

CHAPITRE XII

VICES DE CONFORMATION DU BASSIN

Importance du sujet. Les vices de conformation du bassin constituent l'un des sujets les plus importants de l'étude de l'obstétrique ; ils sont en effet la cause des difficultés et des dangers les plus graves de la parturition. Il est donc d'une nécessité absolue d'en connaître l'étiologie et les effets, et de pouvoir les diagnostiquer, soit pendant, soit avant le travail ; mais le sujet est loin d'être facile, et il a été encore plus compliqué qu'il ne devrait l'être, par la préoccupation constante qui a poussé les accoucheurs à faire rentrer toutes les variétés des difformités pelviennes dans les limites de leur classification favorite.

Difficultés d'une classification. On a fait dans ce sens bien des tentatives, les unes fondées sur les causes dont dépend le vice de conformation, les autres sur les particularités de sa forme. Mais les modifications sont si variées, si irrégulières, et des causes semblables, ou d'apparence semblable, produisent si souvent des effets différents, que toutes ces tentatives ont plus ou moins échoué. Par exemple, le rachitisme, la plus importante de toutes les causes de déformation pelvienne, produit en général un raccourcissement du diamètre conjugué du détroit supérieur, tandis que l'affection analogue, l'ostéomalacie, qui survient dans l'âge adulte, raccourcit le diamètre transverse, en rapprochant les os du pubis, et détermine un allongement relatif ou réel du dia-

mètre conjugué. Nous pourrions donc être tentés de classer les résultats de ces deux affections sous des chapitres distincts, si nous ne savions pas que lorsque le rachitisme atteint des enfants qui ont déjà marché et qui ont été soumis aux mêmes influences mécaniques que les femmes atteintes d'ostéomalacie, la forme du bassin peut être à peine distinguée de celle qui caractérise cette dernière maladie.

En somme, la classification la plus simple, aussi bien que la plus scientifique, est celle qui prend pour base le siège particulier et la nature de la déformation. Jetons d'abord un coup d'œil sur les causes les plus communes.

Pour comprendre le mécanisme de chaque forme particulière de bassin vicié, il est indispensable de connaître le mode de développement du bassin normal chez une femme en bonne santé. Les déformations peuvent presque invariablement être rapportées à l'action des mêmes causes qui produisent un bassin normal, mais qui, dans certaines conditions pathologiques des os ou des articulations, provoquent une altération plus ou moins sérieuse dans la forme. Je les ai déjà décrites lorsque j'ai étudié l'anatomie normale du bassin, et on se rappellera qu'elles consistent surtout dans le poids du corps, transmis aux os iliaques à travers les articulations sacro-iliaques, et la contre-pression supportée par ces os à travers les cavités cotyloïdes. Quelquefois elles agissent avec excès sur des os qui sont sains, mais un peu plus faibles qu'à l'ordinaire, et il en résulte certaines anomalies dans la dimension des différents diamètres du bassin. D'autres fois, elles agissent sur des os qui sont ramollis et altérés dans leur structure par une maladie, et qui, par conséquent, cèdent plus facilement à la pression que des os sains.

Les deux affections qui concourent particulièrement au développement des vices de conformation sont le rachitisme et l'ostéomalacie. Je ne veux pas entrer ici dans l'étude de la nature essentielle et des symptômes de ces maladies ; il me suffira de rappeler au lecteur qu'elles sont considérées comme

La plus simple est celle qui est basée sur la nature de la déformation.

Causes des rétrécissements.

Elles sont semblables à celles qui amènent le développement du bassin normal.

Distinction entre le rachitisme et l'ostéomalacie.

des maladies pathologiquement semblables, avec cette distinction pratique importante que le rachitisme survient dans le premier âge, avant que les os ne soient complètement ossifiés, et que l'ostéomalacie est une maladie de l'âge adulte, déterminant un ramollissement dans des os qui ont été durs et bien développés. Cette différence donne une explication satisfaisante de la plupart des variétés de déformations pelviennes.

Effets du rachitisme.

Le rachitisme s'établit tout à fait au début de la vie; quelquefois même, croit-on, dans l'utérus. Il produit rarement un ramollissement de l'os tout entier, c'est seulement dans les cas très graves que les parties déjà ossifiées sont atteintes. Les effets de l'affection portent particulièrement sur les portions cartilagineuses des os, dans lesquelles des dépôts osseux ne se sont pas encore formés. Les os par conséquent ne sont pas soumis à une modification invariable, et ce fait a une grande importance dans la détermination de leur forme. Les rachitiques ont aussi un développement musculaire imparfait; ils ne marchent pas de la même manière que les autres enfants, ils sont presque continuellement étendus ou assis, le poids du tronc se fait donc sentir sur les os ramollis à un plus haut degré que dans l'état de santé. Pour la même raison, la contre-pression exercée sur les cavités cotyloïdes est nulle ou relativement légère. Toutefois, lorsque le rachitisme atteint des enfants qui ont déjà marché, la contre-pression entre en jeu et modifie la quantité et la nature de la déformation. Chez les enfants rachitiques, les os sont naturellement altérés dans leur forme par la pression; mais ils sont aussi imparfaitement développés, et ce fait modifie matériellement le vice de conformation. Dès que la matière osseuse y est déposée, ils deviennent durs et cessent de plier sous les influences extérieures, mais ils conservent pour toujours la forme vicieuse qu'ils ont contractée.

Effets de l'ostéomalacie.

Dans l'ostéomalacie, au contraire, les os déjà durs deviennent mous uniformément dans leur ensemble, et les modifications qui leur sont imprimées sont beaucoup plus régulières et plus facilement prévues. Mais c'est une cause infiniment moins

commune de déformation pelvienne que le rachitisme, comme le démontrent les recherches faites à la Maternité de Paris; dans une période de seize années, on a observé 402 cas de déformations dues au rachitisme, contre une due à l'ostéomalacie¹.

La fréquence de ces deux affections varie beaucoup dans les différents pays et selon les circonstances. Le rachitisme est beaucoup plus commun parmi les pauvres des grandes villes, dont les enfants sont mal nourris, mal vêtus, placés dans une atmosphère viciée et soumis à toutes sortes de conditions hygiéniques défavorables. Les déformations sont donc plus fréquentes chez eux que chez les enfants mieux portants des classes élevées ou des populations de la campagne. La fréquence de l'ostéomalacie est aussi variable selon les pays. Les viciations les plus marquées, celles qui nécessitent l'opération césarienne ou la craniotomie, sont très rares en Angleterre, tandis que dans certaines régions du Continent elles semblent être assez fréquentes pour exiger constamment l'emploi de ces ressources obstétricales ultimes.

Leur fréquence est variable.

Dans une autre variété, la forme normale est modifiée, parce que le poids du corps et la contre-pression agissent sur un bassin dont une ou plusieurs articulations sont ossifiées. C'est ainsi que se produit le bassin *oblique ovalaire* de Nægelé, ou le bassin, encore plus rare, *rétréci transversalement* de Robert.

Ossification des articulations du bassin.

Un certain nombre de vices de conformation ne peuvent être rapportés à aucune modification dans le développement ordinaire des os. Par exemple, ceux qui résultent de spondylolisthésis ou dislocation en bas des vertèbres lombaires inférieures, de déplacements du sacrum produits par des incurvations de la colonne vertébrale, de maladies des os du bassin eux-mêmes, tumeurs, excroissances de nature maligne, etc.

Autres causes de déformation.

La première classe de déformations pelviennes comprend les bassins dont les diamètres n'ont pas la longueur normale, sans aucune altération dans la forme des os; ce sont souvent

1. Stanesco, *Recherches cliniques sur les rétrécissements du bassin.*

Bassin régulièrement
trop grand.

de véritables anomalies congénitales de volume dont on ne peut donner aucune explication suffisante. Dans cette classe rentre le bassin dont tous les diamètres sont régulièrement plus longs (*pelvis æquabiliter justo major*); son importance obstétricale est minime, cependant on peut lui imputer l'accouchement précipité; il n'est pas diagnostiqué pendant la vie.

Bassin régulièrement
trop petit.

La diminution de tous les diamètres pelviens (*pelvis æquabiliter justo minor*) s'observe chez les femmes en apparence bien faites sous tous les rapports, et dont la conformation extérieure et les antécédents ne fournissent aucune indication de cette altération. Quelquefois le raccourcissement atteint quinze millimètres et davantage, et il est facile de comprendre qu'un tel amoindrissement de la capacité du bassin puisse donner lieu à des difficultés sérieuses pendant l'accouchement. Ainsi, dans trois observations rapportées par Nægélé, deux fois la femme mourut après un accouchement difficile avec les instruments, et la troisième fois après la rupture de l'utérus. Mais le bassin uniformément rétréci est très rare, on le rencontre chez les petites femmes, les naines par exemple. Il ne s'ensuit pas cependant que toutes les naines aient un bassin trop petit pour l'accouchement. Au contraire, beaucoup d'entre elles accouchent sans difficulté.

Bassin infantile.

On trouve aussi des bassins qui ont conservé le type infantile après la puberté (fig. 125). Ici, le développement normal du bassin a été entravé peut-être par une ossification prématurée des différentes pièces des os innominés, ou par un arrêt de leur évolution chez des enfants d'une constitution débile ou rachitiques. Les dimensions de ces bassins ne sont pas toujours au-dessous du type normal; ils peuvent continuer à grandir, bien qu'ils ne soient pas développés. Les longueurs relatives des différents diamètres sont alors les mêmes que chez l'enfant; le diamètre antéro-postérieur, plus long ou aussi long que le transverse; les ischions, relativement rapprochés l'un de l'autre, et l'arcade pubienne étroite. La conformation de ce bassin entrave le mécanisme de l'accouchement, et on éprouve

une difficulté inaccoutumée pendant le travail. On doit s'attendre à des obstacles de même ordre dans les accouchements des toutes jeunes filles. Mais, dans ce cas, il y a raison d'espérer qu'avec l'âge le bassin se développera, et que les accouchements ultérieurs seront plus faciles.

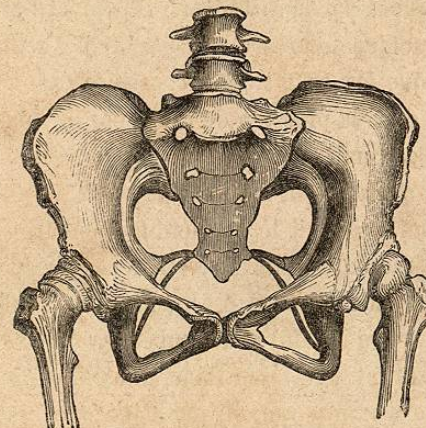


Fig. 125. — Bassin d'adulte ayant conservé le type infantile.

Le bassin *masculin*, ou en forme de cylindre, doit son nom à sa ressemblance avec le bassin de l'homme. Les os sont plus épais et plus solides, le diamètre conjugué du détroit supérieur plus long, l'excavation tout entière plus profonde, et plus étroite à sa partie inférieure par le rapprochement des tubérosités ischiatiques. On l'observe généralement chez les femmes fortement musclées qui se livrent à de durs travaux, et le D^r Barnes, d'après sa pratique dans *The Royal Maternity Charity*, dit qu'il se voit surtout chez les tisserandes, dans le voisinage de Bethnal Green, qui passent la plus grande partie de leur temps assises. La cause de cette variété paraît être un état avancé d'ossification dans un bassin qui autrement serait resté *infantile*, avec un développement extraordinaire des muscles produit par le travail pénible de l'individu. Les difficultés de l'accouchement seront naturellement rencontrées au détroit inférieur; où la forme cylindrique de l'excavation est surtout marquée.

Bassin à type masculin.

Raccourcissement
du diamètre conjugué
du détroit supérieur.

Le raccourcissement du diamètre antéro-postérieur est le plus souvent limité au détroit supérieur, et c'est la variété de beaucoup la plus commune de viciation pelvienne¹. A un degré léger, il ne dépend pas nécessairement du rachitisme; mais, lorsqu'il est très marqué, il en est presque toujours le résultat. S'il n'est pas causé par le rachitisme, il peut être probablement rapporté à quelque influence vicieuse dont l'action s'est fait sentir avant que les os n'aient été ossifiés, par exemple une augmentation dans la pression du corps par de lourds fardeaux portés dans la première enfance, et autres faits analogues. Il en résulte un abaissement anormal du sacrum, qui se projette en avant et tend à rétrécir légèrement le diamètre conjugué.

Son mode de pro-
duction dans le rachi-
tisme.

Lorsque le raccourcissement est amené par le rachitisme, son degré varie beaucoup; il est quelquefois très léger, quelquefois au contraire il suffit pour empêcher tout à fait le passage de l'enfant et nécessiter la craniotomie ou l'opération césarienne. Le sacrum, ramolli par l'affection, est comprimé verticalement en bas par le poids du corps, son abaissement est entravé par les portions déjà ossifiées de l'os, et par conséquent le promontoire subit un mouvement en bas et en avant. La portion supérieure de la concavité sacrée se trouve dirigée plus en arrière, mais, comme le sommet de l'os est entraîné en avant par l'insertion des muscles du périnée au coccyx et par les ligaments sacro-sciatiques, il s'établit une courbe qui porte sa partie inférieure en avant.

Allongement du
diamètre transverse.

L'abaissement du promontoire tend à produire, à travers les ligaments sacro-iliaques, une forte traction sur les extrémités postérieures des arcs sacro-cotyloïdiens, et à provoquer ainsi un écartement anormal des os iliaques, qui augmente le diamètre transverse du détroit supérieur. Ainsi, on décrit souvent un allongement anormal du diamètre transverse dans cette variété de déformation, mais il n'existe pas aussi fréquemment

1. On trouvera une étude minutieuse des modifications de ce diamètre dans le mémoire de M. Pinard, intitulé : « *Les vices de conformation du bassin étudiés au point de vue de la forme et des diamètres antéro-postérieurs.* »

qu'on pourrait s'y attendre, à cause de l'arrêt de développement dont sont frappés les os rachitiques. Barnes¹ dit en effet que dans les quartiers de Londres où les viciations sont le plus communes, l'allongement du diamètre transverse est excessivement rare. Souvent, le sacrum n'est pas seulement abaissé, mais déjeté plus ou moins vers l'un des côtés, en général vers le gauche, d'où la forme irrégulière du détroit supérieur. Ce phénomène est souvent le résultat d'une flexion latérale de la colonne vertébrale, qui dépend de la diathèse rachitique.

Dans la plupart de ces cas, l'excavation n'est pas diminuée, elle est souvent même plus large qu'à l'état normal. La pression

L'excavation
reste généralement
normale.

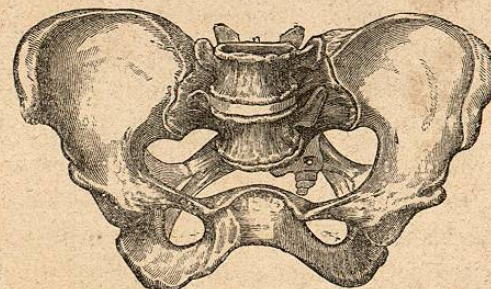


Fig. 126. — Bassin rachitique, refoulement de la symphyse pubienne en arrière.

constante sur les ischions, déterminée par la position assise de l'enfant, tend à les écarter l'un de l'autre et à élargir l'arcade pubienne. Il en résulte un avantage considérable pour les cas où nous avons à pratiquer des opérations obstétricales; nous trouvons en effet un espace suffisant pour nos manœuvres.

Exceptionnellement, le rétrécissement du diamètre conjugué est augmenté par un refoulement de la symphyse pubienne en arrière, ce qui donne au détroit supérieur du bassin une certaine ressemblance avec un 8 (fig. 126). Cette particularité semble pouvoir être expliquée par la contraction des muscles droits, à leur point d'attache, lorsque le centre de gravité du corps est entraîné en arrière par la projection du promontoire. Quelquefois aussi, le diamètre antéro-postérieur de l'excavation

Déformation en huit.

1. *Lectures on Obst. Operations*, p. 280.

est anormalement raccourci par l'absence de la courbure verticale du sacrum, qui, au lieu de présenter une concavité antérieure, est presque plat (fig. 127).

Spondylolisthésis.

Dans quelques cas rares, sur lesquels l'attention a été appelée pour la première fois en 1853, par Kilian, de Bonn, un raccourcissement formidable du diamètre conjugué du détroit supérieur est produit par un déplacement en bas de la quatrième et de la cinquième vertèbres lombaires, qui se trouvent projetées en avant, ou sinon tout à fait projetées, du moins luxées de leurs articulations dans une étendue suffisante pour empiéter

très sérieusement sur les dimensions de la cavité pelvienne. Cette viciation est connue sous le nom de *spondylolisthésis* (fig. 128)¹.

Le résultat en est sérieux; en effet, la saillie des vertèbres lombaires occupe la place du promontoire et empêche le passage de l'enfant. L'obstruction ainsi produite est tellement étendue, que, dans la majorité des cas observés, l'opération césarienne fut nécessaire.

Le diamètre conjugué vrai, du promontoire à la symphyse

1. M. le professeur Herrgott (de Nancy) vient de montrer, dans un travail remarquable, qu'il fallait distinguer dans les bassins dits spondylolisthésiques deux variétés :

Dans une première variété le corps de la vertèbre lombaire est détruit,

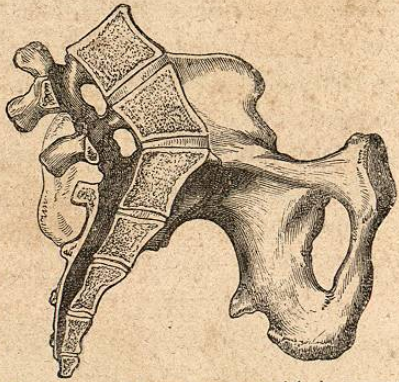


Fig. 127. — Absence de concavité du sacrum, rétrécissement de l'excavation.

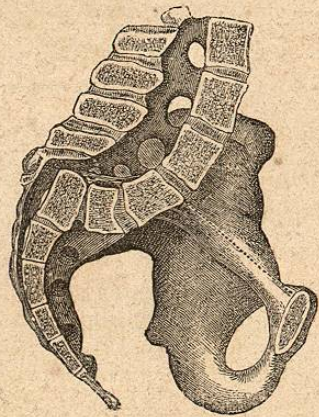


Fig. 128. — Bassin déformé par spondylolisthésis (d'après Kilian).

pubienne, est augmenté plutôt que diminué; mais, au point de vue pratique, la condition est la même que dans l'extrême rétrécissement du diamètre conjugué par rachitisme, car le corps des vertèbres déplacées fait saillie dans l'aire du détroit supérieur et en obstrue l'entrée.

La cause de cette déformation varie selon les individus; chez quelques femmes, elle semble congénitale, et chez d'autres sous la dépendance de quelque maladie antérieure des os, la tuberculose ou la scrofule, avec production d'une inflammation et d'un ramollissement entre les dernières vertèbres lombaires et le sacrum, phénomène qui a permis un déplacement des os en bas. Lambl croyait que cette altération était consécutive au spina bifida qui a été en partie guéri, mais après avoir produit une déformation des vertèbres et favorisé leur luxation. Brodhurst¹, d'un autre côté, pense qu'elle dépend plus probablement du rachitisme et d'un ramollissement des tissus osseux et ligamenteux, et qu'il n'y a pas de luxation dans le sens strict du mot.

Les cas les plus prononcés de rétrécissement des deux diamètres obliques sont dus à l'ostéomalacie. Dans cette affection, ainsi que nous l'avons déjà vu, les os sont uniformément ramollis, et les altérations de forme sont plus considérables, parce que la maladie débute après que l'union des diverses pièces de l'os innominé a été complètement effectuée. La déformation est très grande dans les cas les plus accentués, et rend souvent l'accouchement impossible sans l'opération césarienne. Quelquefois le ramollissement des os est utile pour l'accouchement, parce qu'il permet l'allongement du diamètre

Rétrécissement du diamètre oblique.

Déformation due à l'ostéomalacie.

la colonne vertébrale s'affaisse alors sur elle-même et s'incline en avant; il en résulte parfois que la colonne lombaire couvre presque complètement le détroit supérieur. Cette lésion est appelée par M. Herrgott spondylisme (affaissement vertébral).

Dans la seconde variété, c'est l'arc vertébral qui est détruit, il ne maintient plus en place la colonne lombaire, qui, obéissant aux mouvements de la pesanteur, glisse en avant, descend dans la cavité pelvienne et l'obstrue. C'est cette lésion à laquelle on a donné le nom de spondylolisthésis (glissement vertébral). *Annales de Gynécologie*, 1876. (Trad.)

1. *Obst. Trans.*, vol. VI, p. 97.

raccourci, sous l'influence de la pression de la partie qui se présente, ou même de la main. On rapporte quelques exemples curieux, dans lesquels, la déformation étant assez considérable pour réclamer l'opération césarienne, les os ramollis prêtèrent suffisamment pour qu'elle fût inutile.

Mode de production du rétrécissement dans l'ostéomalacie.

Le poids du corps abaisse le sacrum dans une direction verticale, et en même temps tasse les diverses pièces qui le composent de façon à rapprocher la base du sommet de l'os, et à rétrécir le diamètre conjugué du détroit supérieur par la

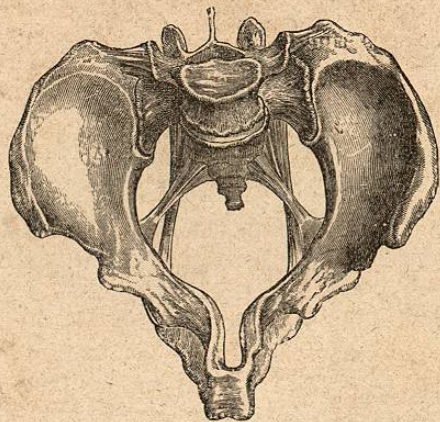


Fig. 129. — Bassin ostéomalacique.

saillie en avant du promontoire. Les modifications les plus caractéristiques sont produites par le rapprochement des parois latérales du bassin l'une de l'autre au niveau des cavités cotyloïdes, conséquence de la contre-pression exercée en ces points par les fémurs. L'effet de ces forces est d'amener l'un vers l'autre les côtés du bassin, et de diminuer les deux diamètres obliques, en donnant au détroit supérieur à peu près la forme d'un as de trèfle. En même temps que les côtés du bassin sont rapprochés, ils peuvent être amenés presque au parallélisme, et alors le vrai diamètre conjugué subit un allongement (fig. 129). Les tubérosités ischiatiques sont également refoulées l'une vers l'autre, comme les parois latérales du bassin, de telle sorte que le détroit infé-

rieur est aussi déformé que le détroit supérieur (fig. 130).

On a prêté une attention considérable à ce vice de conformation, dans lequel un seul des diamètres obliques est diminué; il a même été l'objet d'une étude spéciale de la part de Nægelé, et il est généralement connu sous le nom de *bassin*

Bassin oblique
ovalaire.



Fig. 130. — Degré extrême de déformation ostéomalacique.

oblique ovalaire (fig. 131). C'est une rareté; mais son étude est cependant très intéressante au point de vue obstétrical, car

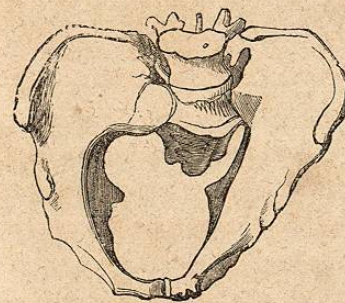


Fig. 131. — Bassin oblique ovalaire (d'après Duncan).

elle met fortement en lumière le mode de développement naturel du bassin. Il est très difficile à diagnostiquer, parce qu'aucune déformation externe apparente ne nous conduit à soupçonner l'affection du bassin, et, en réalité, il n'a probablement jamais été reconnu avant l'accouchement. Son influence

sur le travail est très sérieuse; Litzmann a trouvé que, sur 28 exemples de ce vice de conformation, 22 femmes moururent à leur premier accouchement, et 5 à des accouchements ultérieurs. Le pronostic est donc très grave et rend l'étude de cette déformation, quelque rare qu'elle soit, de la plus haute importance.

Elle est essentiellement caractérisée par un aplatissement et un défaut de développement d'un seul côté du bassin, liés