

Cette insuffisance peut être due :

A. A la faiblesse *réelle* des forces expulsives.

B. A la faiblesse de leur action *effective*, une partie de la force déployée étant perdue.

A. La *faiblesse* des forces expulsives peut être due à l'état général de la mère (malade épuisée); elle peut reconnaître une cause *localisée* et ce sont l'utérus et les muscles abdominaux séparément ou réunis qui doivent être incriminés.

L'*utérus* réagit mal, tantôt sans qu'on puisse en reconnaître directement la raison, tantôt par suite de sa faiblesse musculaire; il en est de même lorsqu'il est surdistendu par une hydramnios, une grossesse gémellaire, lorsqu'il est *géné par la vessie trop pleine*.

La *paroi abdominale* éventrée par une hernie, par un accouchement antérieur, ou remplacée par un plan fibreux à la suite de la distension excessive de la ligne blanche, les muscles droits étant rejetés sur les côtés, contribue mal à l'expulsion.

A un degré *atténué* on n'a dans ces cas qu'un retard dans l'accouchement (accouchement plus long chez les multipares); mais il peut y avoir là de véritables causes de dystocie.

B. Les contractions peuvent être suffisamment fortes, mais leur action est contrariée. C'est ce qui arrive dans le cas de distension exagérée de la vessie (à part l'action de cette dernière sur l'utérus), dans le cas de kyste ovarique, de tumeur fibreuse de l'utérus.

Conduite à tenir. — Il faut, s'il est possible, supprimer la cause de cette *inaction* des contractions; par exemple, dans le cas de distension vésicale, vider la vessie. On tâche de réveiller les contractions utérines par des frictions abdominales, des injections chaudes sur le col. Il faut surtout surveiller l'état de l'enfant et l'état de la mère. Si les membranes ne sont pas rompues, pratiquer la version, dès qu'il y a possibilité, si elles sont rompues, et que les eaux soient écoulées, faire une application de forceps. Dans l'indication du moment *précis* de l'intervention il y a une question de sagacité personnelle qui échappe aux règles générales, mais *il vaut mieux se hâter que tarder*.

CHAPITRE II

DYSTOCIE MATERNELLE D'ORDRE ANATOMIQUE

L'obstacle anatomique peut porter sur un quelconque des segments de la filière génitale — canal vulvo-vagino-périnéal — canal cervico-utérin — canal pelvien.

I. — CANAL VAGINO-VULVO-PÉRINÉAL

Causes de dystocie siégeant sur le canal vagino-vulvo-périnéal. — Il peut y avoir soit *rétrécissement*, soit *obstruction* du canal.

Rétrécissement.

Le conduit vulvo-vaginal, normal à l'état de repos, peut être *rétréci*, à l'état *d'activité*, par suite de son peu d'élasticité (rigidité du périnée, de l'anneau vulvo-hyménéal, du vagin (vagins indurés, en carton) qu'on observe surtout chez les primipares âgées); ou bien il y a réellement *étroitesse* anatomique anormale de la fente pubo-coccygienne du releveur de l'anus et du vagin, soit congénitale (atrésie), soit acquise (cicatrice).

Conduite à tenir. — Souvent il est indiqué de patienter car le travail est seulement prolongé. Le guide le meilleur c'est — à part le degré de l'étroitesse — l'état de la mère et de l'enfant; le cas échéant, on termine à l'aide du forceps. La nécessité des incisions vulvaires ou vaginales est *tout à fait* exceptionnelle.

Obstruction.

Les causes de l'obstruction d'origine *congénitale* sont une *bride*, un *diaphragme*, une *cloison*, la *persistance de l'hymen*. Le plus souvent l'accouchement se termine sans intervention: il est rare qu'on soit obligé d'en pratiquer la section.

L'obstruction *acquise par cicatrice*, est quelquefois due à une déchirure de la vulve et du vagin (empalement vaginal) et à la cicatrisation consécutive qui a amené une véritable disparition du canal vaginal.

Dans quelques cas l'obstruction *incomplète* d'abord a permis le coït et ne s'est complétée que tardivement, après la fécondation. C'est un fait très grave ; car, lors des efforts d'expulsion et de la poussée de la partie fœtale, il peut se faire des délabrements extrêmement sérieux : rupture de l'utérus, de la vessie, du rectum, du vagin, du périnée. Prévenu à temps, pendant la grossesse, il faut opérer la femme, lui refaire un vagin. Si l'on arrive trop tard, il n'y a qu'une ressource, l'extraction par la voie abdominale.

Obstruction par une tumeur. — Les kystes du vagin sont rarement une cause de dystocie.

Le thrombus ou épanchement de sang dans l'épaisseur des tissus de la vulve et du vagin est dû à une veine variqueuse rompue et dont le sang s'est coagulé en grande partie. En général, le sang s'accumule dans une des grandes lèvres et a pu y former une tumeur grosse comme une tête de fœtus. S'il est peu ou moyennement volumineux l'accouchement a des chances de se terminer spontanément ; il est donc bon d'attendre prêt à intervenir par une application du forceps faite avec douceur. Si c'est un obstacle sérieux, inciser la tumeur, au moment seulement où elle gêne le passage de la partie fœtale et terminer rapidement et de suite l'accouchement. Arrêter l'hémorragie par compression et tamponnement iodoformé. Antisepsie rigoureuse. On arrivera par un traitement soigneux à modifier le pronostic de cette complication, autrefois considérée comme extrêmement grave ; 5 0/0 de mortalité (Girard) (1).

II. — CANAL CERVICO-UTÉRIN

Col de l'utérus.

Rigidité du col. — Il arrive parfois que le ramollissement et l'effacement du col ne se font pas, se font incomplètement ou avec une lenteur extrême. On dit alors qu'il y a rigidité du col.

La rigidité, d'ordre anatomique, est due à un œdème

(1) Girard. Thèse, Paris, 1894.

dur du col ou à des modifications pathologiques de sa substance, que le col soit le siège de vieilles cicatrices, qu'il soit envahi par un néoplasme ou qu'il ait subi la transformation myomateuse.

Il est enfin certains cas de rigidité *spasmodique* où le col s'applique étroitement sur la partie fœtale et ne se laisse pas forcer.

Le pronostic variera suivant le degré de rigidité et sa persistance ; c'est un simple incident dans les cas légers ; la vie de l'enfant peut être compromise dans d'autres, par suite de la lenteur du travail, des contractions énergiques de l'utérus irrité par l'obstacle lesquelles, après avoir rompu la poche des eaux, troublent fâcheusement la circulation fœto-placentaire. On voit enfin survenir des ruptures soit du col soit du corps de l'utérus.

Conduite à tenir. — En premier lieu veiller autant que possible à la conservation du matelas protecteur de la poche des eaux et par conséquent s'abstenir de toute rupture artificielle prématurée.

Exciter les contractions utérines par des frictions ou par des injections chaudes sur le col, si l'absence de modifications du col est due au manque de contractions. Bains chauds.

Dans le cas contraire de tétanisme utérin, lavements laudanisés ou injections de morphine ; au besoin chloroforme, chloral.

Si la mère et l'enfant ne souffrent pas, patienter, l'état de rigidité peut céder.

Mais la mère ou l'enfant, les deux parfois étant en danger, il faut en finir.

Deux cas : *enfant mort, enfant vivant.*

Enfant mort — employer suivant les circonstances une des différentes méthodes de mutilation fœtale, le plus souvent la basiotripsie.

Enfant vivant — modifier la présentation, la mieux diriger, lorsque la partie fœtale agit mal sur le col. Sinon dilater le col artificiellement (doigt — dilatateur à trois branches de Tarnier — ballon dilatateur).

Les petites incisions en couronnes, pronées en Allemagne, ne sont pas sans présenter des dangers (déchirures en étoffe se propageant à l'utérus).

Cancer du col.

Si l'envahissement est limité, le travail se fera quand même. Si l'envahissement est plus considérable, le travail est extrêmement lent, l'enfant peut succomber; il se produit même des ruptures utérines.

Conduite à tenir. — S'il n'y a que *lenteur* du travail, et, si la mère et l'enfant ne souffrent pas trop, ou si l'enfant est déjà mort, attendre. On a vu des accouchements se faire, alors que l'envahissement du col par le cancer semblait le rendre impossible.

S'il y a danger, essayer manuellement la dilatation artificielle du col; se garder de toute incision, et dès que ce sera possible, tenter l'extraction soit par la version, soit par le forceps si l'enfant est vivant. Si l'enfant est *mort*, et si la mère souffre, pratiquer l'embryotomie.

Quand l'envahissement est tel que tout accouchement par les voies naturelles est présumé impossible, il faut, *avant* le travail, ou aussitôt que possible, pratiquer la section utérine, l'obstruction cervicale exposant presque fatalement dans ce cas aux ruptures utérines.

Fibromes du col.

Pendant la grossesse, ils s'hypertrophient et se ramollissent. Outre l'obstruction qu'ils occasionnent, ils sont une cause de rigidité du col.

Lorsqu'ils siègent dans la portion vaginale et qu'ils menacent l'accouchement, il faut, dès qu'une grossesse est constatée, procéder à leur énucléation; on a même pratiqué cette opération à la fin de la grossesse sans que elle-ci soit interrompue (1).

Lorsque le corps fibreux est pédiculé et qu'il s'agit d'un polype, le pédicule peut se rompre sous la poussée de la

(1) Voir S. Pozzi, *Traité de Gynécologie*, p. 17.

partie fœtale. Il est plus prudent d'en pratiquer auparavant l'ablation, qui est, en général, inoffensive.

III. — CORPS DE L'UTÉRUS

Fibromes utérins.

Ce sont les fibromes utérins qui sont surtout ici des causes de dystocie.

Les corps fibreux du corps de l'utérus subissent, comme ceux du col, une augmentation de volume et ils sont une occasion de dystocie pour des raisons multiples.

Pendant la grossesse. — 1° En provoquant les rétroversions utérines, lorsqu'ils siègent au niveau du fond de l'utérus qui, entraîné par leur poids, bascule.

2° En amenant des accidents de compression, surtout lorsque le corps fibreux s'est développé dans le petit bassin (portion sus-vaginale du col et segment inférieur): compression des uretères, de la vessie, du rectum, des vaisseaux, des nerfs.

3° En gênant le développement utérin, en entravant l'accommodation normale et en favorisant les présentations vicieuses, en provoquant un travail prématuré.

Pendant le travail. — 1° Lorsqu'ils siègent dans le segment inférieur en s'enclavant dans le petit bassin qu'ils obstruent.

2° En gênant l'efficacité des contractions et en retardant ou empêchant, de ce fait, l'expulsion fœtale.

3° En créant des lieux de moindre résistance sur la surface utérine et en exposant aux ruptures de l'utérus.

4° En empêchant le retrait de l'organe après l'accouchement, d'où l'inertie utérine et les hémorragies *post partum*.

Conduite à tenir. — Les interventions à proposer sont si sérieuses, que ce n'est qu'après mûre délibération qu'il faut s'y résoudre.

L'accouchement prématuré qu'on a conseillé est, par suite des hémorragies consécutives, très grave; trois morts maternelles sur vingt-trois accouchements (Lefour).

L'intervention de choix est l'amputation totale supravaginale de l'utérus, qui, dans cette fâcheuse extrémité, sauvegarde encore le mieux l'intérêt de la mère, présent et futur (ce qui est à considérer, car les dangers passés ne préservent jamais d'une nouvelle grossesse) et celui de l'enfant.

Quand il faut intervenir, c'est à l'amputation de Porro qu'on aura recours (1).

Les indications de l'opération se tirent des accidents immédiats causés par le corps fibreux, de ceux que son volume, sa situation, l'état de la malade, permettent de prévoir et qu'il faut prévenir; il est impossible de poser des règles étroites: c'est à l'accoucheur de tirer sa résolution des signes recueillis et des délibérations de son expérience et de sa sagacité personnelle.

Rétroversion de l'utérus gravide.

On donne ce nom à une modification dans la position de l'utérus telle que le corps bascule en arrière, de façon à ce que le fond occupe la concavité du sacrum, le col se trouvant relevé en haut et en avant au niveau de la symphyse pubienne. Il y a toujours en même temps coudure au niveau de l'union du corps et du col, de sorte que la *rétroversion* est accompagnée de *rétroflexion*.

C'est un accident rare et ne s'observant guère que chez les multipares.

Ce qui domine dans cet accident, c'est l'enclavement de l'utérus qui reste organe pelvien, sans pouvoir devenir organe abdominal.

Le fond de l'utérus fixé par des adhérences n'a pu se redresser, ou bien le poids du produit de la conception a maintenu et aggravé une déviation préexistante.

La multiparité est une cause prédisposante, en déterminant, en dehors de la grossesse, des *rétro-déviation*s par le même mécanisme qui favorise ce déplacement pen-

(1) Voir S. Pozzi, *loc. cit.*

dant la grossesse: affaiblissement des ligaments et surtout du plancher pelvien, dont la cause la plus active est la déchirure non restaurée du périnée.

La *rétroversion* peut survenir *a)* brusquement; ou *b)*, lentement.

a) Brusquement. — C'est alors à la suite d'un traumatisme: la femme sent comme une sorte de déchirement et si on est appelé, on constate la déviation.

b) Lentement. — Ici c'est par degrés, le mouvement s'accroissant un peu chaque jour, que la *rétroversion* s'établit. Ses causes sont variables:

La rétention d'urine — cause plus qu'effet, — peut amener une *rétro-déviation*; — les bassins rétrécis à promontoire saillant: l'utérus arrêté dans son développement par la « corniche » du sacrum, s'incline et bascule; — les fibromes, surtout du fond de l'utérus, qui l'alourdissent et le font tomber en arrière; — les adhérences pelvi-péritonéales (phlegmon des ligaments larges, péricervicites).

Symptômes. — Cet accident s'observe surtout pendant les premiers temps de la grossesse, et particulièrement vers le troisième mois, car plus tard, lorsque l'utérus a franchi le détroit supérieur, il ne peut plus basculer dans l'excavation.

Rétroversion brusque. — Cas tout à fait rare. La femme ressent une douleur vive, en même temps surviennent des phénomènes généraux, nausées, vomissements, fièvre.

Rétroversion lente. — C'est le cas le plus fréquent, et le symptôme dominant est la difficulté de l'évacuation urinaire, par compression, suivie d'incontinence d'urine par regorgement; cet écoulement involontaire de liquide peut induire en erreur et faire croire à la perte des eaux; mais l'odeur, l'état de distension de la vessie mettront sur la voie du diagnostic qu'on complètera par le cathétérisme. Constipation opiniâtre concomitante.

Le développement du ventre n'est pas en rapport avec l'âge de la grossesse; ce qui frappe toujours, par contre, c'est le développement de la vessie.

Au toucher, on trouve la paroi postérieure du vagin raccourcie, et au premier abord on ne sent point le col; il faut faire soulever le bassin, pratiquer un toucher très profond et on parvient alors à le rencontrer derrière la symphyse. L'excavation, elle, est remplie par l'utérus.

Marche. — Lorsque l'utérus n'est pas trop volumineux il peut remonter dans son aire normale, soit spontanément, soit aidé par l'accoucheur; cette évolution s'observe environ jusqu'à la fin du troisième mois, et la grossesse reprend après normalement son cours.

Mais à partir du quatrième mois, l'utérus est emprisonné, enclavé; la réduction est impossible.

Dans ces conditions peut survenir l'avortement, soit simple, soit compliqué. La complication la plus ordinaire est la rupture utérine, mais il y en a d'autres; la tumeur à l'étroit dans sa cage envahit autant qu'elle peut tout l'espace de l'excavation, et pour cela repousse tous les organes contenus, les presse contre les parois osseuses d'où sphacèle possible du rectum de la vessie; elle distend le périnée, l'amincit: sous l'effort des contractions utérines, celui-ci peut se rompre en même temps que l'utérus.

La mort est alors une terminaison imminente si on n'intervient pas.

Pronostic. — Le pronostic est donc très sérieux, et d'autant plus grave que la grossesse est plus avancée.

Diagnostic. — C'est le plus souvent d'une façon fortuite qu'on est appelé à faire ce diagnostic.

Il faut d'abord diagnostiquer la grossesse et ne pas croire à une simple rétention d'urine alors que le globe vésical distendu cache derrière lui une tumeur fœtale.

Le diagnostic, avec une grossesse *extra-utérine*, est plus difficile, surtout au début. Dans la grossesse extra-utérine, avec tous les signes rationnels d'une grossesse, on trouve l'utérus vide, et à côté de lui existe une tumeur; dans la grossesse extra-utérine les troubles viscéraux (vessie et rectum) sont moins accusés que dans la rétroversion.

Traitement. — On devra attentivement surveiller, sans toutefois alarmer la famille, ni s'inquiéter outre mesure,

toute femme ayant, avant sa grossesse, une rétrodéviation ou des adhérences péri-utérines.

La rétention d'urine étant cause en même temps qu'effet, on veillera avec le plus grand soin à la vacuité vésicale, et on pratiquera si besoin est le cathétérisme deux ou trois fois par jour; conseiller le décubitus sur le ventre, et recommander de faire deux fois par jour des séances de vingt minutes de position genu-pectorale. Tout au début, ces moyens peuvent réussir et ils permettent d'atteindre l'époque où l'utérus franchit le rebord du détroit supérieur et où le danger disparaît.

Un peu plus tard cela ne suffit plus; il faut intervenir.

On tentera la *réduction*. On vide préalablement le rectum par un grand lavement donné la veille et un autre le jour même. Puis on endort la femme. L'urine est évacuée. On dilate l'anus. La femme est alors placée dans le décubitus ventral (surveiller le chloroforme), puis on introduit deux ou trois doigts de la main gauche ou au besoin toute la main dans le rectum; deux doigts suffisent en général, et plus libres que toute la main, ils sont plus habiles. Un doigt de la main droite introduit dans le col le soulève (N. B. Femme en position ventrale). On mobilise d'abord l'utérus par des mouvements latéraux de va-et-vient, puis, passant au-dessus de lui, (à l'aide de la main introduite dans le rectum) (N. B. Femme couchée sur le ventre), on le soulève, on le désenclave et il tombe en vertu de son poids et se libère.

Il arrive que ce moyen échoue, soit que l'utérus soit fixé par des adhérences trop fortes, soit qu'il y ait gêne trop grande due à une déformation du bassin ou à un vice de conformation de l'utérus. Dans ce cas, et si on a des données sérieuses, permettant de craindre les conséquences de l'enclavement, on doit tenter la réduction à l'aide de ballons introduits dans le rectum, ou provoquer l'accouchement prématuré, si les tentatives de réduction, avec le ballon, échouent.

Mais l'accouchement prématuré peut lui-même être rendu impossible par le volume de la tumeur utérine; on

a proposé alors d'en faire la ponction soit par le rectum, soit par le vagin pour en restreindre les dimensions.

Prolapsus de l'utérus gravide.

Il est plus ou moins accentué. Tantôt il s'agit d'un prolapsus ancien, aggravé par le poids de l'œuf, tantôt le plancher pelvien a cédé pendant la grossesse et le prolapsus est récent.

Le prolapsus peut être peu accusé : la grossesse suit alors assez souvent son cours normalement, et même dans quelques cas, vers le quatrième ou cinquième mois, l'utérus entraîné par le développement de l'œuf, remonte dans la cavité abdominale.

Parfois, rarement il est vrai, l'utérus reste emprisonné dans l'excavation, et c'est là qu'il se développe. A un moment donné, il est à l'étroit, enclavé, et comme son développement continue, les accidents les plus graves peuvent arriver. En général, les contractions utérines surviennent à ce moment et le fœtus est expulsé; c'est encore une terminaison relativement favorable; mais on a vu les contractions provoquer des ruptures de l'utérus.

Conduite à tenir. — Quand une femme atteinte de prolapsus devient enceinte, il faut supprimer toutes les causes d'aggravation. La femme, particulièrement pendant les 6 premiers mois restera couchée sur le dos, le siège fortement relevé; si le déplacement est assez accentué, il est bon, au début surtout, de lui faire faire quelques séances de position genu-pectorale pour tenter de réduire son prolapsus. Il faut surveiller avec soin cette dernière manœuvre.

Le même traitement sera appliqué lorsque le prolapsus survient pendant le cours de la grossesse. Aucun tampon ou pessaire ne doit être employé.

Le plus souvent on évitera ainsi l'enclavement.

Le prolapsus a, dans quelques cas, une tendance à se reproduire au moment de l'expulsion et les contractions deviennent insuffisantes; il faudra leur venir en aide par une application de forceps.

IV. — DYSTOCIE DÉPENDANT DU CANAL PELVIEN OSSEUX

Bassins viciés.

En obstétrique, l'expression **bassin vicié** a une valeur en rapport avec la fonction de la filière pelvienne osseuse.

Un bassin est dit *vicié* lorsqu'il ne présente pas les dispositions requises pour l'accouchement normal à terme d'un fœtus normal. Tout bassin qui diffère du bassin normal adulte, sous le double rapport de la **forme** et des **dimensions** est un bassin vicié.

De là il suit qu'un bassin vicié pour l'accouchement peut être :

- A. Régulier mais anormal de **forme** ou de **dimensions**.
- B. Irrégulier et anormal de **forme** et de **dimensions**.

A. Bassins réguliers mais anormaux de forme ou de dimensions. — Ils peuvent être réguliers mais différer de la forme normale, ou être de forme normale mais présenter des dimensions anormales.

I. *Bassins réguliers à forme anormale.* — Ils sont dus à des arrêts de développement. Chez le fœtus le bassin est circulaire formant un angle droit avec la colonne vertébrale; chez l'enfant il est ovale à grand diamètre transversal, et formant un angle obtus avec la colonne vertébrale. Le bassin peut s'arrêter à l'un ou l'autre de ces stades et l'on a dans le premier cas le *bassin circulaire*, dans le deuxième le *bassin plat*.

II. *Bassins réguliers de forme normale et de dimensions anormales, trop courtes — trop grandes.*

Si les dimensions sont trop petites, on a le bassin *justo minor*. C'est une variété rare, mais dangereuse, et qui nécessitait le plus souvent la section abdominale pour extraire l'enfant. Peut-être aujourd'hui pourrait-on lui appliquer la symphyséotomie.

Lorsque les dimensions sont trop grandes, surtout les antéro-postérieures, on a le bassin *justo major*. Cette ampleur de formes prédispose aux déviations utérines; l'accommodation est incertaine et favorise les présentations

vicieuses; pendant l'accouchement, l'expulsion trop brusque expose aux décollements placentaires et aux hémorragies.

B. Bassins irréguliers viciés dans leur forme et dans leurs dimensions. — Cette irrégularité peut être due à une déformation ou à une obstruction de la filière, d'ou deux classes de bassins irréguliers, les *bassins déformés*, les *bassins obstrués*.

Bassins déformés.

Les bassins peuvent être *déformés* par un *développement asymétrique* et *irrégulier* d'une ou plusieurs de leurs pièces, ou par *chevauchement* des pièces osseuses les unes sur les autres et modification de leurs rapports normaux.

Bassins déformés par développement asymétrique de leurs pièces. — Les formes asymétriques et irrégulières de ces bassins, sont dues à ce que sous l'influence d'une cause locale il y a eu modification dans le développement le plus souvent d'un et parfois des deux os iliaques.

Bassin déformé par ankylose sacro-iliaque. — Une ou les deux articulations sacro-iliaques se soudent soit par suite d'un vice d'évolution, soit par suite d'une arthrite du jeune âge. Il en résulte un arrêt de développement des régions voisines de l'ilium et du sacrum.

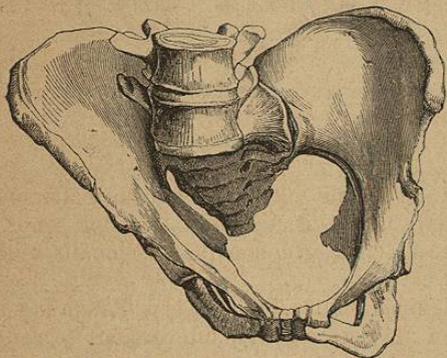


Fig. 67. — Bassin oblique ovalaire de Nægelé.

Bassin oblique ovalaire. — *Bassin de Nægelé.* — S'il y a *ankylose* d'un seul côté, le sacrum s'incline du côté ankylosé, et l'os iliaque malade est comme porté vers l'os iliaque du côté opposé, qui semble par une sorte d'exubé-

rance compensatrice, l'attirer à lui, de telle sorte que la symphyse pubienne, n'est plus sur la ligne médiane mais déviée du côté ample. L'aire du détroit supérieur prend la forme d'un ovale à grand axe dirigé obliquement.

Le bassin est dit spécialement *bassin oblique ovalaire de Nægelé*, lorsque la synostose sacro-iliaque existe sans lésion ou cause appréciable. S'il y a ankylose double, les deux os iliaques sont rapprochés. C'est ce qu'on appelle à tort le double oblique ovalaire.

Bassin déformé par luxation crurale. — La luxation, qu'elle soit *congénitale*, pathologique ou traumatique, survenant dans l'enfance ou l'adolescence influe sur le développement de l'os qui s'arrête.

Si la luxation est unilatérale, l'os du côté luxé s'atrophie; en même temps, la tête luxée, (dans le cas de luxation iliaque) plus haute que normalement et appuyant sur l'aide de l'os iliaque, fait basculer cet os; sa moitié supérieure s'incline en dedans, tandis que l'ischion s'éverse en dehors.

La même lésion, mais bilatérale, s'observe lorsqu'il y a une double luxation: le bassin est en antéversion, se renverse en avant.

La diminution du détroit supérieur est dans ces cas, en général, peu considérable.

On peut observer des modifications du bassin (de même ordre) mais assez variables et mal définies encore toutes les fois qu'il y a une affection de la jambe, du genou, et

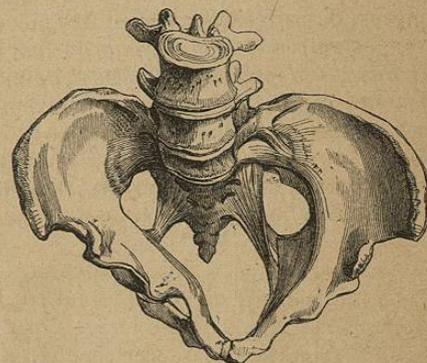


Fig. 68. — Bassin à déformation unilatérale par luxation crurale.

surtout de la hanche (bassin coxo-tuberculeux) et qu'elle survient avant que l'ossification soit achevée.

Bassins déformés par chevauchement des pièces osseuses. — Dans une première catégorie de faits le *chevauchement* est complexe, il y a une véritable *dislocation*; dans une deuxième il n'y a qu'un déplacement partiel amenant une simple *contorsion* du bassin.

Déformation par dislocation. — Il faut qu'il y ait une altération profonde et généralisée des os et des articulations. Nous avons ailleurs étudié le mécanisme de la résistance du bassin (1). Il est soumis à deux forces contraires : 1° la puissance, représentée par le poids de la tête, du tronc et des membres supérieurs, s'exerçant au niveau du sacrum par l'intermédiaire de la colonne vertébrale, et 2° la résistance du sol, transmise par les membres inférieurs et ayant deux points d'application au niveau des deux cavités cotyloïdes. La puissance agissant sur le sacrum, l'enfonce le fait basculer en avant, le rapproche du pubis. L'angle du sacrum avec la colonne vertébrale qui est normalement de 120° devient de 110° et même 100°. De plus les deux os iliaques pris entre l'étau des deux cols fémoraux tendent à se rapprocher et il y a diminution du diamètre transversal. Il est rare que les forces s'exercent bien symétriquement, d'où les déviations irrégulières. Cette irrégularité dépend encore de l'état des os, ramollis d'une façon variable; ces os mous s'étirent, se tordent, se déforment.

Cet état de malléabilité est transitoire : lorsque les os redeviennent durs, la déformation se fixe et devient permanente.

Ces dislocations du bassin se voient dans le *rachitisme* et l'*ostéomalacie*.

Rachitisme. — Le rachitisme est une affection de la première enfance, qui atteint le système osseux. Les os, au lieu d'avoir, grâce à la calcification normale, leur solidité habituelle, sont peu résistants, aussi s'incurvent-ils et se déforment-ils. Les rachitiques ont un aspect spécial; ce

(1) Voir notre *Anatomie et Physiologie génitales et obstétricales*.

sont des individus à tête volumineuse, à glabelle saillante; sur le thorax proéminent (thorax en carène, thorax de poulet) on trouve, au niveau des articulations chondro-costales des nodosités, constituant ce qu'on appelle le *cha-pelet rachitique*; la colonne vertébrale est souvent déviée. Les membres sont noués, surtout au niveau de l'extrémité inférieure du tibia et cet os est très fréquemment incurvé en dedans, ce qui est dû à son fléchissement sous le poids du corps. Toutes ces déformations peuvent ne pas exister simultanément; les plus fréquentes sont les nodosités costales et les incurvations du tibia.

Bassin rachitique. — Le bassin rachitique présente plusieurs aspects.

1° Dans une *première variété*, le sacrum, sous la poussée du segment supérieur du corps, s'affaisse, sa courbe s'exagère (comme un arc qu'on plie en pressant sur l'une des extrémités, l'autre étant fichée en terre), sa base se porte dans l'aire du détroit supérieur, tandis que sa pointe se recourbe en avant : le détroit supérieur et le détroit inférieur osseux se trouvent ainsi rétrécis.

La base du sacrum au lieu de glisser dans l'aire du bassin peut s'incliner aussi en avant, mais par un mouvement de bascule, qui, par contre, reporte en arrière la pointe sacrée; dans ce cas l'aire du détroit supérieur est diminuée, mais l'aire du détroit inférieur osseux est augmentée.

Cette déviation du sacrum ne se fait pas toujours franchement en avant, mais peut incliner soit à droite, soit à gauche.

Cette double forme de viciation du bassin est la plus fréquente. Dans ces deux cas le diamètre promonto-pubien est considérablement rétréci et au lieu de mesurer 11 centimètres, ne mesure plus que 10, 9, 8, 7 centimètres et même moins.

2° Dans une *deuxième variété*, il y a déplacement en avant du sacrum, mais accompagné d'allongement du diamètre transverse. C'est le *bassin en 8 de chiffre*. (On pourrait le comparer à un pessaire Dumontpallier qu'on presse en son milieu entre le pouce et l'index.)