

**Aphorisme.**

*Il n'est pas un point du corps que la grossesse respecte ; son influence s'étend sur toute l'économie. Aussi une gestante doit-elle être examinée de la tête aux pieds.*

## V

## MALADIES DU SQUELETTE PELVIEN

## SOMMAIRE

- a. *Maladie des articulations.*
  - 1° Relâchement.
  - 2° Inflammation.
  - 3° Rupture.
- b. *Pelvicinations.*
  - Définitions. Généralités.
  - A. Anatomie pathologique. — Etiologie. — Pathogénie.
    - I. Viciations d'amplitude.
    - II. Viciations de longueur.
    - III. Viciations de direction.
    - IV. Viciations de continuité.
  - B. Symptomatologie.
  - C. Diagnostic. — Pelvimétrie.
  - D. Pronostic.
  - E. Conduite à tenir.
    - a. Jeune fille à marier.
    - b. Femme mariée non enceinte.
    - c. Femme enceinte.
    - d. Femme en travail.
    - e. Cas spéciaux.

## A. — MALADIES DES ARTICULATIONS

## 1° RELACHEMENT DES SYMPHYSES

Les trois articulations, qui interrompent circulairement la ceinture pelvienne, subissent pendant la grossesse un ramollissement de leurs moyens d'union, qui corrige heureusement la rigidité du bassin en vue de l'accouchement (voir p. 88).

Cet état *physiologique* peut devenir *pathologique* par l'excès ; les trois symphyses pelviennes subissent un véritable *relâchement*, plus facile à apprécier pour le pubis qu'en arrière au niveau des articulations sacro-iliaques.

Ce relâchement articulaire se manifeste par deux symptômes importants :  
1° *L'impotence fonctionnelle.* — La femme éprouve une difficulté croissante à marcher. Elle se dandine en avançant à la manière des palmipèdes. Il lui semble que les cuisses ne peuvent plus maintenir le bassin. La marche parfois devient impossible.

2° *La douleur* se traduit par une fatigue générale et par une souffrance au niveau des interlignes articulaires du bassin ; la pression locale amène une exacerbation des plus nettes.

À l'examen on trouve deux signes, qui permettent de confirmer le diagnostic :

1° *La mobilité anormale des os.* — La femme étant debout, on introduit l'index dans le vagin, et on le met en rapport avec la symphyse pubienne ; en priant la patiente de soulever alternativement l'un et l'autre membre inférieur, on sent très nettement le mouvement indépendant des deux surfaces articulaires (BUDIN) ;

2° *Les craquements articulaires.* — Ces craquements, analogues à ceux que l'on rencontre dans les arthrites anciennes, n'existent que rarement dans le relâchement des symphyses.

Le relâchement débute en général à une époque variable de la deuxième moitié de la grossesse, et s'accroît jusqu'au moment de l'accouchement. La guérison se fait pendant les suites de couches, mais le relâchement persiste parfois un long temps : la consolidation des articulations peut même rester incomplète d'une façon définitive.

Le relâchement des symphyses est une complication relativement fréquente de la puerpéralité, mais qui reste souvent méconnue ; les troubles douloureux dont ce relâchement est la source et qui se traduisent le plus souvent par *une gêne plus ou moins accentuée de la marche*, sont pendant la grossesse attribués le plus souvent au volume de l'abdomen, et pendant les suites de couches à une prétendue subinvolution de l'utérus ou à une complication inflammatoire du système génital qui en réalité n'existe pas. Dans le premier cas on se contente de condamner la femme au repos, et dans le second on traite par des pansements, des cautérisations, des vésicatoires ou autres moyens analogues la supposée métrite ou salpingo-ovarite, et le traitement reste naturellement sans résultat.

La difficulté, ainsi qu'on le voit, est d'établir le diagnostic ; or il faut avant tout penser à cette affection relativement fréquente, et quand l'idée en sera venue, une exploration attentive, basée sur les signes précédemment énoncés, en permettra facilement le diagnostic.

L'unique et efficace *traitement* de cette affection consiste dans l'application d'un bandage, qui double circulairement le bassin et lui rend artificiellement la solidité. Le meilleur appareil est la *ceinture de MARTIN*, composée d'un cercle d'acier, recouvert d'une enveloppe souple, qui, passant de chaque côté et au-dessus des trochanters, se serre en avant au moyen d'une boucle. Cette ceinture doit être fabriquée sur mesure, et se mouler exactement au contour du corps. Bien faite, elle est aisément supportée et supprime la plupart des inconvénients du relâchement des symphyses. Elle sera conservée jusqu'au retour des articulations à leur état normal.

## 2° INFLAMMATION DES ARTICULATIONS

L'inflammation des symphyses pelviennes peut se produire dans trois circonstances principales :

1° A la suite du *relâchement des symphyses*, dont l'inflammation devient une complication ;

2° A la suite de la *rupture* d'une articulation, dont la pathogénie sera étudiée dans un instant. Tout traumatisme obstétrical (forceps, version, accouchement pénible) agit semblablement, alors même qu'il ne produit pas la rupture complète de la symphyse atteinte, et qu'il se borne à une simple contusion ;

3° Sous l'influence enfin de l'*état puerpéral*, influence admise alors qu'on ne trouve aucune autre cause (peut-être de nature rhumatismale).

Cette arthrite atteignant une, deux ou les trois symphyses du bassin, se manifeste par une *fièvre* d'intensité variable et localement par de la *douleur* et de l'*empatement* au niveau de l'articulation malade.

Quand l'inflammation fait suite au relâchement ou à la rupture, les symptômes de ces diverses affections se confondent et rendent le diagnostic plus compliqué.

La terminaison a lieu soit par guérison après quelques jours, soit par transformation en état chronique, soit par suppuration.

Le pronostic varie naturellement suivant l'intensité de la maladie.

Le *traitement* est le même que celui des arthrites en général ; il est inutile de l'exposer ici en détail. Le repos et l'immobilisation du bassin en constitueront la base.

## 3° RUPTURE DES SYMPHYSES

Quand il y a disproportion entre le volume de la tête fœtale et l'espace présenté par la voie pelvienne, si l'accoucheur (forceps, extraction manuelle) ou les contractions utéro-abdominales sollicitent énergiquement la sortie de l'enfant, il pourra en résulter soit une fracture du crâne fœtal, soit la rupture d'une des symphyses pelviennes.

La symphyse pubienne est rarement atteinte, mais le plus ordinairement l'une des articulations sacro-iliaques, ce qu'explique facilement la pression énergique subie par le sacrum.

Au moment de cette rupture la femme éprouve une *douleur aiguë*, une *sensation de déchirement* ; l'accoucheur perçoit un *bruit de craquement* et a la notion d'un *obstacle brusquement surmonté*, analogue à celui que donne le passage de la tête à travers le diamètre promonto-pubien rétréci, alors qu'elle tombe dans l'excavation.

La rupture articulaire, qui n'est autre chose qu'une entorse très prononcée, se termine par inflammation. Les suites de l'accident sont donc celles de l'arthrite avec sa marche variable suivant son intensité.

Le traitement est également le même que celui de l'arthrite.

## Aphorismes :

*Toutes les fois qu'une puerpérale marche difficilement pensez à examiner les articulations du bassin.*

*La mobilité anormale des articulations du bassin est souvent, chez les femmes qui ont eu des enfants, une source de troubles douloureux et fonctionnels ; mais c'est une cause négligée dont l'oubli donne lieu à de fréquentes erreurs de diagnostic.*

## A. — PELVIVICIATIONS (DYSTOCIE PELVIENNE)

La conformation normale du bassin osseux a été étudiée (p. 102) ; il est inutile d'y revenir ici. La figure 314 rappelle l'aspect de ce bassin normal.

La figure 315 représentant une coupe antéro-postérieure du pelvis sur une femme dans la situation verticale, résume la direction des plans et axes dont les détails ont été donnés page 117.

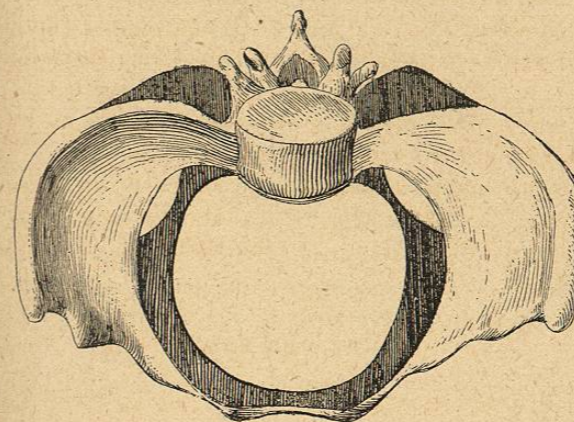


Fig. 314. — Bassin normal.

Le bassin est dit *vicié*, toutes les fois que, par sa *conformation* ou par sa *direction*, il s'écarte de l'état normal.

Les pelviviatiions peuvent être divisées en quatre catégories :

I. *Viciations d'amplitude.*

1. Bassin trop grand. *Élargi.*
2. Bassin trop petit. *Rétréci.*

II. *Viciations de longueur.*

1. Bassin trop long, trop profond.
2. Bassin trop court.

III. *Viciations de direction.*

1. Bassin en antéversion.
2. Bassin en rétroversion.
3. Bassin en latéversion.

IV. *Viciations de continuité.*

## 1. Bassin fendu.

Nous étudierons successivement :

A. L'anatomie pathologique, c'est-à-dire la conformation des bassins viciés, en même temps que leurs étiologie et pathologie.

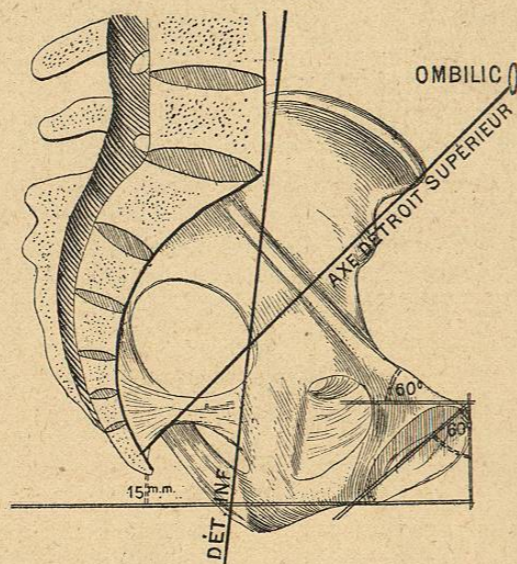


Fig. 315. — Coupe antéro-postérieure d'un bassin normal.  
(Errata. — Lisez détroit moyen au lieu de détroit inférieur.)

- B. Leur symptomatologie, c'est-à-dire les troubles qu'ils amènent dans la puerpéralité.  
C. Leur diagnostic.  
D. Leur pronostic.  
E. La conduite à tenir.

## A. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

## I. — VICIATIONS D'AMPLITUDE

Il ne sera pas question du *bassin trop large*, sorte de bassin géant chez une femme de taille moyenne, avec diamètres [augmentés de 1 à 2 centimètres, car son importance en pratique est pour ainsi dire nulle.

Les *bassins rétrécis* ont au contraire une importance considérable à cause de leur fréquence et de l'obstacle qu'ils apportent à l'accouchement. Voici la classification que je propose pour leur étude ; les détails et l'esprit en seront compris après la description détaillée de chaque variété.

## A. — BASSINS A VICIATION SIMPLE

## 1. VICIATION PAR MALADIE GÉNÉRALE (RÉTRÉCISSEMENT DE PRÉFÉRENCE ANTÉRO-POSTÉRIEUR)

- |  |   |                                       |
|--|---|---------------------------------------|
| a. ATROPHIE.<br>(Bassin atrophique.)<br>Fréquence 20 p. 100 <sup>1</sup> | } | 1. Justo-minor.                       |
|  |   | 2. Aplati.                            |
|  |   | 3. Justo-minor aplati.                |
| b. RACHITISME.<br>(Bassin rachitique.)<br>Fréquence 60 p. 100.           | } | 1. Justo-minor.                       |
|  |   | 2. Aplati.                            |
|  |   | 3. Justo-minor aplati.                |
|  |   | 4. Etoilé, en 8 de chiffres, épineux. |
| c. OSTÉOMALACIE.<br>(Bassin ostéomalacique.)<br>Fréquence 1 p. 100.      | } | 1. Etoilé.                            |

## 2. VICIATION PAR MALADIE LOCALISÉE (RÉTRÉCISSEMENT DE PRÉFÉRENCE TRANSVERSAL)

- |  |   |  |
|--|---|--|
| d. ARTHROPATHIE SARCO-<br>ILIAQUE.<br>(Bassin sacro-iliaque.)<br>Fréquence 1 p. 100. | } | 1. Bassin oblique ovalaire simple.     |
|  |   | 2. Bassin double oblique ovalaire.     |
| e. DÉVIATION RACHIDIENNE.<br>(Bassin rachidien.)<br>Fréquence 10 p. 100.             | } | 1. Bassin lordosique.                  |
|  |   | 2. Bassin scoliotique.                 |
|  |   | 3. Bassin cyphotique.                  |
| f. ALTÉRATION DES MEMBRES<br>INFÉRIEURS.<br>(Bassin crural.)<br>Fréquence 5 p. 100.  | } | 1. Avec luxation coxo-fémorale simple. |
|  |   | 2. Sans luxation. — double.            |

## 3. VICIATION PAR ENVAHISSEMENT (RÉTRÉCISSEMENT IRRÉGULIER)

- |  |
|--|
| g. SPONDYLIZÈME, SPONDYLOLISTHÉSIS.<br>(Bassin vertébral.) Fréquence 1 p. 100. |
| h. FRACTURES.<br>(Bassin fracturaire.) Fréquence 1 p. 100.                     |
| i. TUMEURS.<br>(Bassin néoplasique.) Fréquence 1 p. 100.                       |

## B. — BASSINS A VICIATION COMPLEXE

Fréquence à peu près égale à celle des viciations simples.

## A. — BASSINS A VICIATION SIMPLE

## A. — ATROPHIE

En dehors du rachitisme, sous une influence encore mal déterminée, mais où l'hérédité joue un rôle important, on voit des individus, dont tantôt tout le corps en proportion égale (nanisme), tantôt seulement une partie (tête, thorax, pelvis) subit un arrêt de développement. Cette *atrophie congénitale*, lorsqu'elle s'adresse au bassin de la femme, produit la viciation que nous étudions actuellement.

<sup>1</sup> Les chiffres indiquant la fréquence de ces diverses viciations ne sont qu'approximatifs et destinés à donner aux lecteurs une idée de l'importance relative des diverses pelviciations.

On devine, par ce qui vient d'être dit, que cette atrophie pelvienne, ce *nanisme pelvien*, se rencontrera tantôt chez les naines (le nanisme est alors généralisé à tout l'individu), tantôt chez les femmes de taille normale (le nanisme en pareil cas est localisé au bassin).

1° **Justo-minor** (BASSIN ATROPHIQUE JUSTO-MINOR). — Par cette expression que l'usage a consacrée, et qu'on oppose à *justo-major* (bassin généralement

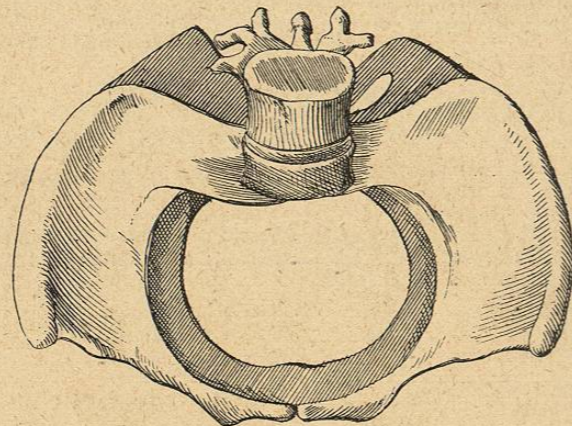


Fig. 316. — Bassin atrophique justo-minor.

agrandi), on désigne un bassin dont tous les diamètres ont subi une diminution ou plutôt un manque de développement semblable. On dit encore : bassin généralement rétréci, avec perfection des formes.

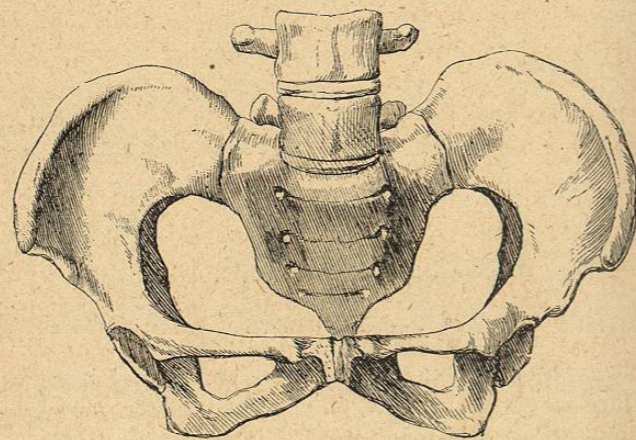


Fig. 317. — Bassin atrophique aplati.

C'est ici qu'on peut ranger le *bassin achondroplasique* que PORAK a récemment étudié très en détail<sup>1</sup>. L'achondroplasie est caractérisée par un vice de développement des os, qui diminue leur longueur tandis qu'elle augmente leur

<sup>1</sup> *Société de médecine pratique*, 31 juillet 1890.

épaisseur. Cette variété de bassin qu'on rencontre très rarement dans la pratique obstétricale est caractérisée par la diminution absolue de tous les diamètres.

Le rétrécissement au niveau du détroit supérieur est annulaire.

2° **Aplati** (BASSIN ATROPHIQUE APLATI), aussi appelé le bassin de BETSCHLER, car cet auteur a su le séparer des types rachitiques (1832). Les diamètres antéro-postérieurs sont seuls rétrécis, les transverses et obliques restent normaux ou parfois sont légèrement agrandis. Prenons la variété précédente,

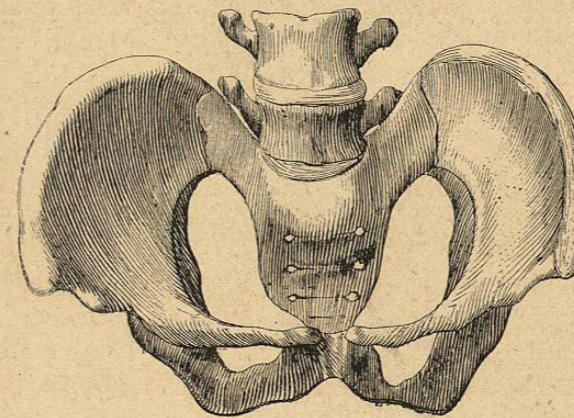


Fig. 318. — Bassin atrophique justo-minor aplati.

un justo-minor ; repoussons le sacrum en avant vers le pubis ; la courbure des os iliaques s'accroît sous cette poussée, tandis que les diamètres transverses et obliques subissent une certaine augmentation. Le bassin regagne transversalement ce qu'il perd antéro-postérieurement. C'est par ce mécanisme qu'on peut interpréter la transformation du *justo-minor* en bassin *aplati*.

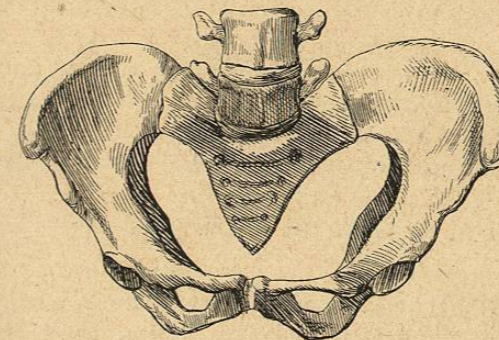


Fig. 319. — Bassin rachitique justo-minor.

3° **Justo-minor aplati** (BASSIN ATROPHIQUE JUSTO-MINOR APLATI). — Supposons un bassin justo-minor très prononcé comme tout à l'heure ; repoussons

le sacrum en avant, même résultat, c'est-à-dire diminution dans les diamètres antéro-postérieurs, augmentation dans les transverses et obliques. Cependant comme ces derniers étaient primitivement très étroits, ils ne peuvent atteindre les dimensions normales et le bassin reste étroit dans tous ses diamètres, mais avec prédominance du rétrécissement dans la direction sacro-pubienne; ainsi se comprend la formation du bassin justo-minor aplati.

Quant à savoir pourquoi, dans ces deux dernières variétés, il y a projection

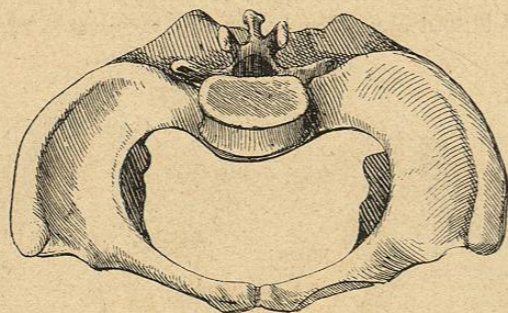


Fig. 320. — Bassin rachitique aplati.

du sacrum en avant, on peut facilement le comprendre par la connaissance de la statique du bassin, le sacrum dans la position debout de la femme étant poussé par la colonne vertébrale dans la direction du pubis.

L'arrêt de développement d'une part, et la pression de la colonne vertébrale de l'autre, nous expliquent donc la pathogénie de trois viciations pelviennes qui viennent d'être étudiées.

#### B. — RACHITISME

Le rachitisme, maladie des deux ou trois premières années de la vie, est caractérisé par un trouble de la nutrition et surtout par une évolution vicieuse des tissus, qui concourent à l'ossification. Les os, au lieu d'avoir, grâce à la calcification normale, leur solidité habituelle, sont peu résistants, mous; aussi s'incurvent-ils et se déforment-ils. Le rachitisme peut être, ou généralisé à tout le squelette: les déformations sont alors multiples; ou prédominant dans certaines régions osseuses, les membres inférieurs par exemple et le bassin, qui subiront surtout les altérations de forme.

Quoi qu'il en soit, sous l'influence du rachitisme, on voit naître des viciations pelviennes dont l'analogie est grande avec celles de la classe précédente, quoique les variétés soient plus nombreuses.

**1° Justo-minor** (BASSIN RACHITIQUE JUSTO-MINOR). — Comme dans le cas de bassin atrophique, le manque de développement porte sur tout le pelvis. C'est un bassin généralement petit. Il y a cependant une différence en ce que le rétrécissement est surtout prononcé au détroit supérieur; il y a à ce niveau un véritable rétrécissement *annulaire*, cette expression étant opposée à celle de *canaliculée*, qu'on applique aux sténoses occupant tout le trajet de la filière osseuse.

**2° Aplati** (BASSIN RACHITIQUE APLATI). — De même que pour le bassin atro-

phique, c'est la saillie du sacrum, et surtout du promontoire vers le centre du pelvis, qui amène l'aplatissement antéro-postérieur et particulièrement promonto-pubien, en même temps que l'agrandissement relatif, parfois réel, des diamètres obliques et transverses. Le rétrécissement promonto-pubien est donc la caractéristique du bassin rachitique aplati. Cette variété est la plus fréquente de toutes les viciations pelviennes.

**3° Justo-minor aplati** (BASSIN RACHITIQUE JUSTO-MINOR APLATI), combinaison des deux variétés précédentes, qui amène un rétrécissement de tous les dia-

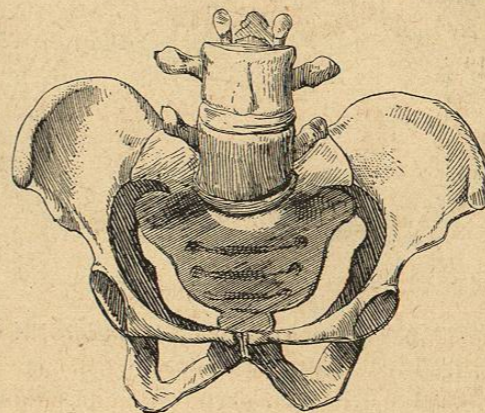


Fig. 321. — Bassin rachitique justo-minor aplati.

mètres avec prédominance du rétrécissement antéro-postérieur. — Comme dans toutes les variétés de bassin rachitique, la sténose porte surtout sur le détroit supérieur.

**4° Bassin rachitique étoilé, — en 8 de chiffre, — épineux.** — Je

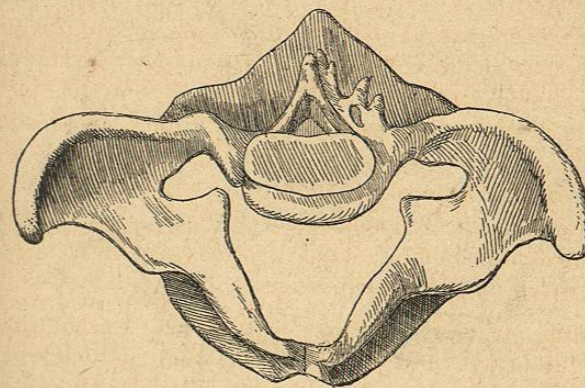


Fig. 322. — Bassin rachitique étoilé ou pseudo-ostéomalacique

groupe dans un même paragraphe ces trois variétés de bassins rachitiques, qu'on n'observe que rarement.

Le bassin étoilé, encore désigné sous le nom de *pseudo-ostéomalacique*,