

sonde en mettant l'ongle sur la sonde au ras du sous-pubis. Cette distance est reportée sur la ligne S — P; de ce point (A) on élève une perpendiculaire de 3 centimètres sur la première, A. C. Le point C marque le contact de la sonde avec le culmen pubien. La longueur 3 centimètres a été fixée arbitrairement, mais après études réfléchies.

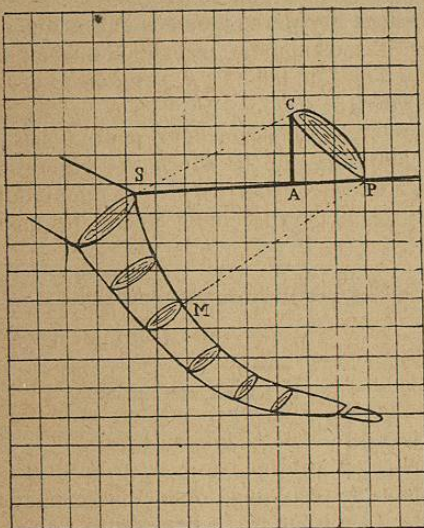


Fig. 74.
Mensuration pelvienne (procédé Farabeuf).

Il n'y a plus ensuite qu'à mesurer la ligne S. A ou diamètre sacro-pubien. Rien n'est plus aisé ensuite que de mesurer le mi-sacro-pubien, qui s'étend du pubis à la deuxième articulation au-dessous du promontoire soit l'épaisseur de deux vertèbres ou 6 centimètres (1).

Exploration de la morphologie interne. — L'accoucheur, pratiquant le toucher, parcourra du doigt le

détroit supérieur et son pourtour puis l'excavation; il constatera les inégalités dans la courbe du détroit supérieur, son amplitude et sa symétrie avec la pulpe de l'index, etc.; il pourra ainsi reconstituer assez bien le graphique de la filière pelvienne.

L'exploration bi-digitale des deux mains est utile dans l'asymétrie. La femme est placée dans la position obstétricale. On introduit, l'index et le médius de la main droite,

(1) Farabeuf. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, juin 1894.

l'index et le médius de la main gauche, dans le vagin, et ils explorent et apprécient les premiers la paroi gauche, les deuxièmes la paroi droite de l'excavation.

Diagnostic du volume et de la réductibilité céphaliques. — La valeur clinique d'un rétrécissement dépend : 1° de l'état des diamètres pelviens; 2° du volume de la tête; 3° de sa consistance.

Il est clair que ces deux dernières données ont surtout de l'importance dans les cas d'angustie légère ou moyenne.

L'on peut apprécier l'état de la tête : a) pendant la grossesse; b) pendant le travail.

a) *Pendant la grossesse.* — L'accoucheur peut se baser sur les dimensions moyennes de la tête à ses différents âges, dimensions qu'a fixées l'expérience. L'augmentation du diamètre bipariétal se fait parallèlement à celle des mois de la grossesse.

A 6 mois	le diamètre bipariétal a	6 centimètres.
A 7 —	—	— 7 —
A 8 —	—	— 8 —
A 9 —	—	— 9 —

Mais ce sont des données moyennes; or, ce qu'il importe de savoir c'est le rapport de la tête au bassin.

Pour avoir ce rapport on pratique le *palper mensurateur*. La femme est dans le décubitus dorsal; l'accoucheur cherche la tête fœtale, l'applique et la fixe contre l'angle sacro-vertébral; les doigts de l'autre main rasant alors le bord supérieur de la symphyse et recherchent si la tête déborde sa face postérieure.

Si la tête est élevée, il faut commencer par l'abaisser ce qui n'est pas toujours aisé.

L'on apprécie, en outre, par des pressions modérées si la tête est plus ou moins dure et son degré de réductibilité.

Mensuration à l'aide du compas. — A travers les parois abdominales on mesure, à l'aide du compas de Baudelocque, le diamètre occipito-frontal de la tête placée au-dessus du détroit supérieur en position transversale; du chiffre obtenu on retranche 25 millimètres et on obtient,

d'après M. Perret, à 2 ou 3 millimètres près, le diamètre *bi-pariétal* (1).

Ces deux procédés ne donnent jamais que des résultats approximatifs; mais se complétant l'un l'autre ils peuvent rendre des services.

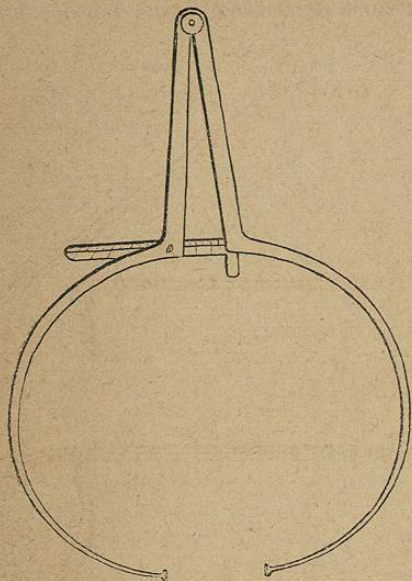


Fig. 75. — Compas d'épaisseur de Baudelocque.

Cet instrument est comparable à un immense brise-pierre. Il est formé de deux branches : branche droite, branche gauche. La branche droite est composée d'une tige droite terminée par une cuillère relevée à angle droit et fixe; la branche gauche, qui glisse sur la première est, elle aussi, munie d'une cuillère; mais celle-ci est mobile autour d'une charnière et peut se relever sur la tige jusqu'à l'angle droit. Sur les manches se trouvent des divisions qui permettent de lire l'épaisseur du solide pris dans les deux cuillères. Une tringle réunit les deux branches. On place la branche droite en arrière, la deuxième en avant; on pousse cette deuxième jusqu'à ce qu'on tienn

(1) Société obstétricale de France, avril 1895.

exactement la tête suivant le bipariétal dont on n'a plus qu'à lire sur les manches, libres au dehors, les dimensions.

Pronostic général. — Le pronostic des viciations du bassin est ordinairement sérieux pour la mère et pour l'enfant.

Pendant la grossesse, l'utérus, gêné dans son développement, peut entrer en contraction d'une façon prématurée et amener un avortement; arrêté par le promontoire il peut basculer en arrière, d'où rétroversion de l'utérus gravide; l'accommodation se fait mal et favorise les présentations vicieuses.

Pendant l'accouchement, même dans les cas légers, le travail est pénible. A un degré plus grave, il devient extrêmement long, douloureux, s'arrête quelquefois pendant cinq ou six jours, puis recommence : c'est alors ce qu'on appelle *la rétrocession du travail*. Dans quelques cas, les douleurs sont atroces, l'utérus cède à la résistance et se rompt (rupture utérine); parfois la tête, par compression, provoque le sphacèle d'une portion de la paroi utérine.

Si l'accouchement parvient à se faire, la tête sort couverte de bosses sanguines. Mais, souvent, la tête s'arrête dans sa progression, enclavée; le travail ne peut se ter-

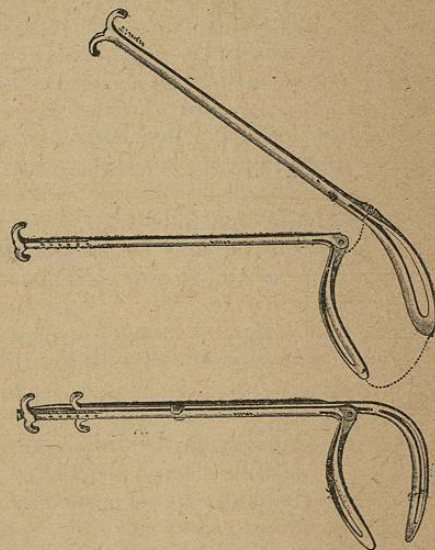


Fig. 76. — Mesurateur-levier préhenseur de Farabeuf.

miner spontanément, soit que l'utérus n'ait pas la puissance nécessaire pour lui faire forcer le défilé, soit qu'il y ait réellement impossibilité au passage de la partie fœtale.

Pronostic particulier. — Le pronostic général est modifié par les cas particuliers.

Des réserves étant faites sur des cas spéciaux, dont la valeur n'est appréciable qu'à l'examen clinique on peut dire pourtant que, ordinairement, les bassins par *boiterie* sont d'un pronostic assez favorable et d'autant plus que la raison de la claudication siège plus loin du bassin.

Dans le *bassin par luxation bilatérale* l'accouchement se termine ordinairement bien ; il y a un peu plus de difficulté lorsqu'il s'agit d'un *bassin par luxation unilatérale* ; dans la statistique de Bruneau, sur 45 accouchements, 31 se terminèrent spontanément, et il y eut 7 décès d'enfants et 1 de mère. Dans le *bassin coxalgique*, d'après Demelin, la mortalité est de 33 pour 100 pour les enfants et de 15 pour 100 pour les mères.

Le *bassin oblique ovalaire* comporte un pronostic qui n'est pas encore absolument bien connu, mais qui est beaucoup plus sombre. D'après le travail le plus récent, la thèse de Tchérépakine, sur 54 observations de bassin oblique ovalaire de Nœgelé ou de type analogue il y a 44 morts de mères à la suite d'accouchement et sur 106 grossesses 84 morts d'enfants. Quoique nombre de ces observations soient anciennes et se rapportent à une époque où régnait l'infection et où la technique était imparfaite, le pronostic n'en reste pas moins très sérieux.

Parmi les viciations sous la dépendance d'une déviation de la colonne vertébrale, celles qui sont dues à la *lordose* ou à la *scoliose* sont peu graves. Quant au *bassin cyphotique* son pronostic est sous la dépendance du siège de la déviation rachidienne, et prend de la gravité à mesure qu'elle s'abaisse ; même alors comme la déformation porte surtout sur le détroit inférieur, moins rigide que le détroit supérieur, l'accouchement est souvent possible spontanément, mais il est assez fréquemment accompagné d'une déchirure du périnée.

Le pronostic des bassins viciés par obstruction est très difficile à fixer dogmatiquement ; il dépend trop directement des cas particuliers. Ceci s'applique particulièrement au *spondylsthésis* ou au *spondylisème* dont le pronostic va depuis les cas simples jusqu'aux cas les plus défavorables.

Pour ce qui est des *obstructions par tumeurs* le pronostic dépend de causes très diverses que l'accoucheur devra apprécier : le siège, le volume, la consistance, l'opérabilité de la tumeur ; les exostoses peu volumineuses ont deux sièges de prédilection, le pubis et le promontoire, qui les rendent redoutables ; l'ostéosarcome au contraire gêne surtout par ses dimensions.

Le *bassin ostéomalacique*, outre la gravité de l'affection en elle-même, compromet extrêmement l'existence de la mère et de l'enfant ; sauf les cas exceptionnels où les parties osseuses ramollies se laissent distendre comme le ferait un bassin en caoutchouc, l'accouchement est impossible par les voies naturelles.

Quant au *bassin rachitique* son pronostic est très variable et dépend du degré du rétrécissement, ainsi que du volume de la partie fœtale.

En outre dans tous les cas de bassins rétrécis, il faut faire entrer dans l'appréciation du pronostic l'état du fœtus et l'époque à laquelle on est appelé à se prononcer, les conditions particulières de la grossesse, enfin les ressources dont l'accoucheur dispose pour parer aux inconvénients de la malformation pelvienne. Ce dernier facteur est actuellement d'autant plus important que nous avons été mis en possession d'agents thérapeutiques plus variés, plus congruents à leur but et, par suite, plus efficaces.

Conduite à tenir. — *Jeune fille à marier.* — L'examen, ici, à moins d'autorisation spéciale écrite, doit se borner à la constatation extérieure des signes et à la pelvimétrie externe. La décision à prendre variera forcément suivant le pronostic particulier.

Femme mariée, non enceinte. — Dans le bassin de Nœgelé, dans le bassin rachitique au-dessous de 8 centimètres, interdire toute grossesse — en faisant le tableau

le plus noir de ses conséquences — (on ne saurait jamais trop effrayer les conjoints dans cette circonstance, et, s'ils vous écoutent, ils persévèrent bien rarement dans vos recommandations). Dans les cas moyens, prévenir le mari de la probabilité d'une intervention dont la gravité, — toutes choses égales d'ailleurs, — est, en rapport avec le degré du rétrécissement et le moment de l'intervention.

Femme enceinte. — La conduite à tenir dépend :

- 1° De l'état du bassin ;
- 2° De l'âge de la grossesse $\left\{ \begin{array}{l} \text{avant terme,} \\ \text{à terme;} \end{array} \right.$
- 3° De la présentation et de la position ;
- 4° De l'état de vie ou de mort du fœtus.

Dans les bassins asymétriques par suite de *boiterie*, dans le bassin *coxalgique* — la tête étant de dimensions normales — si la déformation n'est pas trop considérable, attendre le travail, favoriser au besoin l'engagement et terminer, si l'expulsion est lente, par une application de forceps.

Si la déformation semble très considérable, provoquer l'accouchement ou, si les articulations sacro-iliaques paraissent indemnes, attendre le travail et à ce moment, si besoin est, faire la symphyséotomie. S'il y avait ankylose sacro-iliaque on aurait recours à l'opération de Farabeuf.

Dans le bassin oblique ovalaire on peut, consulté avant terme, pratiquer l'accouchement prématuré vers 8 mois. Pour Pinard attendre l'accouchement ; à ce moment on se rend compte si l'expulsion est possible ou non : dans ce dernier cas, pratiquer l'ischio-pubiotomie ou opération de Farabeuf.

Dans les bassins scoliotique et lordosique, où l'accouchement se fera le plus souvent seul, attendre en se tenant prêt soit à engager artificiellement la tête, soit à terminer par une application. Dans le bassin lordosique, il est bon de relever l'utérus qui est en antéversion.

Dans le bassin cyphotique ordinairement l'accouchement se termine avec une application de forceps.

Il est presque impossible de tracer d'avance l'intervention dans le cas d'obstruction ; c'est à l'accoucheur de juger de

la valeur de l'obstacle et de proportionner son intervention à la gravité de la situation. Dans un certain nombre de cas l'on peut pendant la grossesse l'enlever et en particulier lorsqu'il s'agit de corps fibreux.

Dans l'ostéomalacie on n'a guère que deux alternatives : provoquer l'expulsion, si on est appelé suffisamment tôt, ou pratiquer plus tard l'opération césarienne.

Dans les bassins rachitiques, les questions d'intervention ont été toujours très discutées. Ces dernières années, grâce à la symphyséotomie, le problème semble moins complexe, et les indications opératoires plus simples et plus précises. Il existe pourtant bien des points qui ne sont pas définitivement et clairement fixés.

Tous les bassins rachitiques ne sont pas justiciables d'une même thérapeutique : celle-ci dépend surtout de leurs dimensions, et en particulier de celles du diamètre, promonto-pubien, et *mi-sacro-pubien*.

Indications de l'intervention. — *Règles classiques.* Dubois avait cliniquement divisé les bassins rétrécis en trois catégories :

- | | | |
|------|-----------------------------------|-------------|
| I. | De plus de 9 centimètres. | (de 11 à 9) |
| II. | De plus de 6 — | (de 9 à 6) |
| III. | De moins de 6 — | (de 6 à 0) |

Tarnier a modifié un peu la classification et divise les bassins en :

- | | | |
|------|--------------------|------------------|
| I. | Bassin de. | 11 à 9,5 |
| II. | — | 9,5 à 5,5 |
| III. | — | 5,5 à 4 |
| IV. | — | 4 et au-dessous. |

Bassins au-dessus de 9 centimètres. — **A terme** ou en *travail*. D'une façon générale, on se conduit comme dans les cas normaux, prêt à intervenir.

Présentation du sommet. — On attend, et, s'il y a lieu, on engage artificiellement la tête, ce qui suffit ordinairement, mais pas toujours, car on ne connaît jamais, d'une façon absolument précise, le volume de la tête.

La tête engagée on peut terminer par une application de forceps.

On est parfois même obligé de faire la symphyséotomie.

Présentation de la face. — Attendre plus patiemment encore.

Siège et épaule. — Faire la version.

Avant terme (sixième au huitième mois). — On attend le terme; mais, tous les huit jours environ, on apprécie le rapport de la tête fœtale au rétrécissement. En général, l'accouchement est normal chez les primipares; chez les multipares (où l'enfant est ordinairement plus volumineux), on se basera sur la marche des précédents accouchements, et, si l'enfant est gros, on provoquera l'accouchement avant terme.

Bassins de moins de 9 centimètres, entre 9 et 5,5. — **A terme** ou en travail. *L'enfant est mort.* — On n'a qu'à songer à la mère et, dès que cela est possible, on pratique la basiotripsie.

L'enfant est vivant. — Il faut distinguer deux cas : le bassin est entre 9 et 7 1/2, entre 7 1/2 et 5,5.

Entre 9 et 7 1/2. — C'est dans ces cas surtout que le forceps était employé au détroit supérieur. Actuellement tenter l'engagement artificiel ou faire la symphyséotomie. Si on ne peut y arriver par ces moyens, et si l'enfant est vigoureux, il faut songer à l'extraction par la voie abdominale.

Entre 7 1/2 et 5,5. — Près de 7 1/2, si la tête est petite, on essayait le forceps; près de 6, on ne pouvait plus compter sur lui; il ne restait que l'amputation de Porro. C'est ici surtout que la symphyséotomie est venue rendre des services.

Avant terme. — Provoquer l'accouchement prématuré.

A six mois, on a peu de chance de conserver un enfant vivant : grâce à la couveuse on y est arrivé cependant. (Voir *Couveuse*, p. 452.)

Bassins de 5,5 à 4. — Dans les premiers mois de la grossesse on peut proposer de provoquer l'avortement ou de laisser la grossesse évoluer jusqu'au terme et alors pratiquer l'opération de Porro. Le choix à indiquer dépend

des circonstances; mais on ne doit pas oublier que la césarienne a beaucoup perdu de sa gravité.

Vers le *sixième mois* on peut ou provoquer l'accouchement et broyer la tête, ou proposer la section abdominale à terme. Mêmes remarques que ci-dessus.

A terme ou près du terme — on aura recours à la section abdominale complétée par l'amputation utérine — opération de Porro; il faut profiter de l'occasion pour supprimer radicalement la possibilité d'une nouvelle grossesse exposant à nouveau la vie de la femme.

Au-dessous de 4 centimètres. — Ces bassins sont rares. — Sauf au début de la grossesse — où l'expulsion du produit de la conception est encore possible — l'accouchement ne peut se faire spontanément; attendre le terme et pratiquer l'opération de Porro (1).

Règles de l'école de M. Pinard. — Au Congrès de Rome, 1894, M. Pinard a donné les règles de l'intervention dont voici le résumé.

1° Lorsque l'étude du bassin et le calcul ont démontré qu'un écartement de 7 centimètres des symphyses pubiennes permettra le passage d'une tête de fœtus à terme, on doit faire la symphyséotomie (2).

2° Dans les bassins où l'écartement des pubis ne donnerait pas une étendue suffisante pour permettre le passage de la tête fœtale, il faut recourir à la section césarienne suivie de l'opération de Porro.

3° Dans les cas d'ankylose du coccyx, empêchant l'accouchement spontané, pratiquer la rupture digitale ou la section sous-cutanée du coccyx.

REMARQUES. — 1° Dans ces différents cas la tête est supposée normale comme grosseur et comme dureté. Nous ne

(1) Pajot, dans les bassins au-dessous de 6 centimètres, avait proposé et pratiqué la céphalotripsie répétée sans traction, consistant à broyer la tête, autant que possible, à laisser l'accommodation et la descente se faire sous la poussée utérine; puis nouveau broiement, nouvelle attente, et ainsi de suite jusqu'au passage total de la tête.

(2) Un écartement de 7 centimètres fait gagner 30 millimètres.

cessons de rappeler que le rétrécissement est cliniquement un rapport, quelque chose de relatif. Suivant que la tête est au-dessus ou au-dessous de la normale, à ces deux points de vue, l'intervention — pour un même rétrécissement du bassin — remontera ou descendra d'une catégorie.

2° Il importe de bien considérer l'état de l'excavation, qui atténue ou aggrave la valeur du rétrécissement suivant son degré d'amplitude ou d'aplatissement.

3° Toutes les fois qu'il est question de symphyséotomie il est bien entendu que les deux articulations sacro-iliaques sont ou paraissent saines et souples.

Si cette condition n'était pas réalisée, à la symphyséotomie il faudrait substituer *avant terme* soit l'avortement provoqué, soit l'accouchement prématuré s'il est encore utilisable, ou, à son défaut, l'opération de Porro. A *terme*, c'est à cette seule intervention qu'on doit recourir si l'enfant est vivant.

3° Le forceps a été moins indiqué qu'on ne le faisait autrefois parmi les interventions de choix. C'est un instrument mal approprié pour agir au détroit supérieur. Il servira surtout à terminer un accouchement.

TEUXIÈME SECTION

DYSTOCIE FŒTALE.

CHAPITRE PREMIER

PRÉSENTATION DU TRONC

C'est le premier cas de dystocie. Cliniquement l'accouchement dans la présentation du tronc ne peut pas se terminer spontanément.

Fréquence. — La présentation du tronc vient comme fréquence, après la présentation du siège. On trouve environ une présentation du tronc sur 125 accouchements.

Étiologie. — Comme dans toutes les présentations vicieuses, elle dérive d'un obstacle à l'accommodation. La multiparité est une des causes; dans ce cas, à la suite de distensions répétées, l'utérus et les parois abdominales ont perdu de leur tonicité, de leur vigueur nécessaires à la bonne orientation fœtale. Pour la même raison une rupture de la paroi abdominale, une éventration est une cause prédisposante à une présentation de l'épaule. De même un vice originel ou accidentel de disposition de l'utérus.

L'hydramnios, qui empêche la fixité de la présentation, les rétrécissements du bassin prédisposent à une présentation vicieuse.

Variétés. — Positions. — On a distingué des variétés suivant la situation qu'occupent l'acromion et le membre supérieur.

Variétés.	$\left\{ \begin{array}{l} 1^{\circ} \textit{Acromiale} \\ 2^{\circ} \textit{Cubitale} \\ 3^{\circ} \textit{Brachiale} \end{array} \right.$	l'acromion ou le coude occupe le centre
		du bassin. Dans ces deux variétés
		l'avant-bras est plus ou moins fléchi sur le bras.
		l'avant-bras défléchi est tombé dans le vagin.