvent avoir leur origine dans les parois du canal que le fœtus doit traverser, et alors appartenir aux parties molles ou aux parois osseuses, ou bien être une dépendance des organes voisins. Nous renvoyons aux chapitres suivants l'histoire des tumeurs des parties molles pour n'étudier ici que les tumeurs des os qui offrent de nombreux points de ressemblance avec les rétrécissements du bassin.

§ I. — Exostoses.

« Si l'on écarte, dit M. Danyau, les cas où une saillie plus ou moins considérable de l'angle sacro-vertébral a été prise pour une véritable tumeur osseuse, et dont l'observation écrite aurait laissé de l'incertitude dans l'esprit à cause de l'insuffisance des détails, il n'en reste véritablement que deux dont l'authenticité soit incontestable : ce sont ceux de Leydig et de Mackibbin. » Bien qu'il reste encore des doutes sur la valeur de plusieurs assertions qui n'ont pas été confirmées par l'autopsie, je ne crois pas qu'on puisse rayer ainsi d'un trait de plume la plupart des observations consignées dans la science. Il me paraît difficile, par exemple, de ne pas admettre comme authentique celle que rapporte Gardien, puisque Duret a conservé longtemps dans son cabinet le bassin de la femme qui en était l'objet.

Les faits rappelés par M. Puchelt prouvent que la plupart des exostoses pelviennes naissaient de la face antérieure du sacrum. Cependant quelques autres points en ont aussi été le siége : ainsi on en a vu naître de l'articulation sacro-vertébrale de la première vertèbre lombaire, et de la première du sacrum, de la face postérieure du pubis, soit sur la partie médiane, soit sur un des côtés, et même de la face interne d'un des ischions.

Ce que nous avons dit de l'incertitude des observations publiées fait assez pressentir la difficulté qu'on a parfois à diagnostiquer les exostoses pelviennes, et à les distinguer des saillies formées par les déformations du bassin. La dureté de la tumeur et son adhérence originaire aux parois osseuses sont données comme signes caractéristiques. Sa rudesse et sa fixité sont encore importantes à constater. Toujours recouverte par la paroi vaginale, elle fait saillie à l'intérieur du vagin, en repoussant les organes situés au devant d'elle. Quand elle naît de la face antérieure du sacrum, elle proémine surtout à la partie postérieure; et si alors on explore le rectum, on trouve celui-ci légèrement poussé en avant par la tumeur, qui est elle-même placée en arrière. Ce dernier signe est