

« Au contraire, la moitié aplatie répond à la hanche coxalgique, lorsque le membre inférieur malade est fixé dans l'adduction et la rotation en dedans. »

« La luxation du fémur ne joue, par elle seule, qu'un rôle accessoire dans la pathogénie de la viciation pelvienne. »

« Le diamètre promonto-pubien est presque toujours plus petit que dans l'état normal. »

« Le pronostic de cette déformation pelvienne est, en général, plus grave que celui du bassin vicié par luxation congénitale. »

« Lorsque la moitié coxo-tuberculeuse atrophiée se trouve du côté opposé à l'aplatissement, l'angustie est plus prononcée que dans le cas inverse. »

« La maladie de la hanche s'accompagne d'ostéo-périostite proliférante qui, parfois, peut aller jusqu'à obstruer la cavité pelvienne. »

« Le bassin coxo-tuberculeux doit être séparé du bassin vicié par luxation congénitale de la hanche. »

G. — SPONDYLIZÈME ET SPONDYLOLISTHÉSIS

(Bassin vertébral, *pelvis oblecta*.)

Le spondylizème et la spondylolisthésis sont reliés par un point commun,

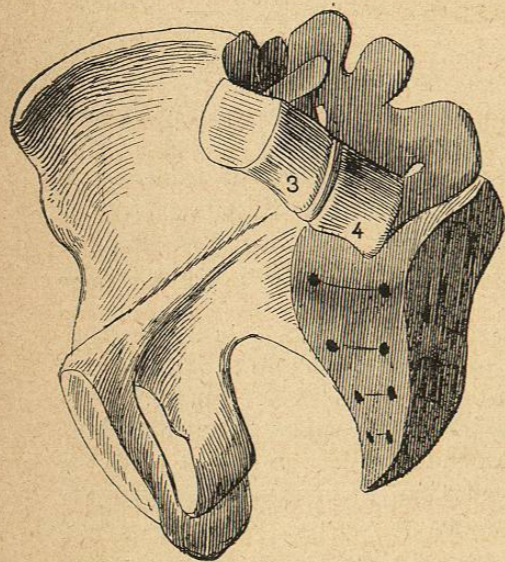


Fig. 336. — Bassin spondylizématique.

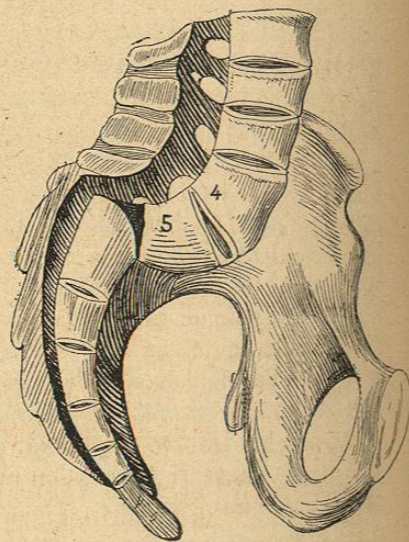


Fig. 337. — Bassin spondylolisthésique.

l'envahissement du petit bassin par la partie inférieure ou lombaire de la colonne vertébrale, mais la cause et la nature de ces deux affections sont différentes.

Le *spondylizème* (*σπονδυλος*, vertèbre; *ισχημα*, affaissement) est caractérisé

par un *effondrement* vertébral; une ou plusieurs vertèbres malades, cariées, s'affaissent, se démolissent, et la partie voisine de la colonne vertébrale n'étant plus soutenue, plonge vers le petit bassin. Nous avons ici un véritable mal de Pott lombaire.

La *spondylolisthésis* (*σπονδυλος*, vertèbre; *ολισθησις*, glissement) se produit non par effondrement, mais par simple *glissement* de la dernière vertèbre

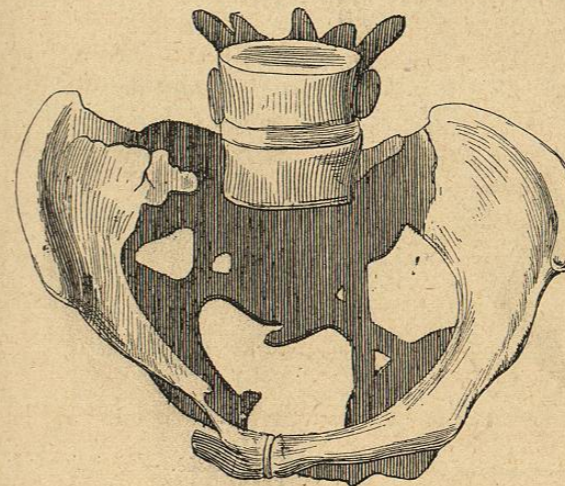


Fig. 338. — Bassin fracturaire.

lombaire sur le sacrum. Ce glissement serait causé par l'altération de l'arc osseux de la dernière vertèbre lombaire qui, n'étant plus maintenue par ce lien postérieur, s'échappe en avant et tombe dans le petit bassin ainsi que l'indique la figure 337. Mais si l'accord existe sur la pathogénie du glissement il cesse sur la cause même, qui amène l'altération de l'arc vertébral; cette altération, d'après HERGOTT, serait due à une inflammation destructive (ostéite ou carie), d'après NEUGEBAUER, soit à un vice de conformation (arc osseux incomplètement formé), soit à une fracture accidentelle.

H. — FRACTURES (Bassin fracturaire).

Un écrasement du bassin, ayant causé des fractures multiples des os iliaques et du sacrum, amène des déformations très capricieuses, dont les diverses variétés échappent à toute description systématique. Le bassin est plus ou moins *envahi* par les fragments vicieusement consolidés, ainsi que l'indique la figure 338.

I. — TUMEUR (Bassin néoplasique).

Les deux variétés de tumeurs pelviennes, qui, par leur présence dans le

petit bassin, peuvent obstruer la voie génitale sont les exostoses (fig. 339) et les ostéo-sarcomes (fig. 340).



Fig. 339. — Viciation par exostoses.

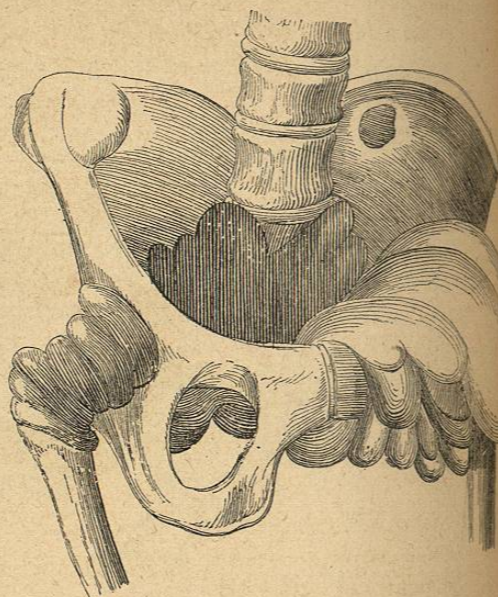


Fig. 340. — Viciation par ostéo-sarcome.

B. — BASSINS A VICIATION COMPLEXE

Il est impossible de décrire ici tous les types variés, créés par diverses combinaisons de viciation, c'est ainsi qu'un bassin rachitique sera susceptible d'être à la fois aplati et épineux; un bassin rachitique peut accidentellement être fracturé ou devenir le siège de tumeurs; connaissant les formes des viciations simples, le clinicien arrivera à reconnaître ces viciations composées; il en est cependant qui demandent quelques lignes d'explication, telles que :

1° LE BASSIN SCOLIO-RACHITIQUE. — Le rachitisme s'attaque simultanément à la colonne vertébrale qu'il dévie, et au bassin qu'il déforme; d'autre part, le bassin subit à la fois l'action du rachitisme et de la déviation scoliotique. La viciation est analogue à celle qu'on rencontre dans le bassin scoliotique simple (fig. 331), mais avec cette différence que le promontoire est beaucoup plus saillant en avant, et l'aplatissement du côté atteint notablement plus marqué, à tel point qu'il peut en résulter des difficultés sérieuses pour l'accouchement.

2° LE BASSIN CYPHO-RACHITIQUE. — Le rachitisme amène en général la saillie du promontoire en avant; la cyphose produit au contraire le recul de cette même région du sacrum, de telle sorte que ces deux influences semblent se corriger réciproquement; mais si la cyphose et le rachitisme sont très prononcés, on a, en même temps que le rétrécissement des régions pelviennes

inférieures, une saillie du promontoire, de telle sorte que le bassin est rétréci antéro-postérieurement au détroit supérieur, et surtout transversalement au détroit moyen.

3° LE BASSIN CYPHO-SCOLIOTIQUE. — La cyphose et la scoliose combinant leur

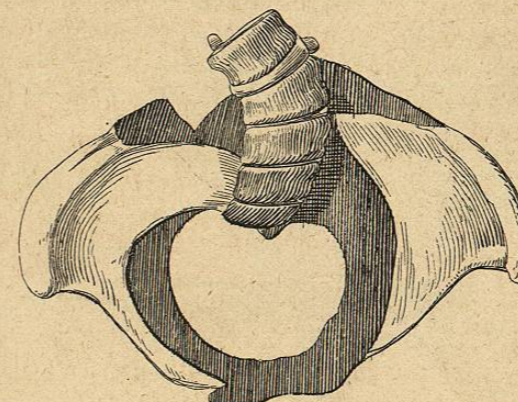


Fig. 341. — Bassin cypho-scoliotique.

action créent un bassin en entonnoir, et qui plus est asymétrique, ainsi que le montre la figure 341.

II. — VICIATIONS DE LONGUEUR

Nous connaissons la hauteur normale de l'excavation pelvienne qui, mesurée aux deux extrémités de la symphyse pubienne, est de 5 centimètres, et du

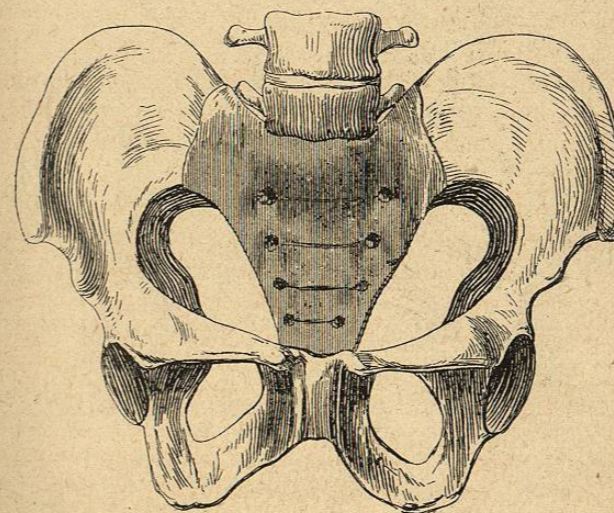


Fig. 342. — Bassin trop long.

promontoire à la pointe du sacrum (en ligne droite) 10 centimètres; or, il

arrive, par une sorte de vice de conformation, que ces dimensions sont tantôt exagérées (bassin trop long, fig. 342), tantôt inférieures à la normale (bassin trop court, fig. 343).

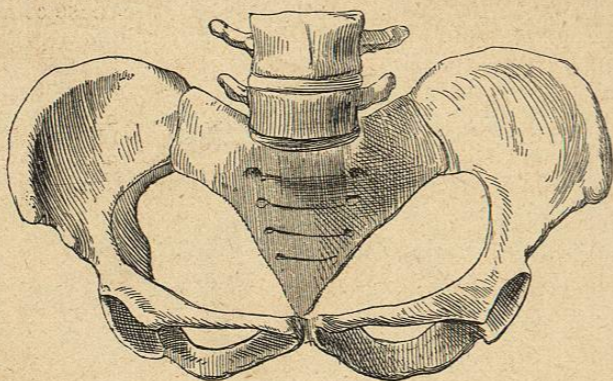


Fig. 343. — Bassin trop court.

Ces viciations sont en pratique de faible importance : la seconde facilite l'accouchement et l'intervention obstétricale ; la première, au contraire, les rend relativement pénibles.

III. — VICIATIONS DE DIRECTION

Les viciations de direction sont, la plupart du temps, le résultat des déviations de la colonne vertébrale :

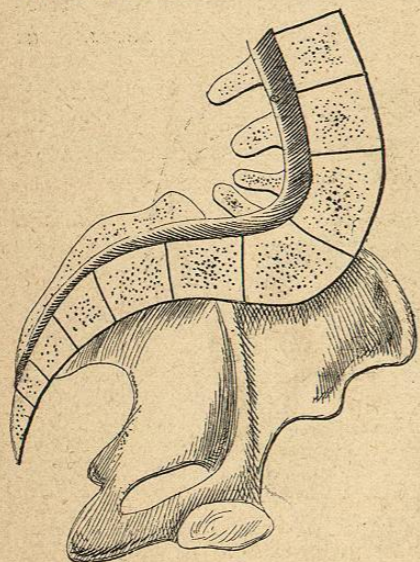


Fig. 344. — Antéversion pelvienne.

1° L'antéversion (fig. 344), suite de la lordose lombaire, abaisse la symphyse pubienne, incline la vulve en arrière et rapproche plus ou moins le plan du

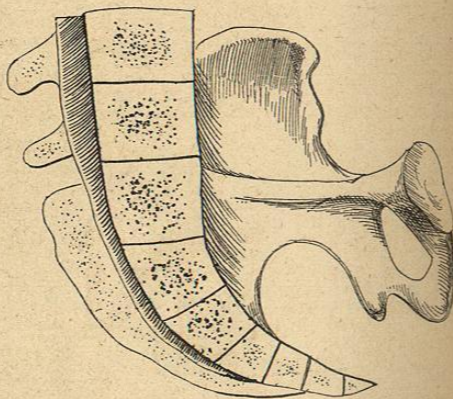


Fig. 345. — Rétroversion pelvienne.

détroit de la verticale (la femme étant debout). Avec cette inclinaison l'engagement du fœtus dans l'excavation se fait difficilement.

2° La *rétroversion* (fig. 345), conséquence de la cyphose, produit l'effet contraire de l'antéversion. La vulve est dirigée en avant et sa partie antérieure peut s'apercevoir, la femme debout et les cuisses jointes, alors qu'à l'état normal elle est, dans cette attitude, complètement cachée.

3° La *latéversion* (fig. 346), ou inclinaison latérale, est la suite habituelle de la scoliose et de l'inégalité de longueur des membres inférieurs. Elle peut influencer l'inclinaison de l'utérus pendant la grossesse.

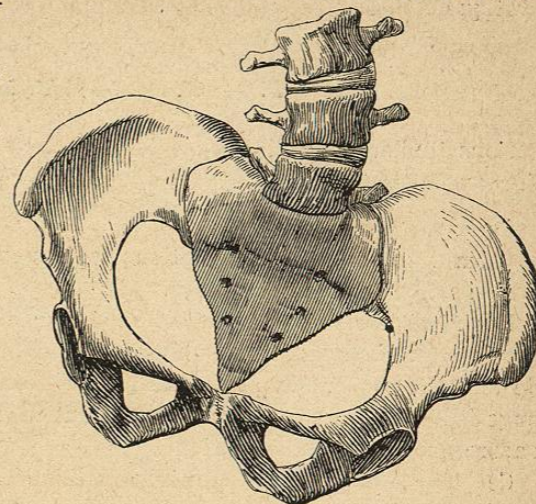


Fig. 346. — Latéversion pelvienne.

IV. — VICIATIONS DE CONTINUITÉ

On ne connaît qu'un type de cette viciation. C'est le bassin fendu de

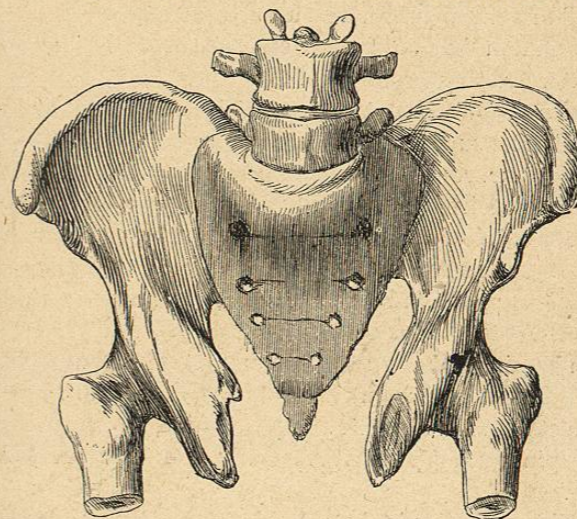


Fig. 347. — Bassin fendu.

LITZMANN, dont la figure 347 donne une idée exacte, et dont la cause est un vice de conformation.

Cette variété de bassin est excessivement rare. KLEIN¹ n'a pu réunir que

¹ *Archiv f. Gyn.*, 1893, III.

six cas d'accouchement dans la science avec cette pelviviciation ; son intérêt pratique est donc à peu près nul.

B. — SYMPTOMATOLOGIE

Nous étudierons ici l'influence des viciations pelviennes sur la *grossesse* et l'*accouchement*.

1° Grossesse.

Parmi les nombreuses accusations portées contre les viciations pelviennes, il n'en est que deux de justifiées.

Les rétrécissements du détroit supérieur empêchent l'engagement de la partie fœtale dans les derniers temps de la grossesse ; d'où le conseil pratique de toujours penser à la possibilité d'une viciation pelvienne, quand, au voisinage de l'accouchement, on trouve, surtout chez les primigestes, la tête fœtale encore libre au détroit supérieur.

Ce défaut d'engagement empêche la fixation du fœtus et facilite ainsi la production des présentations vicieuses.

2° Accouchement.

Le défaut d'engagement et l'engagement tardif de la partie fœtale, favorisant la rupture prématurée de la poche des eaux, ou la formation d'une poche volumineuse, entravent l'ouverture du col.

Craindre la transformation du sommet en front ou en face, la procidence du cordon ou d'un petit membre, les ruptures utérines.

Dans la présentation du sommet, la tête présente *certaines particularités de descente*, intéressantes à connaître.

Avec un bassin *aplati*, c'est-à-dire rétréci du promontoire au pubis, la tête arrêtée au détroit supérieur se place transversalement, puis s'incline sur son pariétal postérieur, rarement sur l'antérieur; la bosse pariétale postérieure contourne le promontoire par une sorte de mouvement tournant, qui amène le plus souvent la saillie pariétale du côté opposé où elle se trouvait primitivement ; la tête franchit donc le détroit supérieur rétréci *par un mouvement tournant de la bosse pariétale postérieure et par la bascule du diamètre bipariétal*¹.

S'agit-il d'un bassin *cyphotique*, l'engagement se fait avec la plus grande facilité, le dégagement est au contraire pénible à cause du rétrécissement des détroits moyen et inférieur. La tête, en particulier, se trouve souvent arrêtée au niveau des épines sciatiques, dont la saillie est exagérée par la déformation pelvienne.

Il est impossible d'étudier la descente de la tête dans toutes les variétés de viciation pelvienne; d'ailleurs les détails de ces divers mécanismes sont encore mal connus.

Quand la tête vient derrière, elle peut rencontrer dans la sténose pelvienne le même obstacle à son passage que lorsqu'elle se présente première.

¹ Voir mes *Travaux d'obstétrique*, t. II, p. 38.

Dans les bassins viciés où le promontoire forme une saillie très marquée (variétés rachitiques), la tête arrêtée au détroit supérieur présente parfois, dans la région qui est au contact de l'angle sacro-vertébral, une dépression plus ou moins profonde, analogue à la bosselure d'un vase métallique, et qui en certains cas exceptionnels aboutit à une véritable fracture. Cette dépression est en quelque sorte le sillage du promontoire.

C. — DIAGNOSTIC (PELVIMÉTRIE)

Pour arriver à la connaissance des diverses *viciations* qui viennent d'être décrites, il faut mesurer les principaux diamètres du bassin, ou, en d'autres termes, pratiquer la pelvimétrie.

La pelvimétrie peut être *instrumentale* ou *digitale*.

1° PELVIMÉTRIE INSTRUMENTALE. — Il existe un grand nombre de pelvimètres, les uns *externes*, sortes de compas où les deux branches s'appliquent aux points dont on veut mesurer la distance (pelvimètres de BAUDELLOCQUE, DEPAUL, BUDIN); les autres *mixtes*, une branche restant extérieure, tandis que l'autre pénètre dans les organes génitaux (pelvimètres de VAN HUEVEL, de KUESTNER); les autres *internes*, espèce de glissières qu'on fait pénétrer dans le vagin pour mesurer la distance qui sépare le promontoire de la symphyse pubienne (pelvimètres d'HUBERT, COUTOULY, CROUZAT).

Tous ces instruments sont peu utiles, et d'une façon générale sont avantageusement remplacés par le pelvimètre digital ; toutefois, pour le cas où il

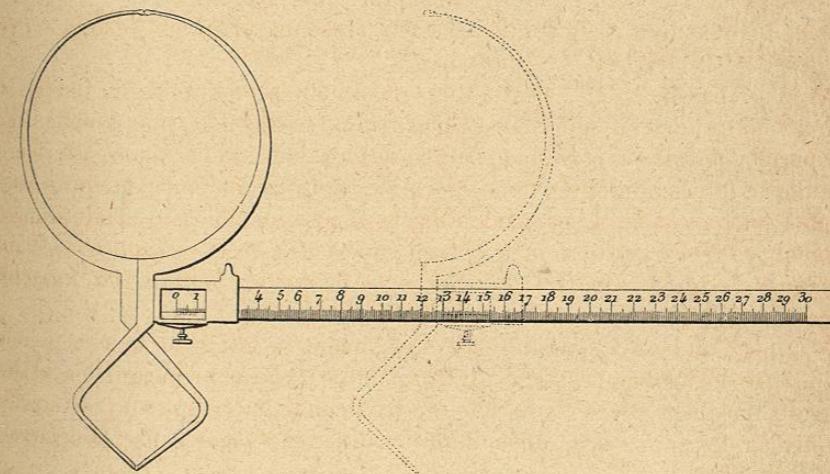


Fig. 348. — Pelvi-céphalomètre AUVARD.

sera nécessaire de mesurer avec l'un de ces instruments certains diamètres du bassin, je conseille de recourir à celui qui est représenté par la figure 348, à glissières, qui permet de mesurer soit le diamètre externe (branches arrondies), soit le diamètre interne (branches anguleuses). Ce même pelvimètre permet également de mesurer le diamètre de la tête fœtale ; en d'autres termes,

ce n'est pas seulement un *pelvimètre*, mais un *pelvi-céphalomètre*. D'une

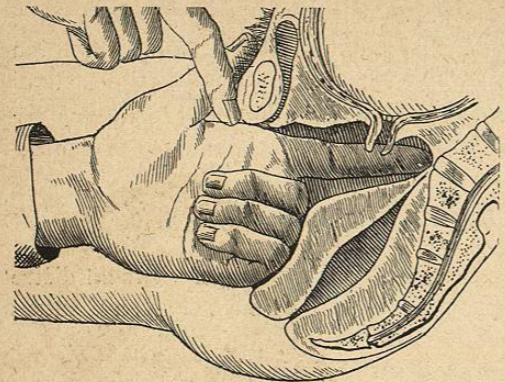


Fig. 349. — Pelvimétrie interne unidigitale.

genu-pectorale, les deux pouces, déprimant les tissus mous, cherchent la face interne des ischions, au contact de laquelle ils sont maintenus pendant qu'un aide mesure la distance qui sépare les extrémités des deux doigts explorateurs. On ajoute 1 à 2 centimètres à la mesure trouvée, afin de faire la part des tissus mous. Cette mensuration ne fournit d'ailleurs que des résultats *peu précis*, bien différente en cela

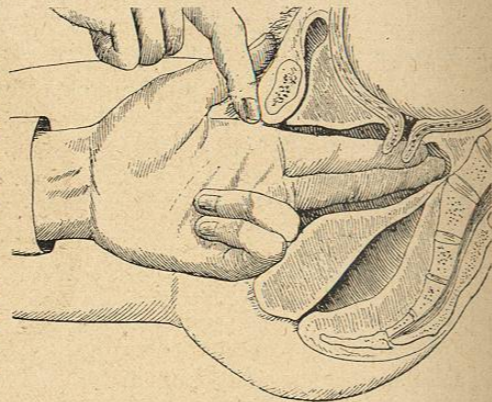


Fig. 350. — Pelvimétrie interne bidigitale.

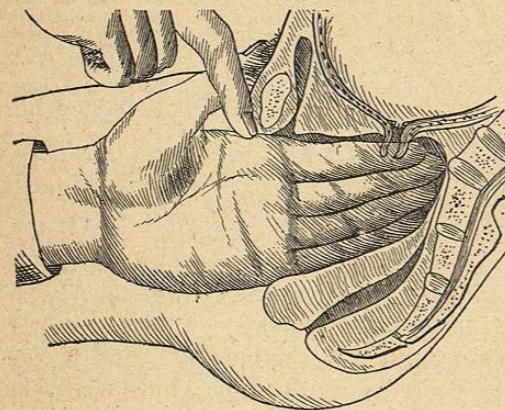


Fig. 351. — Pelvimétrie interne quadrigitale.

* Le diamètre bi-sciatique (séparant les épines sciatiques) est inférieur de 1 cent. environ au bi-ischiatique (séparant la face interne des ischions); connaissant ce dernier, on pourra donc en déduire le premier, en retranchant 1 centimètre.

façon générale, les glissières sont bien plus précises pour la mensuration que le compas ordinaire, et, à cause de cela, méritent la préférence.

2^o PELVIMÉTRIE DIGITALE. — La pelvimétrie digitale peut être *externe* ou *interne*:

Externe, quand il s'agit de mesurer le diamètre bi-ischiatique¹. La femme étant couchée sur le côté, ou mise dans la position

de la pelvimétrie digitale interne.

Interne; grâce à l'introduction de l'index (fig. 349), de l'index et du médium (fig. 350), ou des quatre derniers doigts (fig. 351), on peut arriver à mesurer le diamètre promonto-pubien minimum, et le sacro-pubien du détroit moyen ou sous-sacro-pubien.

Autant que possible, il ne faut se servir que d'un doigt, comme l'indique la figure 349; c'est ce

procédé unidigital que je vais exposer en détail, car il doit être familier à tout médecin.

DIAMÈTRE PROMONTO-PUBIEN MINIMUM. — L'index introduit dans le vagin est dirigé vers le promontoire.

Lorsque avec un *périnée de résistance moyenne* l'index ne peut arriver sur le promontoire, le bassin est normal (quant au diamètre promonto-pubien, de beaucoup le plus souvent rétréci); lorsque, au contraire, il peut l'atteindre, il y a *viciation*.

Conclusion pratique: toutes les fois qu'on examine une gestante en vue de son accouchement, surtout si cette femme est primigeste, ne jamais oublier, en pratiquant le toucher, d'aller à la recherche du promontoire; si on ne l'atteint pas, il y a de grandes chances pour que le bassin soit normal, car sur 10 pelviciations on peut admettre que 9 atteignent le diamètre promonto-pubien.

Quand le promontoire est atteint, le bord radial de la main est appuyé à la partie inférieure de la symphyse pubienne, et avec l'index de l'autre main, on marque sur ce bord, à l'aide de l'ongle, le point d'affleurement de la symphyse, en ayant soin que ce point soit aussi exactement déterminé que possible. Un aide mesure la distance qui sépare l'extrémité de l'index du point marqué, et on connaît ainsi la longueur du diamètre promonto-sous-pubien.

Or ce diamètre promonto-sous-pubien (à l'état normal 12 cent.) est en général supérieur de 1 centimètre au promonto-sus-pubien (11 cent.) et de 1 1/2 cent. au promonto-pubien minimum (10 1/2).

Il faut donc retrancher 1 1/2 cent. sur la longueur trouvée pour avoir le diamètre promonto-pubien minimum.

Quand le promontoire est relativement élevé, ou quand on veut mesurer un faux promontoire lombaire, on retranchera 2 centimètres; dans le cas contraire, et avec un faux promontoire sacré on ne retranchera que 1 cent., car la différence entre le diamètre promonto-sous-pubien et pubien minimum s'exagère d'autant plus que le promontoire s'élève et diminue d'autant plus qu'il s'abaisse davantage; il suffit d'étudier la figure 352 pour le comprendre.

DIAMÈTRE SOUS-SACRO-PUBIEN. — On procède de même que tout à l'heure,



Fig. 352. — Diamètres promonto-pubiens.

Pr., promontoire. — Sp., diamètre promonto-sous-pubien, 12 cent. — Pu., diamètre promonto-sus-pubien, 11 cent. — m., diamètre promonto-pubien minimum, 10 cent. 1/2.