

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.

À 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

Pétiologie, 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 naissent de la face antérieure du sacrum. Cependant quelques autres points en ont aussi été le siège : 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



très-important, car presque toutes les autres tumeurs sont situées en avant de cet organe.

Le pronostic est nécessairement subordonné au volume, à la situation de ces tumeurs et à l'époque plus ou moins avancée de la grossesse à laquelle s'est manifesté le travail. Il est évidemment plus grave quand la tumeur est volumineuse, quand elle est située de façon à rétrécir un des petits diamètres des détroits, et lorsque la tête de l'enfant est très-volumineuse.

Les indications que nous avons si longuement exposées en étudiant les vices de conformation, se présentent de nouveau, et nécessitent l'emploi des mêmes moyens : ainsi, abandonner le travail à la nature quand la tumeur est petite et située de manière à rétrécir seulement les grands diamètres ; appliquer le forceps, pratiquer la symphyséotomie, l'opération césarienne ou l'embryotomie, suivant le degré du rétrécissement, et surtout provoquer l'accouchement avant terme, si l'on est consulté à temps. (Voy. page 686 et suiv.).

#### § II. — Enchondromes.

Les enchondromes, ou tumeurs cartilagineuses du bassin, sont assez rares ; leur histoire a fait le sujet d'un excellent mémoire publié par notre collègue et ami le docteur Dolbeau (journal *le Progrès*, 1860). On y trouve deux observations d'enchondromes coïncidant avec une grossesse ; le plus complet de ces deux faits est celui qu'on doit à d'Outrepoint ; la tumeur remplissait le côté gauche du bassin, elle était dure et globuleuse, mais elle se ramollit tellement pendant l'accouchement, qu'on put extraire l'enfant qui se présentait par le siège. J'ai observé moi-même, avec M. le professeur Depaul, un cas exactement semblable à celui que je viens d'indiquer ; mais la malade s'étant rétablie après son accouchement et la tumeur n'ayant pas été enlevée, on peut conserver quelques doutes sur sa nature.

Ces enchondromes paraissent adhérer à l'os ou au périoste par une surface large ou un pédicule fort étroit ; d'autres fois ils se développent dans les parties molles, au voisinage seulement des surfaces osseuses. Ils peuvent acquérir un volume considérable. (Voy. le *Traité complémentaire des accouchements* de Lenoir, Sée et Tarnier. Paris, 1864.)

Les indications à remplir dans un cas pareil sont celles que nous avons formulées pour les exostoses (voyez plus haut) ; mais la mobilité possible des tumeurs cartilagineuses, et surtout leur ramollissement doivent faire porter un pronostic moins grave sur l'issue probable de l'accouchement ; ce n'est donc que dans les cas extrêmes qu'on doit songer aux opérations sanglantes.

#### § III. — Ostéostéatomes.

Le nom d'*ostéostéatomes* a été appliqué par M. Lenoir à des tumeurs mal définies, composées tout à la fois de substance fibro-graisseuse et de substance calcaire ; mais on peut lui reprocher d'avoir confondu avec ces tumeurs les enchondromes proprement dits. Les ostéostéatomes se développent toujours dans le tissu cellulaire et restent quelquefois libres de toute adhérence avec les os du bassin, mais le plus souvent ils contractent des adhérences avec ces derniers. Il est très-difficile d'établir un diagnostic certain entre ces tumeurs d'une part et les exostoses ou les enchondromes d'autre part. Heureusement que la conduite du chirurgien doit être la même dans tous ces cas.

#### § IV. — De l'ostéosarcome.

L'ostéosarcome du bassin est une maladie rare ; il existe pourtant deux observations dans lesquelles le rétrécissement produit par elle était assez considérable pour nécessiter l'opération césarienne.

On ne pourrait guère distinguer la tumeur qu'elle forme de l'exostose, si ce n'est aux inégalités qu'elle présente, et surtout à la dépressibilité, à la mollesse semi-cartilagineuse, à la sensation de crépitation qu'elle offrirait dans certains points de sa surface.

On comprend que cette dépressibilité de la tumeur rend le pronostic moins grave que dans l'exostose, puisqu'elle permet d'espérer que la tête, fortement poussée par les efforts de l'utérus, finira par l'aplatir et la faire disparaître en partie. Aussi est-il permis d'attendre un peu plus longtemps ; mais si l'expectation suffisamment prolongée avait constaté l'impuissance des efforts de la nature, on devrait recourir aux mêmes moyens que dans les cas de rétrécissement du bassin.

#### § V. — Tumeurs osseuses par des calcs difformes.

Les saillies osseuses du bassin peuvent dépendre encore de la consolidation vicieuse d'une ancienne fracture du bassin, ou être constituées par la tête du fémur, qui, à la suite d'une coxalgie, a traversé le fond de la cavité cotyloïde cariée et perforée, et a passé tout entière dans la cavité pelvienne. Je me rappelle avoir vu dans un journal de médecine, que je n'ai pu retrouver, l'histoire d'une opération césarienne pratiquée dans un cas où le seul obstacle à l'accouchement était ainsi formé par la tête du fémur.

On trouve dans l'atlas du professeur Moreau le dessin d'une fracture empruntée au musée Dupuytren. La cavité cotyloïde droite a été enfoncée ; la paroi interne forme une tumeur arrondie qui présente près d'un pouce et demi de saillie ; l'os iliaque est en même temps divisé en dehors de la symphyse sacro-iliaque droite ; en se consolidant, la partie extérieure de la fosse iliaque s'est portée en dedans de manière à se rapprocher beaucoup du sacrum, ce qui ramène près de l'angle sacro-vertébral la tumeur formée par la paroi cotyloïdienne.

Le *Journal des progrès*, 1828, contient une autre observation curieuse de fracture du bassin avec déformation consécutive de l'excavation, suivie d'accident mortel. La femme avait déjà eu cinq couches heureuses. L'opération césarienne a plusieurs fois été pratiquée pour remédier à de pareils obstacles. Burns, Lever, Barlow, en ont cité chacun une observation. On trouvera sur ce sujet des détails très-complets dans l'*Atlas* et le *Traité d'accouchements* de Lenoir (Paris, 1864).

Il est évident que, quel que soit le point d'origine des tumeurs osseuses du bassin, cette cause de dystocie présente encore les mêmes indications.