

à une ankylose de la symphyse sacro-iliaque correspondante. Cette ankylose existe probablement toujours, et semble être, en général, une déformation congénitale. La moitié latérale du sacrum du même côté et l'os innominé tout entier sont atrophiés. Le promontoire est dirigé vers le côté malade, et la symphyse pubienne repoussée vers le côté sain.

L'agent principal de la production de ce vice de conformation est l'absence d'articulation sacro-iliaque, ce qui empêche l'expansion latérale du détroit supérieur de se produire de ce côté convenablement, et permet à la contre-pression exercée par les fémurs de repousser en dedans l'os innominé atrophié, dans une étendue beaucoup plus considérable qu'à l'état normal. Le diamètre du bassin qui subit la plus grande diminution dans sa longueur est celui qui va de l'éminence iléo-pectinée du côté affecté à la symphyse sacro-iliaque du côté sain; le diamètre oblique de la jointure ankylosée à l'os iliaque sain conserve sa longueur normale.

Rétrécissement du diamètre transverse.

Bassin cyphotique.

Le rétrécissement transversal du détroit supérieur est beaucoup moins commun que le raccourcissement du diamètre conjugué. Le plus souvent, il est dû à une incurvation en arrière de l'extrémité inférieure de la colonne lombaire, conséquence d'une affection des vertèbres. Cette forme est connue sous le nom de *cyphotique*¹. L'effet de la courbure spinale est d'entraîner le promontoire du sacrum en arrière, et de l'élever de façon à le mettre hors d'atteinte. Il en résulte un allongement du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, et un amoindrissement du diamètre transverse; les dimensions relatives de ces deux diamètres sont par conséquent renversées. Tandis que la portion supérieure du sacrum est repoussée en arrière, son extrémité inférieure est projetée en avant, et les diamètres antéro-postérieurs de l'excavation et du détroit inférieur sont considérablement diminués. Les tubérosités

1. M. le Dr G. Chantreuil a publié une complète et intéressante *Étude sur les déformations du bassin chez les cyphotiques au point de vue de l'accouchement.* (Trad.)

ischiatiques sont rapprochées l'une de l'autre, et l'arcade pubienne est rétrécie. Je ferai observer que, dans ce vice de conformation, l'obstacle à l'accouchement siège surtout au détroit inférieur et dans les parties basses de l'excavation, car le diamètre transverse du détroit supérieur, tout en étant rétréci, laisse en général un espace suffisant pour le passage de la tête.

Il existe un autre genre de bassin rétréci transversalement, connu sous le nom de bassin de *Robert* (fig. 132), parce qu'il a

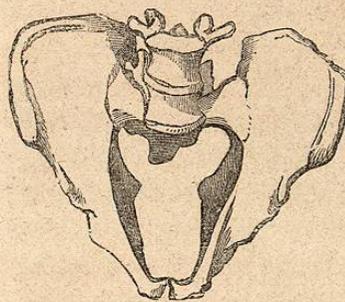


Fig. 132. — Bassin de Robert, double rétrécissement oblique (Duncan).

été décrit pour la première fois par Robert, de Coblenz. C'est, en réalité, un bassin obliquement rétréci des deux côtés par suite d'une ankylose des deux articulations sacro-iliaques, et un développement consécutif défectueux des deux os innominés. La forme du détroit supérieur est oblongue, et les parois

latérales de l'excavation plus ou moins parallèles l'une à l'autre. Le détroit inférieur est aussi très raccourci transversalement. L'obstacle est considérable, au point d'avoir exigé selon Schroeder, six fois l'opération césarienne sur sept cas bien authentiques.

Une autre cause de déformation transversale observée quelquefois, c'est la luxation de la tête du fémur, dépendant d'une affection chronique de l'articulation¹. Dans ce cas, la tête fémorale comprime l'os innominé du côté de la luxation, et il en résulte un refoulement en dedans de la fosse iliaque du côté malade, ou des deux fosses iliaques si l'accident est double, avec raccourcissement du diamètre transverse du détroit supérieur. Mais, la tubérosité ischiatique étant projetée en dehors, le détroit inférieur est plutôt augmenté que diminué.

L'obstruction de la cavité pelvienne par des exostoses ou d'autres variétés de tumeurs qui se développent aux dépens

1. Voyez la thèse de M. Guéniot sur *Les Luxations coxo-fémorales soit congénitales, soit spontanées au point de vue des accouchements.*

Bassin de Robert.

Déformation par luxation ancienne.

Déformation par tumeurs, fractures, etc.

des os est un fait très-rare (fig. 133). Cependant, ce peut être là une cause de dystocie sérieuse. Quelques curieux exemples en ont été recueillis dans l'article de M. Wood sur le bassin, et l'obstacle dans certains cas fut assez considérable pour nécessiter l'opération césarienne. Quelques-unes de ces tumeurs étaient de véritables exostoses ; d'autres, des ostéo-sarcomes insérés aux os du bassin, le plus souvent à la partie supérieure du sacrum ; d'autres étaient des tumeurs malignes. Dans quel-

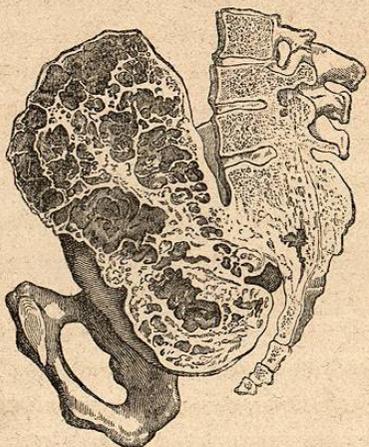


Fig. 133. — Tumeur osseuse du sacrum obstruant l'excavation.

ques observations, probablement liées à une diathèse goutteuse ou rhumatismale, il s'était développé, vers la ligne iléo-pectinée ou d'autres régions du bassin, des pointes osseuses non suffisantes pour produire l'obstruction, mais qui avaient pu léser l'utérus ou même la tête fœtale comprimée sur elles. On a observé aussi des saillies irrégulières du cal d'anciennes fractures du bassin. Tous ces faits ne sauraient être classés ; ils diffèrent tellement au point de vue de leur gravité et de leurs effets sur la marche de l'accouchement, qu'ils ne sont soumis à aucune règle fixe et doivent être traités tous d'une manière spéciale.

Effets du rétrécissement sur la marche du travail.

Les effets des rétrécissements pelviens sur la marche du travail varient naturellement selon la mesure et la nature de la déformation ; mais ils doivent toujours être un sujet de crainte,

et, lorsqu'ils sont très prononcés, ils produisent les difficultés les plus sérieuses avec lesquelles nous ayons à compter dans toutes les branches de l'obstétrique.

Dans les cas les plus simples, lorsque la disproportion entre le bassin et la partie qui se présente n'est que légère, on n'observe pas autre chose que des douleurs un peu plus fortes qu'à l'état normal, et quelque prolongation du travail. Généralement, les contractions utérines sont assez fortes et assez efficaces, sans doute à cause de l'augmentation de la résistance contre laquelle elles ont à lutter ; c'est là une circonstance favorable, qui suffit d'elle-même pour surmonter la difficulté. Toutefois le premier stade est fréquemment prolongé, et les douleurs portent moins bien, parce que la tête ne s'engage pas facilement au détroit supérieur ; en outre, l'utérus est plus mobile que dans un accouchement ordinaire, circonstance probablement désavantageuse.

Nature de l'action utérine dans un bassin vicié.

Dans des cas plus sérieux, la mère est incontestablement soumise à certains risques directement proportionnels au degré de l'obstruction et à la longueur du travail. La contraction utérine excessive et continue, provoquée par de vains efforts pour pousser l'enfant à travers le canal pelvien rétréci, les lésions et la compression plus ou moins prolongée auxquelles sont forcément soumises les parties molles de la mère et qui se terminent souvent par de l'inflammation et de la gangrène avec toutes leurs conséquences, les violences directes de toutes les manœuvres dont nous sommes obligés de nous aider pour faire avancer le travail, le forceps, la version, la craniotomie et souvent l'opération césarienne, presque fatalement mortelle, tout contribue à rendre le pronostic de ces accouchements excessivement redoutable.

Risques pour la mère.

Les dangers ne sont pas moindres pour l'enfant, car, dans le nombre, il y a une grande proportion de mort-nés. La mortalité des enfants peut être attribuée à diverses causes, dont les principales sont la prolongation du travail et la compression continue à laquelle est soumise la partie qui se présente. Aussi,

Dangers pour l'enfant.

même dans les rétrécissements assez légers pour que l'accouchement se termine avec les forces naturelles seules, on estime qu'il y a un enfant mort-né sur cinq, et évidemment, plus le vice de conformation est considérable, plus le pronostic devient grave pour l'enfant.

Fréquence du prolapsus du cordon.

On sait que le prolapsus du cordon ombilical est très fréquent dans les cas de vice de conformation du bassin, et on attribue la production de cet accident à ce que la tête, n'entrant pas dans le détroit supérieur, ne peut en occuper tout le cercle, et laisse ainsi un vide à travers lequel descend le cordon. Cette complication est si fréquente dans la déformation pelvienne, que, d'après une statistique de Stanesco ¹, elle a été observée 59 fois sur 414 accouchements. Et, lorsque les dangers du prolapsus du cordon s'ajoutent à ceux d'un travail prolongé, on ne sera certainement pas surpris que dans de telles circonstances ils soient presque fatalement mortels pour l'enfant.

Lésions de la tête fœtale.

La tête de l'enfant est également exposée à des lésions d'un caractère plus ou moins grave par la compression à laquelle elle est soumise, surtout de la part du promontoire. Outre les effets passagers d'une pression exagérée (altération temporaire de la forme des os et contusions du cuir chevelu), on voit souvent un enfoncement plus sérieux des os du crâne produit par cette saillie. Il est plus marqué lorsque la tête a été entraînée de force, à travers l'obstacle, avec le forceps ou par la version. Le degré d'enfoncement est en rapport avec le degré du rétrécissement; mais quelquefois, si les os du crâne fœtal ne cédaient pas ainsi, l'accouchement serait impossible sans le secours de la perforation de la tête pour en diminuer le volume. Cet aplatissement siège en un point correspondant immédiatement au promontoire, généralement sur la région du crâne voisine de la jonction des os frontal et pariétal. Quelquefois il en reste une trace permanente, mais le plus souvent il disparaît au bout de quelques jours. Le pronostic est grave pour l'enfant lorsque la contraction a été assez puissante pour produire un enfon-

¹. *Op. cit.*, p. 94.

cement sur le crâne; on a trouvé que cinquante pour cent des enfants ainsi blessés succombèrent soit immédiatement, soit peu de temps après l'accouchement ¹.

Les moyens dont se sert la nature pour surmonter ces difficultés sont dignes d'attention, et le mécanisme de l'accouchement dans les bassins viciés présente certaines particularités qu'il est de la plus haute importance de comprendre; c'est notre meilleur guide pour le traitement que nous aurons à adopter.

Les présentations vicieuses du fœtus sont beaucoup plus communes que dans les cas ordinaires: d'abord, parce que la tête, ne s'engageant pas facilement au détroit supérieur, mais restant libre au-dessus de lui, peut en être écartée par les contractions utérines; puis, à cause du déplacement de l'axe de l'utérus, circonstance assez fréquente. Dans les bassins viciés, l'abdomen est souvent pendant à l'excès, de telle sorte que le fond de l'utérus est presque au même niveau que le col, circonstance qui favorise une présentation transversale ou toute autre présentation anormale. Je ferai remarquer, cependant, que nous ne devons pas considérer la présentation du siège comme aussi défavorable que dans les cas normaux, car la compression produite par le bassin rétréci est bien moins grave lorsqu'elle est appliquée sur le tronc du fœtus que sur sa tête. Et même, ainsi que nous le verrons plus loin, il est souvent nécessaire d'avoir recours à la production artificielle de ces présentations.

Le mode selon lequel la tête franchit naturellement un bassin rétréci est quelque peu différent du mécanisme normal de l'accouchement dans les présentations du sommet; Spiegelberg et d'autres accoucheurs allemands en ont fait une étude soignée.

Les moyens que la nature emploie pour surmonter l'obstacle ne sont pas les mêmes dans les cas où le diamètre conjugué du détroit supérieur est très raccourci, et dans ceux où il existe un rétrécissement général du bassin.

Dans les premiers, qui sont aussi les plus communs, lorsque

¹. Schröder, *op. cit.*, p. 256.

Marche du travail.

Fréquence des présentations anormales.

Mécanisme de l'accouchement dans la présentation du sommet.

a. Rétrécissement du détroit supérieur.

la tête entre au détroit supérieur, par suite de la résistance rencontrée en ce point, la puissance utérine s'applique davantage sur la partie antérieure de la tête qu'elle ne le fait dans les cas normaux; le menton se détache dans une certaine mesure du sternum, et la fontanelle antérieure descend un peu plus que la postérieure. Si l'on pratique un examen à ce moment, on trouve, en supposant l'occiput du côté gauche du bassin, que la fontanelle antérieure est un peu plus bas que la fontanelle postérieure et du côté droit, que le diamètre bitemporal de la tête est engagé dans le diamètre conjugué du détroit supérieur (avantage manifeste, car c'est le plus petit diamètre du crâne); que le diamètre bipariétal et la portion la plus volumineuse de la tête regardent du côté gauche. On sent la suture sagittale placée dans le diamètre transverse du détroit, mais plus près du sacrum, la tête étant inclinée. A mesure que la tête s'engage poussée par les contractions utérines, l'os pariétal postérieur, qui se trouve sur le promontoire, est poussé contre lui, et la suture sagittale s'engage davantage dans le vrai diamètre transverse du détroit, et se rapproche encore des pubis. L'effort suivant abaisse la tête; l'occiput subit une sorte de rotation sur son axe transversal, et il atteint un plan au-dessous du détroit. Ce pas fait, le reste de la tête franchit aisément l'obstacle. Le front rencontre alors la résistance des parois du bassin; la fontanelle postérieure descend davantage, et, comme l'excavation dans les cas de raccourcissement du diamètre conjugué du détroit supérieur, conserve généralement ses dimensions normales, l'accouchement se termine comme à l'ordinaire.

b. Bassin rétréci dans son ensemble.

Lorsque le bassin est rétréci dans son ensemble, la tête entre au détroit supérieur avec la fontanelle postérieure en bas, et c'est alors que la résistance se fait sentir. Elle a pour résultat de produire une exagération des phénomènes qui se passent à l'état normal. La résistance appliquée au bras de levier antérieur, le plus long, est plus considérable que celle du bras de levier occipital, le plus court; par conséquent, la flexion de

la tête se prononce davantage. La fontanelle postérieure est énormément abaissée et l'antérieure tout à fait hors d'atteinte. De telle sorte que la tête est poussée en bas, comme un coin, et sa marche ultérieure dépend du degré du rétrécissement. S'il n'est pas trop considérable, la fontanelle antérieure descend peu à peu, et l'accouchement se termine comme dans les conditions normales. Mais, si le rétrécissement est trop prononcé, la tête reste enclavée dans le bassin, et on peut être obligé d'avoir recours à la diminution de son volume.

Dans les cas de raccourcissement du diamètre conjugué, combiné avec un rétrécissement général du bassin, le mécanisme présente les particularités de ces deux classes, dans une plus ou moins grande étendue, selon la prépondérance de l'un ou l'autre vice de conformation.

Il arrive rarement que les vices de conformation du bassin, à moins d'atteindre les plus graves proportions, soient soupçonnés avant le début du travail; nous ne sommes, par conséquent, presque jamais appelés à donner notre avis sur l'état du bassin avant l'accouchement. Si nous en avons l'occasion, quelques circonstances peuvent nous aider à formuler une conclusion exacte, particulièrement l'histoire de la femme dans son enfance. Si elle a été atteinte de rachitisme pendant les premiers temps de sa vie, surtout si la maladie a laissé des traces de difformités dans les membres, ou bien si elle est naine ou rabougrie, ou encore s'il existe une incurvation de la colonne vertébrale, ce sont là de fortes présomptions en faveur d'un vice de conformation du bassin. Le globe utérin pendant à un degré très marqué nous confirmerait dans nos soupçons. Un examen rapide et attentif du bassin lui-même nous éclairera sur ce point avec certitude; toutefois il faut une grande habileté et beaucoup de pratique pour estimer d'une façon exacte le degré de déformation. Les accoucheurs ont exercé (peut-être même pourrait-on dire mal à propos) leur sagacité à inventer une foule de pelvimètres plus ou moins compliqués pour nous aider dans nos recherches. Mais, malgré tout, il est à peu près généralement

Diagnostic.

On doit faire un examen soigneux.

admis que la main est le meilleur instrument et le plus commode pour cet objet, tout au moins en ce qui concerne l'intérieur du bassin. Pour déterminer exactement les dimensions externes, il est essentiel de se servir d'un compas, par exemple de l'instrument bien connu de Baudelocque. On objecte aux pelvimètres internes, même aux plus simples, leur prix, leur complication, et l'impossibilité de s'en servir sans douleur ou lésions pour la femme.

Mensurations
externes.

On pensait autrefois qu'en mesurant la distance qui sépare les apophyses épineuses du sacrum de la symphyse pubienne, et en retranchant l'épaisseur supposée des os et des parties molles, on devait arriver à une estimation approximative de la longueur du diamètre conjugué du détroit supérieur. Il est admis maintenant que cette méthode n'a aucune valeur, et que pratiquement elle est sans utilité. Un changement dans la longueur relative des autres mensurations externes du bassin est souvent d'une grande valeur pour la démonstration de l'existence d'un vice de conformation, mais non dans l'évaluation de son degré. Les mensurations qu'on prend dans ce but sont celles des distances entre les épines iliaques antérieures et supérieures, et entre le milieu des crêtes iliaques, distances qui ont respectivement 23 et 26¹ centimètres. Selon Spiegelberg, ces mensurations peuvent donner un des trois résultats suivants :

1° Toutes les deux sont moindres qu'elles ne devraient être; mais le rapport de l'une à l'autre reste le même.

2° La distance qui sépare les crêtes n'est pas, ou en tout cas est très peu, diminuée; mais celle qui sépare les épines est augmentée.

3° Toutes les deux sont diminuées; mais en même temps leurs rapports sont modifiés, la distance entre les épines étant devenue aussi longue, sinon plus longue, que celle qui sépare les crêtes.

Dans le premier cas, c'est un bassin uniformément rétréci. Dans le second, il est simplement rétréci au diamètre conjugué

du détroit supérieur, sans autre vice de conformation. Dans le troisième, c'est un bassin rétréci au diamètre conjugué et en même temps uniformément contracté, comme dans les types graves de déformation rachitique.

On peut obtenir, en outre, quelques renseignements par la mensuration du diamètre conjugué externe, qui compte 19 centimètres et demi. On la prend en plaçant une pointe de compas dans la dépression qui se trouve sous l'épine de la dernière vertèbre lombaire, et l'autre pointe au centre du bord supérieur de la symphyse pubienne. Si cette longueur est manifestement moindre qu'à l'état normal, on en déduira l'existence d'un rétrécissement du diamètre conjugué au détroit supérieur, et on cherchera, par une autre méthode, à en apprécier le degré.

Pour trouver ces mesures, on peut se servir du *compas d'épaisseur* de Baudelocque, ou de l'élégant pelvimètre universel du D^r Lazarewitch, applicable également à la pelvimétrie interne; mais, si l'on n'a pas ces instruments spéciaux, le but sera parfaitement rempli avec une simple paire de compas, tels que ceux dont se servent les charpentiers.

Les mesures externes doivent être contrôlées par des mesures internes, surtout celle du diamètre antéro-postérieur, qui nous permet seule d'estimer le degré de rétrécissement. Nous chercherons d'abord la longueur du diamètre conjugué diagonal, entre le bord inférieur de la symphyse pubienne et le promontoire; il mesure environ 12 millimètres de plus que le conjugué vrai. La femme, placée dans la position ordinaire de l'accouchement, ou mieux encore en travers sur son lit, les hanches élevées, on essaye d'atteindre le promontoire avec l'extrémité de l'index. Si le bassin est bien conformé, cela est impossible, de telle sorte que le seul fait d'arriver au promontoire prouve l'existence d'un rétrécissement. On marque avec l'ongle de l'index gauche la partie du doigt examinateur qui est située au-dessous de la symphyse, et la distance de cette marque à l'extrémité du doigt, en retranchant 12 millimètres, indique à

Mensurations
internes.

Manière de mesurer
le diamètre conjugué
du détroit supérieur.

5 et 6

peu près la longueur du diamètre conjugué du détroit supérieur. On a inventé différents pelvimètres pour prendre la même mesure, celui de Lumley Earle, celui de Lazarewitch, qui reposent sur le même principe, celui de Van Huével, etc. ; je crois que le meilleur et le plus simple est celui du Dr Greenhalgh (fig. 134). Il consiste en une tringle mobile fixée à une bande flexible de métal passant autour de la main qui examine. L'extrémité de la tringle introduite dans le bassin présente une portion recourbée

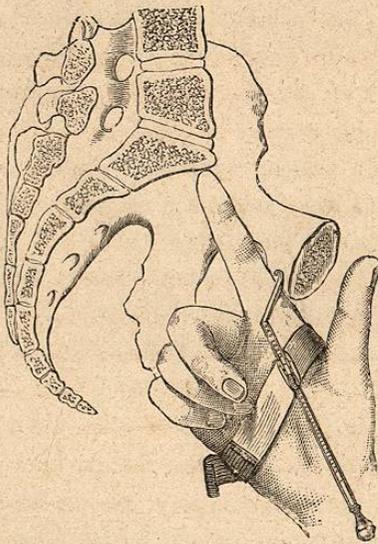


Fig. 134. — Pelvimètre de Greenhalgh.

qui contourne le bord radial du doigt indicateur. On fait l'examen comme à l'ordinaire, et, lorsque l'extrémité du doigt est sur le promontoire, la tringle est tirée jusqu'à ce qu'elle se trouve arrêtée par la face postérieure de la symphyse ; la longueur du diamètre conjugué diagonal se lit sur l'échelle.

Il est bon de se rappeler que ce procédé n'est pas praticable dans les rétrécissements légers, lorsqu'on ne peut pas atteindre le promontoire. Le Dr Ramsbotham a proposé de mesurer le diamètre conjugué en introduisant l'index et le doigt médian ; l'extrémité de l'un serait appliquée sur le promontoire, celle de l'autre derrière le pubis, puis on les retire-

rait dans la même position, et on mesurerait leur écartement. Je crois que cette manœuvre est impraticable.

Lorsque, pendant le travail, nous désirons reconnaître avec certitude l'état du bassin, la femme doit être anesthésiée, et la main tout entière introduite dans le vagin (ce qui ne se ferait pas sans provoquer une vive douleur), nous apprécierons ainsi les dimensions du bassin et les rapports que la tête affecte avec lui ; et la variété de viciation sera facile à déterminer si l'on se rappelle ce que nous avons dit sur le mécanisme de l'accouchement dans ces cas. On peut aussi, à l'aide de ce procédé, déterminer assez bien les rétrécissements du détroit inférieur.

Le bassin oblique ovalaire ne peut être reconnu par aucune de ces méthodes ; mais quelques mensurations externes, indiquées par Nægelé, nous aideront à en préciser l'existence. Les distances qui doivent être toutes égales dans un bon bassin, seront inégales dans le bassin obliquement déformé. Ces distances sont : 1° de la tubérosité ischiatique d'un côté à l'épine iliaque postéro-supérieure de l'autre côté ; 2° de l'épine iliaque antéro-supérieure d'un côté à l'épine postéro-supérieure de l'autre côté ; 3° du grand trochanter d'un côté à l'épine iliaque postéro-supérieure du côté opposé ; 4° du bord inférieur de la symphyse pubienne à l'épine iliaque postéro-supérieure ; 5° de l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre lombaire à l'épine iliaque antéro-supérieure de chaque côté.

Si ces longueurs diffèrent les unes des autres de 1 centimètre à 2 centimètres et demi, on peut diagnostiquer sûrement un bassin oblique ovalaire. Le diagnostic sera contrôlé en plaçant la femme debout, et laissant tomber deux fils à plomb, l'un des épines du sacrum, l'autre de la symphyse pubienne. Si le bassin est bien conformé ils tomberont dans le même plan, si le bassin est oblique, le fil antérieur déviara considérablement vers le côté sain.

La conduite à tenir pendant l'accouchement dans les bassins viciés est, même de nos jours, une des questions les plus difficiles de l'obstétrique, malgré les nombreuses discussions aux-

Diagnostic du bassin oblique.

Traitement.