

car sa déformation rappelle celle observée dans cette dernière maladie, présente la configuration représentée par la figure 322, déformation analogue à celle qu'on produirait en exerçant une pression concentrique sur le sacrum et les têtes fémorales. La forme du bassin est un peu celle d'une étoile à trois rayons, d'où la dénomination appliquée à cette variété.

Le bassin en 8 de chiffre, ou en forme d'haltère, est, ainsi que l'indique

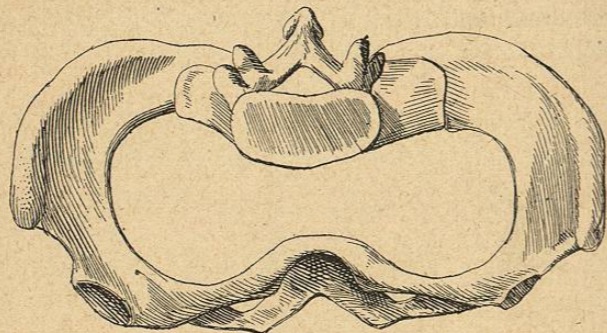


Fig. 323. — Bassin rachitique en 8 de chiffre.

la figure 323, constitué par le rapprochement très accentué du sacrum et du pubis, l'un marchant à la rencontre de l'autre.

Le bassin épineux est remarquable par une série de saillies pointues qu'on observe sur la figure 324 du niveau de la symphyse sacro-iliaque, de l'éminence ilio-pectinée, de l'épine du pubis. Ces saillies, développées sous l'influence du rachitisme, sont susceptibles, au moment de l'accouchement, de perforer les tissus mous, comprimés sur la pointe osseuse et d'amener ainsi des désordres plus ou moins graves.

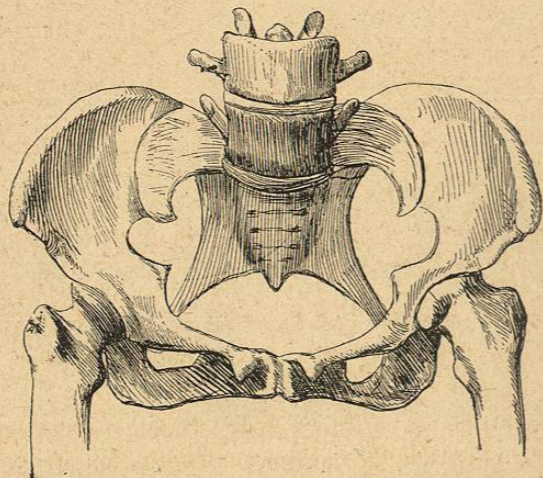


Fig. 324. — Bassin rachitique épineux.

Quelle que soit la variété de bassin rachitique observée, le sacrum peut présenter des incurvations indépendantes et intéressantes à connaître.

Tantôt la courbe normale est *peu modifiée*.

Tantôt elle est *exagérée*, ainsi que l'indique la figure 325. Alors se constitue un *faux promontoire*, c'est-à-dire une saillie plus rapprochée de la partie supérieure de la symphyse pubienne que le promontoire vrai (union de la cinquième vertèbre lombaire et de la première sacrée). Dans le cas actuel le *faux promontoire* est lombaire à l'union de la quatrième et de la cinquième vertèbres lombaires.

Tantôt elle est *redressée*, ou même dessinée dans le sens contraire à la normale, c'est-à-dire la convexité regardant le centre du bassin (fig. 326). Un *faux promontoire* est également formé; mais, au lieu de lombaire comme

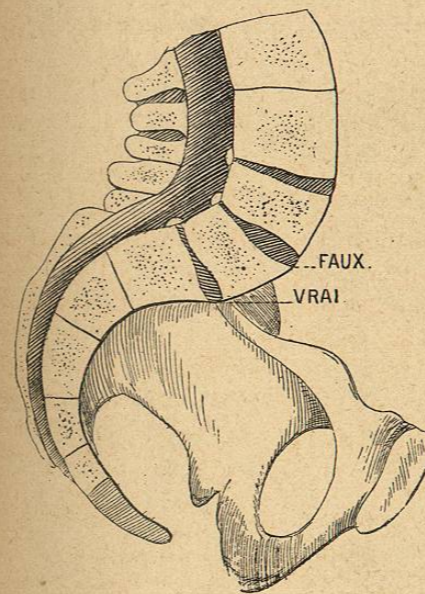


Fig. 325. — Bassin rachitique à faux promontoire lombaire.

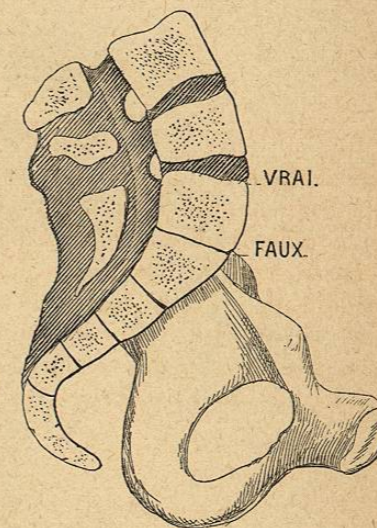


Fig. 326. — Bassin rachitique à faux promontoire sacré.

tout à l'heure, il est *sacré* et se trouve à l'union de la première et de la seconde pièces du sacrum. — Ainsi :

Exagération de la concavité sacrée : faux promontoire lombaire ;
Redressement de la concavité sacré : faux promontoire sacré.

Tout bassin rachitique est caractérisé par le faible développement des os, par l'ouverture des ailes iliaques rejetées en dehors, comme si on avait attiré excentriquement les crêtes iliaques. Ces deux caractères sont importants pour établir le diagnostic différentiel avec l'ostéomalacie où les os ont leur volume normal, et où les ailes iliaques, au lieu d'être ouvertes, sont repliées en cornet d'oublies (voir fig. 327).

C. — OSTÉOMALACIE

L'ostéomalacie, dont la grossesse est le point de départ dans la moitié des cas, est une sorte de ramollissement du squelette, survenant à l'âge adulte, analogue au rachitisme non par ses lésions, mais par ses résultats.

Cette maladie ne produit qu'une variété de viciation pelvienne. C'est le bassin étoilé, dont la figure 327 représente un type très accentué. Supposons, comme pour le bassin étoilé rachitique, les os pelviens ramollis, et une triple pression exercée concentriquement dans la direction du sacrum et des têtes fémorales, la déformation ostéomalacique sera constituée. La partie antérieure du bassin fait un véritable bec saillant en avant. Le canal aplati, formé par le rapprochement des branches pubiennes et ischio-pubiennes, est par-

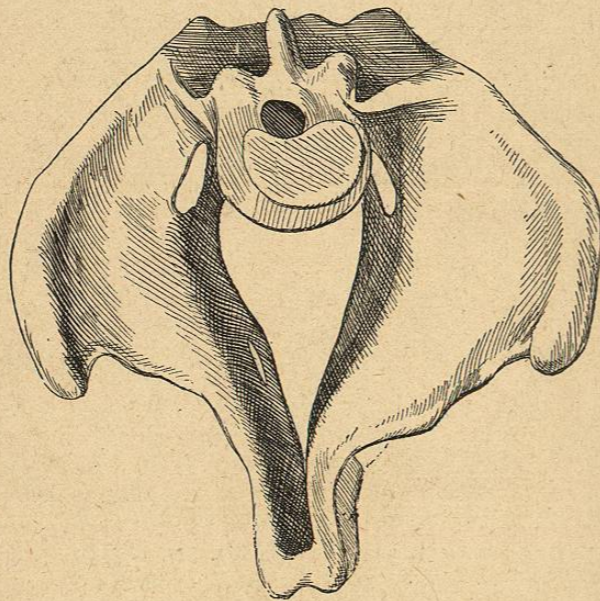


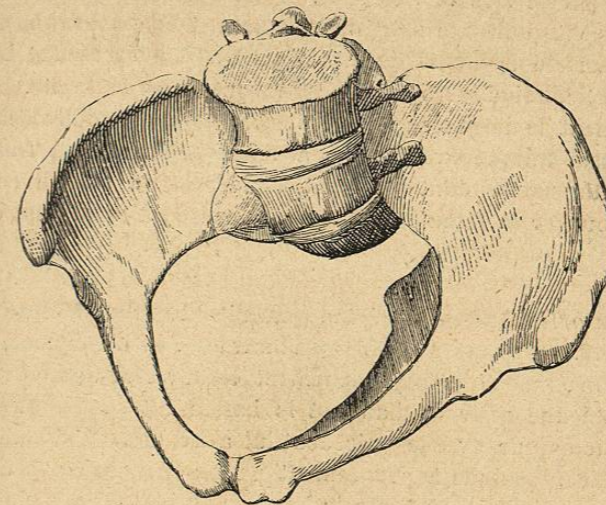
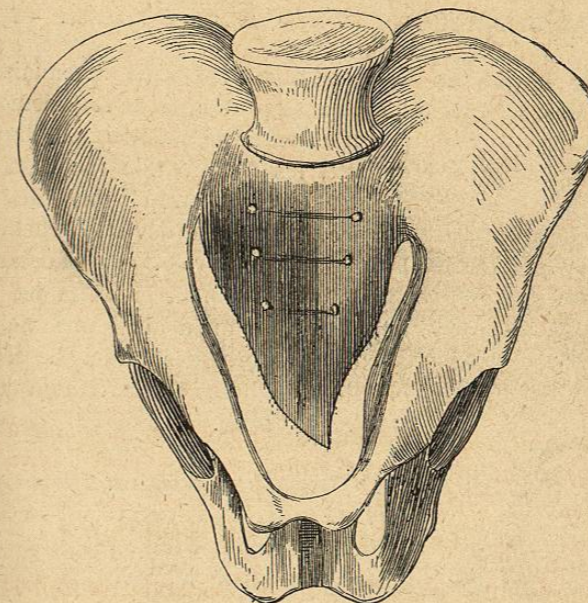
Fig. 327. — Bassin ostéomalacique.

fois tellement étroit (*déflé pubien*) que l'index a de la peine à s'y engager. L'ensemble du bassin a un *air chiffonné*.

D. — ARTHROPATHIE SACRO-ILIAQUE

Sous l'influence d'une affection de l'articulation sacro-iliaque droite ou gauche, parfois des deux, affection encore mal déterminée, mais qui paraît être tantôt un vice de conformation, une sorte de soudure congénitale, tantôt une arthrite de nature tuberculeuse ou autre du jeune âge, il se forme une *ankylose sacro-iliaque*, avec atrophie et résorption des régions voisines de l'ilion et du sacrum.

Le résultat de cette maladie sur la configuration du bassin variera, suivant qu'une articulation ou les deux sont atteintes.

Fig. 328. — Bassin oblique ovalaire simple ou de NÆGELÉ.
(Ankylose de la symphyse sacro-iliaque gauche.)Fig. 329. — Bassin double ovalaire ou de ROBERT.
(Ankylose des deux symphyses sacro-iliaques.)

1° Une seule articulation atteinte. (**Bassin oblique ovalaire simple ou de Nægelé.**) — BASSIN SACRO-ILIAQUE UNILATÉRAL. — Le sacrum se penche du

côté ankylosé. L'os iliaque malade s'incline vers le centre du bassin, repoussant en sens contraire l'os iliaque opposé, de telle sorte que la symphyse pubienne est portée vers le côté sain. L'axe du détroit supérieur prend la forme d'un ovale à grand axe dirigé obliquement, d'où le nom de bassin oblique ovalaire, de bassin asymétrique. Les diamètres transverses et les obliques partant de l'articulation sacro-iliaque saine sont les plus atteints. La viciation atteint également le détroit supérieur, l'excavation et le détroit moyen.

Dans le bassin oblique ovalaire il y a aplatissement de la fesse du côté malade, aplatissement dont on peut facilement se rendre compte soit en faisant coucher la femme sur le ventre, soit en l'examinant debout par derrière.

2° *Les deux articulations atteintes. (Bassin double oblique ovalaire ou de Robert.)* — BASSIN SACRO-ILIAQUE BILATÉRAL. — L'ankylose, survenant de chaque côté, amène le rapprochement transversal des os iliaques, la symphyse pubienne reste médiane, et le bassin est symétrique; toutefois l'anatomie étiologique avec le précédent lui a fait donner le nom de double oblique ovalaire, quoique à proprement parler il ne soit pas oblique. Le rétrécissement, qui s'étend à toute la hauteur du bassin, est, ainsi que l'indique la figure 329, surtout transversal.

E. — DÉVIATIONS RACHIDIENNES (Lordose. — Scoliose. — Cyphose.)

Ces différentes déviations de la colonne vertébrale reconnaissent, pour causes principales, une attitude vicieuse prolongée, le relâchement de l'appareil musculo-ligamenteux du rachis, le mal de Pott, les fractures, le rachitisme. Dans ce



Fig. 330. — Bassin rachidien lordosique.

dernier cas, le bassin subit une double influence, celle de la déviation rachidienne et la maladie générale, qui s'adresse directement au bassin pour produire les altérations déjà étudiées; on a ainsi une viciation complexe. Il ne sera question ici que des viciations simples, produites exclusivement par la déviation rachidienne.

1° **Bassin rachidien lordosique.** — La lordose, courbure exagérée de la colonne vertébrale en arrière, n'intéresse le bassin que lorsqu'elle existe à la région lombaire, son siège d'ailleurs le plus fréquent. Elle agit non sur la conformation du bassin, mais simplement sur son inclinaison, qui s'accroît en avant (fig. 330); il y a antéversion pelvienne: j'y reviendrai à propos des viciations d'inclinaison.

2° **Bassin rachidien scoliotique.** — *Scoliose* est le terme appliqué aux déviations latérales pathologiques du rachis. L'action sur le bassin peut se manifester tantôt par une simple inclinaison latérale, tantôt par une déformation réelle. Cette déformation ne se produira qu'à une double condition: la première que la scoliose se constitue dans le jeune âge, pendant l'accroissement du bassin¹; la seconde, qu'elle occupe la région lombaire et amène

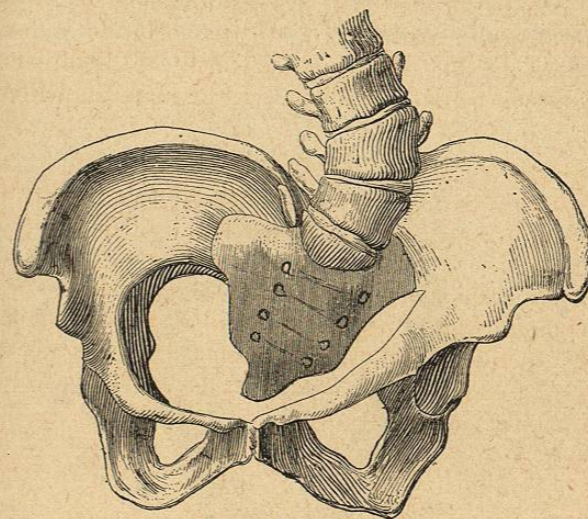


Fig. 331. — Bassin rachidien scoliotique.

l'inclinaison du sacrum. — Il y a aplatissement de la moitié latérale du bassin vers laquelle s'incline la colonne lombaire déviée. — Cet aplatissement, d'habitude peu marqué, est plutôt apparent que réel, et dû à ce que la base du sacrum se dirige vers l'os iliaque, que regarde la convexité lombaire. — Grâce à cette même direction du sacrum, la symphyse pubienne semble (voir fig. 331) rejetée du côté opposé, le bassin est ainsi asymétrique et rappelle l'oblique ovalaire de NÆGELÉ précédemment décrit, avec lequel il faut se garder de le confondre. Si on veut désigner la viciation scoliotique par sa forme, il conviendra de l'appeler *pseudo-oblique ovalaire*, pour la distinguer du vrai *oblique ovalaire* ou de Nægelé. — Il est rare que le bassin scoliotique (non rachitique) apporte une gêne sérieuse à l'accouchement.

3° **Bassin rachidien cyphotique.** — La *cyphose*, opposée à la lordose, est caractérisée par une gibbosité. — Cette déviation vertébrale est susceptible d'amener soit une inclinaison du pelvis en arrière, qui relève la symphyse pubienne, rapprochant le plan du détroit supérieur de l'horizontale (rétro-

¹ D'une façon générale, le bassin après quinze ans est peu susceptible de déformation, car les trois points d'ossification principaux (ilion, ischion, pubis) se soudent complètement vers cette époque.

version pelvienne), soit une déformation spéciale et caractéristique, qui donne au bassin la forme d'un *entonnoir*.

Comme pour la scoliose, la déformation n'a lieu que lorsque la déviation rachidienne survient de bonne heure, et quand elle siège dans une région du rachis peu éloignée du sacrum (région lombaire ou dorsale inférieure). — La *pathogénie* du bassin cyphotique ou en entonnoir est la suivante : la base du sacrum est, par le fait même de la cyphose, entraînée en arrière; tout le sacrum subit ainsi un mouvement de bascule, qui éloigne le promontoire du centre du bassin, en rapprochant le coccyx par un mouvement contraire.

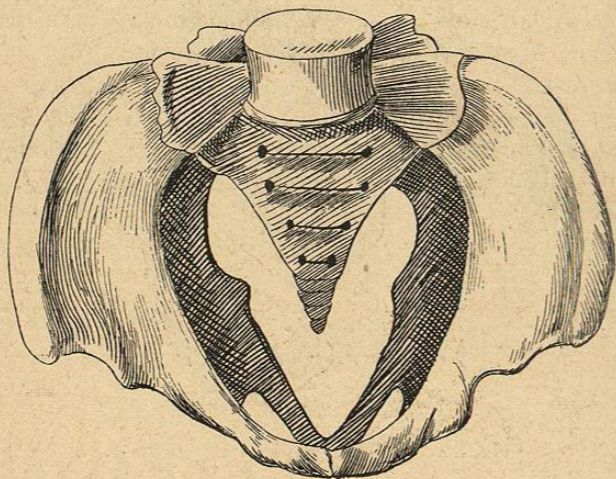


Fig. 332. — Bassin rachidien cyphotique. — Bassin en entonnoir.

La base du sacrum tend à écarter les surfaces osseuses avec lesquelles elle s'articule; les os iliaques sous cette influence subissent eux-mêmes un mouvement de bascule qui, éloignant les deux crêtes iliaques l'une de l'autre, rapproche les ischions. Le bassin cyphotique est le résultat de ce basculement général, qui agrandit le détroit supérieur et rétrécit le moyen et l'inférieur par le rapprochement de la pointe du sacrum et du coccyx d'une part, celle des épines sciatiques et des ischions d'autre part.

F. — ALTÉRATIONS DES MEMBRES INFÉRIEURS.

Les liens intimes, qui dans la statique humaine unissent le bassin et les membres inférieurs, laissent pressentir que les altérations dans l'état normal des membres inférieurs peuvent amener des viciations du bassin. — Au point de vue spécial qui nous occupe, il importe d'établir deux catégories distinctes, suivant qu'il y a ou non luxation coxo-fémorale (simple ou double), car cette luxation amène une viciation spéciale du bassin; nous étudierons donc successivement le *bassin crural avec luxation*, le *bassin*

crural sans luxation; il est sous-entendu que le terme de luxation s'applique exclusivement à la hanche.

1° **Bassin crural avec luxation.** — (BASSIN ILIO-FÉMORAL DE GUÉNIOT.)

A. *Luxation unilatérale.* — Nous n'envisagerons ici que les cas où la luxation a lieu en arrière, c'est-à-dire vers la fosse iliaque externe ou la grande échancrure sciatique, la luxation en avant étant relativement beaucoup plus rare, et son retentissement sur le bassin encore mal connu. Le résultat diffère peu, quelle que soit l'origine de la luxation (congénitale, spontanée ou coxalgique, traumatique), pourvu qu'elle ait lieu dans les premières années de la vie, alors que le bassin est susceptible de se déformer.

L'os iliaque du côté luxé est atrophié (os iliaque droit dans la figure 333). La symphyse pubienne est parfois rejetée vers le côté malade par le fait de l'atrophie de l'os iliaque (cette déviation n'existe pas dans la figure 333); ce qui donne au bassin une forme rappelant celle du bassin oblique ovalaire de NÉGELÉ, mais ce n'est qu'un pseudo-oblique ovalaire, car le véritable oblique ovalaire, celui auquel il importe de réserver ce nom pour éviter toute confusion, est le bassin de NÉGELÉ avec synostose sacro-iliaque.

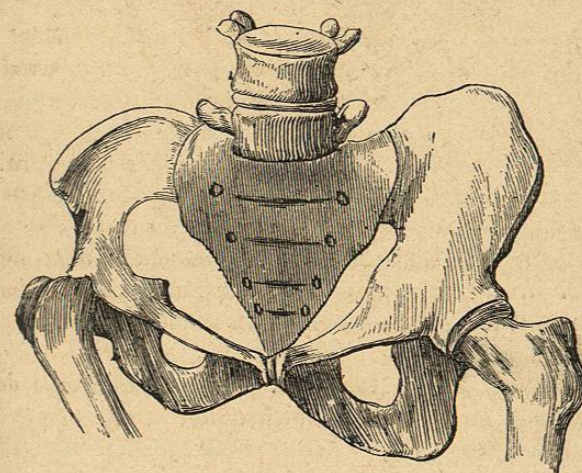


Fig. 333. — Bassin crural avec luxation unilatérale.
(Luxation de la hanche droite.)

(V. fig. 328.) — Le point d'appui de la tête fémorale étant déplacé est situé plus haut qu'à l'état normal, l'os iliaque subit un mouvement de bascule, qui éloigne l'ischion du centre du bassin, en même temps qu'il rapproche la crête iliaque. Le résultat de cette bascule osseuse, qui se fait en sens contraire de celle observée dans la cyphose, est d'augmenter les dimensions du diamètre transversal aux détroits moyen et inférieur, alors que celles du

même diamètre au détroit supérieur restent normales ou diminuent légèrement. En somme, la luxation unilatérale de la hanche produit surtout une asymétrie pelvienne, car le rétrécissement qui peut en résulter au détroit supérieur n'est que très peu accentué.

B. *Luxation bilatérale* (fig. 334). — La même altération qui vient d'être

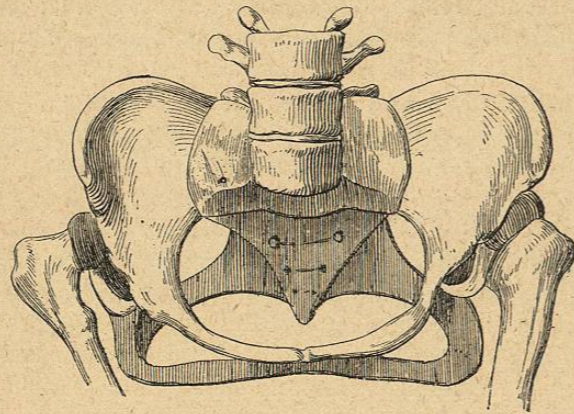


Fig. 334. — Bassin crural avec luxation bilatérale. — Bassin en éteignoir.

décrite pour un des côtés du bassin, existe ici des deux côtés; les deux os iliaques ont donc subi un certain degré d'atrophie, et un mouvement de bascule qui éloigne les ischions l'un de l'autre. Le résultat est un élargissement notable des détroits moyen et inférieur, transversalement et obliquement, et un rétrécissement correspondant du détroit supérieur; le bassin prend donc la forme contraire à celle observée dans la cyphose: au lieu d'un *entonnoir* on a un *éteignoir*. De plus, le déplacement de deux têtes fémorales en arrière changeant le point d'appui amène une *antéversion pelvienne* plus ou moins marquée. L'obstacle apporté à l'accouchement par le bassin rétréci transversalement au détroit supérieur est en général faible.

2° Bassin crural sans luxation. — Les altérations des membres inférieurs, qui en dehors des luxations coxo-fémorales peuvent amener des viciations pelviennes, sont nombreuses; je ne cite que quelques exemples:

Affections traumatiques: fracture, résection, amputation. — Affections spontanées: atrophie d'un membre (ou congénitale, malformation; ou acquise, paralysie infantile); lésions diverses des articulations du pied, du genou, de la hanche. Je mentionnerai en particulier la *coxalgie*, qui est susceptible de vicier le bassin de deux façons, ou simplement par l'arthrite qu'elle constitue, ou par les luxations qu'elle peut amener. Ces altérations diverses imposées au bassin par la coxalgie ont été étudiées par ROKITANSKY sous le nom de *bassin coxalgique* et par DEMELIN sous le nom de *bassin coxo-tuberculeux*; en cas de luxation, la viciation pelvienne diffère peu de celle

décrite précédemment. Nous allons voir le résultat de l'arthrite non accompagnée de luxation.

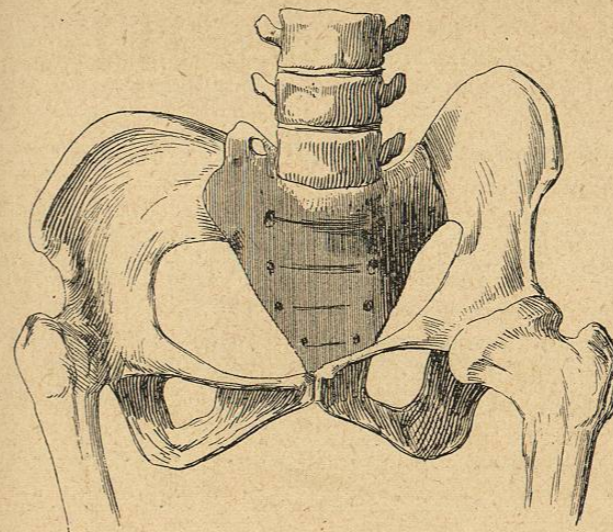


Fig. 335. — Bassin crural sans luxation. — Bassin coxalgique. (Coxalgie droite.)

Ces diverses altérations des membres inférieurs ne retentissent sur le bassin que lorsqu'elles surviennent avant quinze ans; à cet âge, l'ossification complète rend le pelvis rebelle à toute déformation. Le retentissement sera d'ailleurs d'autant plus marqué que le sujet sera plus jeune.

Les viciations pelviennes, qui proviennent de ces altérations diverses, sont trop variées et trop variables pour pouvoir encore prêter à une description systématique. Les deux notions importantes qu'il faut retenir sont que: 1° le bassin devient asymétrique; 2° un des côtés subit tantôt un aplatissement, tantôt une atrophie de degré variable.

Cette atrophie ou cet aplatissement siège, tantôt du côté du membre pelvien malade, tantôt du côté sain, ainsi que le représente la figure 335, où il existe une coxalgie du côté droit et un aplatissement du côté gauche. L'atrophie se montre de préférence du côté du membre malade, car elle résulte d'un véritable trouble trophique, et au contraire l'aplatissement plutôt du côté sain, à cause de la pression transmise par le fémur, naturellement plus considérable au niveau de la hanche intacte.

Voici d'ailleurs, quant à ce qui concerne le bassin coxalgique, les conclusions de M. DEMELIN:

- « Le bassin coxo-tuberculeux a le type oblique ovalaire. »
- « Sauf exceptions, la moitié aplatie de l'excavation pelvienne répond à la hanche saine, lorsque le membre inférieur malade est ankylosé dans l'abduction et la rotation en dehors. »