

en recherchant, à l'aide de mouvements imprimés aux coccyx, l'articulation sacro-coccygienne (cet examen se fera plus facilement dans le décubitus latéral de la femme); on mesure la distance obtenue sur le doigt explorateur

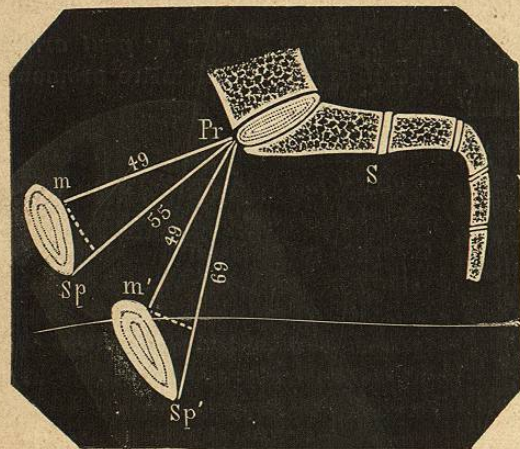


Fig. 353. — Variations relatives des diamètres promonto-pubiens, suivant la hauteur relative de la symphyse pubienne et du promontoire (BUDIN).

au niveau de l'affleurement pubien, et sans déduction on a la longueur du diamètre sous-sacro-sous-pubien. Connaissant ces éléments de pelvimétrie, nous pouvons aborder le diagnostic des viciations pelviennes; il ne sera ici question que des rétrécissements simples, j'élimine toutes les autres viciations dont l'importance est relativement secondaire. Le bassin atrophique sera facile à soupçonner et à reconnaître chez une naine; la taille de la femme mettra sur la voie du diagnostic. Mais si la taille est normale, l'exploration vagino-pelvienne conduira seule au diagnostic; la pelvimétrie digitale donnera la dimension des diamètres antéro-postérieurs et surtout du promonto-pubien minimum. Pour les dimensions transversales, dont le rétrécissement produit le bassin justo-minor, il faudra se contenter d'une évaluation approximative; un doigt exercé doit en effet s'habituer, par l'exploration circulaire du bassin, à savoir reconnaître l'amplitude normale, et par conséquent la diminution possible de cette amplitude; mais, je le répète, l'accoucheur ne peut actuellement avoir que des renseignements approximatifs sur le degré de sténose transversale, sauf pour le diamètre bi-sciatique ou le bi-ischiatique, dont il sera question à propos du bassin cyphotique.

Le bassin rachitique se devinera souvent à l'aspect général de la femme: petite taille, grosse tête, front saillant, visage parfois symétrique, dents mauvaises, ou avec rayures transversales, thorax proéminent, chapelet rachitique, déviation de la colonne vertébrale, altération dans la courbure du squelette des membres inférieurs; enfin, la marche aura été tardive, à deux ou trois ans seulement au lieu d'un an, qui est l'époque normale; le rachitisme, en effet, survient le plus souvent dans les trois premières années de la vie; les parents pourront fournir des indications précieuses sur les maladies de cette première enfance. L'examen direct permettra de compléter le diagnostic, et fera connaître la variété et le degré de la viciation rachitique. Les trois types: justo-minor, aplati, et justo-minor aplati du bassin atrophique, ne se distingueront des trois variétés correspondantes du bassin rachitique que par l'étiologie (le rachitisme existe dans le second

cas, tandis qu'il n'y en a pas trace dans le premier); en général, le degré de viciation est relativement faible dans le bassin atrophique, alors qu'il peut devenir très prononcé dans le rachitique.

Le bassin ostéomalacique, outre les commémoratifs qui pourraient mettre sur la voie de la maladie causale, se reconnaît à sa forme spéciale; la saillie constituée par la symphyse pubienne (bec symphysien) et le défilé osseux qui existe en arrière d'elle (défilé pubien, gouttière ostéomalacique) sont caractéristiques de la viciation ostéomalacique.

Le bassin sacro-iliaque (oblique ovalaire simple ou double) se reconnaît à l'aplatissement notable d'un ou des deux côtés du bassin, avec absence de cause du côté de la colonne vertébrale, comme du côté des membres inférieurs, pouvant expliquer la production de cette viciation, qu'on reportera à l'arthropathie sacro-iliaque.

Le bassin rachidien, lordosique, scoliotique ou cyphotique sera signalé par la déviation rachidienne qui servira pour ainsi dire de guide indicateur. Le diagnostic, sur la voie duquel aura conduit la déviation rachidienne, sera vérifié et contrôlé par l'exploration directe. En cas de bassin cyphotique, dont le rétrécissement porte surtout sur les diamètres bi-sciatique (épinés sciatiques) et bi-ischiatique (ischions), il faudra pratiquer la mensuration extérieure du diamètre bi-ischiatique à l'aide des doigts, ainsi que cela a été indiqué tout à l'heure, ou intérieure du bi-sciatique à l'aide du pelvimètre de BUDIN, mais l'un et l'autre ne fournissent malheureusement que des résultats peu exacts, auxquels l'accoucheur n'accordera qu'une confiance limitée¹.

Le bassin crural sera recherché en cas d'altération des membres inférieurs. Son diagnostic est d'ailleurs d'importance secondaire, car il est rare que la viciation soit accentuée.

Je ne fais que mentionner le diagnostic des bassins vertébral (spondylisme, spondylolysthésis), fracturaire, néoplasique, qu'on peut considérer comme des exceptions.

D. — PRONOSTIC

Le pronostic pour la mère et pour l'enfant varie essentiellement avec le degré de viciation pelvienne.

Un rétrécissement de quelques millimètres est sans importance.

Un rétrécissement plus marqué, de 2, 3 à 4 centimètres par exemple, devient beaucoup plus sérieux, car il peut nécessiter des interventions plus ou moins dangereuses (accouchement provoqué, forceps, version, embryotomie).

Un rétrécissement très prononcé rend le pronostic excessivement grave, car il n'y a souvent d'autre moyen de délivrer la femme que l'opération césarienne, et, malgré les récents progrès de cette opération, les résultats qu'elle fournit sont encore peu rassurants.

¹ Il y aurait lieu d'étudier cette mensuration des diamètres bi-ischiatique et bi-sciatique, car après les diamètres promonto et sacro-pubiens, ce sont les plus importants à connaître. Pour les premiers, l'accoucheur est très suffisamment armé au point de vue pratique, mais non pour les seconds.

Chez une même femme le pronostic de la viciation devient d'autant plus sérieux que le nombre de grossesses est plus grand. Ainsi il arrive souvent qu'une viciation pelvienne ne cause aucune difficulté au premier et au second accouchement, et en amène au contraire au troisième et au quatrième. Cette gravité, progressant avec le nombre de grossesses, est due vraisemblablement aux poids et volume croissants du fœtus à chaque nouvelle gestation.

E. — CONDUITE A TENIR

Dans le langage obstétrical on emploie couramment l'expression de *bassin de 8 centimètres, bassin de 6 centimètres*, etc.; il y a donc pour le bassin, comme pour les gants, les chaussures, une véritable *pointure*. Par bassin de 8, de 6 centimètres, etc., on entend un bassin dont le plus petit diamètre mesure 8 cent., 6 centimètres. — *La pointure du bassin est donc fixée par la dimension du plus petit diamètre.* — Un bassin normal est par conséquent un bassin de 10 centimètres, puisque le plus petit diamètre, le bi-sciatique, mesure 10 centimètres; au-dessous le bassin est vicié. Le degré de viciation est très variable; toutefois les bassins mesurant moins de 5 centimètres sont exceptionnels. Le diamètre promonto-pubien, se trouvant le plus souvent atteint par la viciation, est celui qui donne d'habitude le chiffre de la pointure pelvienne.

Le fœtus, qui doit franchir ce bassin rétréci, aura pendant l'accouchement la tête placée de telle sorte que les diamètres céphaliques antéro-postérieurs choisissant l'espace le plus large du bassin, le plus étroit sera réservé aux transversaux, soit au bi-pariétal.

Or le diamètre bi-pariétal mesure à la fin du 6^e mois 6 cent. ¹

—	7 ^e — 7 —
—	8 ^e — 8 —
—	9 ^e — 9 —

Un bassin de 9 pourra donc permettre un accouchement à terme; un bassin de 8 à huit mois; de 7 à sept mois et de 6 à six mois. Six mois complets étant le terme minimum pour la viabilité de l'enfant, on voit qu'au dessous de 6 il sera, à moins d'opération, impossible à une femme d'accoucher d'un enfant viable par les voies naturelles.

Ces préliminaires posés, étudions la conduite à tenir; nous avons cinq points à examiner, suivant qu'on nous demande conseil pour une

- a. Jeune fille à marier;
- b. Femme mariée non enceinte;
- c. Femme enceinte;
- d. Femme en travail;
- e. Cas spéciaux.

¹ Ces chiffres sont inférieurs de un demi-centimètre environ à la réalité, mais, étant donnée la réductibilité de la tête, on peut les accepter comme exacts.

a. JEUNE FILLE A MARIER. — Il existe une viciation pelvienne que le rachitisme ou toute autre maladie antérieure a fait pressentir, et l'examen local reconnaît.

Bassin au-dessous de 5 centimètres, pas de mariage, car, à moins d'opération césarienne, il y a impossibilité d'avoir des enfants viables.

Bassin de 5 à 9 centimètres, mariage possible à la rigueur, mais prévenir de la nécessité de provoquer l'accouchement et peut-être de l'associer à la symphyséotomie.

Bassin au-dessus de 9 centimètres, mariage possible. Accouchements auront lieu à terme; mais prévenir que l'accouchement pourra être pénible.

b. FEMME MARIÉE NON ENCEINTE. — Bassin au-dessous de 5 centimètres, pas de grossesse.

Bassin de 5 à 9 centimètres, grossesse possible, mais nécessité de provoquer l'accouchement avant terme, et peut-être de faire la symphyséotomie.

Bassin au-dessus de 9 centimètres. Grossesse peut aller à terme; mais, à cause des difficultés possibles, l'accouchement demande une surveillance spéciale.

c. FEMME ENCEINTE. — Trois circonstances peuvent se présenter¹:

1^o Femme et enfant bien portants:

Bassin au-dessous de 5, provoquer l'avortement, à moins que la femme ne réclame l'opération césarienne à terme. (Voir *Opération césarienne*.)

Bassin de 5 à 9 centimètres; la conduite à tenir est la suivante:

Bassin de 5 cent. :	accouchement provoqué à 7 mois et symphyséotomie.
— 6 —	accouchement provoqué à 8 mois et symphyséotomie.
— 7 —	accouchement provoqué à 7 mois sans symphyséotomie probable, ou à 8 mois avec symphyséotomie probable.
— 8 —	accouchement provoqué à 8 mois sans symphyséotomie probable, ou laisser la grossesse aller à terme, avec symphyséotomie probablement nécessaire.

Il ne faut pas se baser uniquement sur les renseignements fournis par le toucher pour l'époque à laquelle il convient de provoquer l'accouchement; mais, ainsi que l'a indiqué MULLER, il sera bon, à l'aide de la palpation, d'adapter la tête fœtale au bassin rétréci; tant que l'engagement est jugé possible, laisser la grossesse continuer son cours; mais au moment où la tête fœtale semble devenir trop volumineuse et dépasser la symphyse d'une façon notable, il sera prudent de ne pas attendre plus longtemps pour provoquer l'expulsion. Ce *palper mesureur* demande des mains très habituées à l'exploration obstétricale, et fournit des renseignements moins

¹ Une quatrième circonstance peut se produire: la femme malade, et l'enfant mort ou condamné. Je la laisse de côté pour ne pas compliquer ma description; en pareil cas la règle est de s'abstenir de toute intervention.

précis que ceux donnés par le toucher ; il serait cependant peu excusable de les négliger.

A côté du palper mensurateur, il convient de citer le procédé de *céphalométrie intra-utérine*¹.

« La femme étant couchée sur le dos, on place les mains de chaque côté du ventre comme lorsqu'on veut reconnaître si la tête est engagée ou non ; si elle l'est, inutile d'aller plus loin, l'accouchement est possible. Mais si elle ne l'est pas, on la place autant que possible en position transverse ; les draps et les couvertures sont roulés sur la face antérieure des cuisses et forment ainsi un coussin qui supportera tout à l'heure l'arc gradué du céphalomètre de BUDIN dont on va se servir.

« On saisit les extrémités des branches de cet instrument tout près du bouton terminal et de manière que ce bouton soit maintenu entre le médus et l'annulaire par l'extrémité de la phalange de chacun de ses doigts, et on recommence le palper.

« On applique ainsi, en même temps que la pulpe des doigts, les boutons du céphalomètre : l'un sur le front, l'autre sur l'occiput ; l'instrument étant ainsi placé, on lit sur l'arc gradué l'écartement des deux branches. On retranche de la grandeur trouvée l'épaisseur de la paroi abdominale que l'on obtient en faisant un pli à cette paroi, et en mesurant l'épaisseur de ce pli. Le reste de la déduction représente la grandeur du diamètre OF, et si on se rappelle que chez un fœtus à terme le diamètre BP mesure 25 millimètres de moins que le diamètre OF, en retranchant 2 cent. 1/2 de la longueur trouvée tout à l'heure, on aura la grandeur du diamètre BP. »

2° *Femme bien portante et enfant mort.* — Aucune intervention n'est nécessaire ; attendre l'apparition spontanée du travail.

3° *Femme malade, enfant bien portant.* — Si la maladie de la femme est sans gravité, se comporter comme si la santé était bonne ; mais si la maladie est grave, mortelle (tuberculose avancée, cancer), il faut avant tout songer à sauver l'enfant, la mère étant condamnée. En pareil cas, le médecin sera autorisé à laisser la grossesse arriver à terme et à pratiquer à ce moment l'opération césarienne.

d. FEMME EN TRAVAIL. — Trois circonstances peuvent se produire :

Ou l'accouchement sera spontané ;

Ou il faudra recourir soit au *forceps*, soit à la *version*, interventions du 1^{er} degré ;

Ou, comme dernière ressource, pratiquer soit l'*embryotomie*, soit la *symphyséotomie*, soit l'*hystérotomie*, intervention du 2^e degré.

*Parallèle du forceps et de la version*². — Le parallèle entre ces deux opérations, employées dans le cas de viciation pelvienne, a donné lieu à de longues

¹ Perret, *Thèse de Paris*, 1895 ; et Constans et Denys, *Thèse de Paris*, 1897.

² Il n'est question ici que de la version par manœuvres internes.

discussions qui sont loin d'être éteintes, mais qui sommeillent faute d'arguments nouveaux.

En intervenant on a surtout en vue le passage de la tête fœtale, principal obstacle à l'accouchement. Or sur le mannequin avec le même degré de sténose pelvienne, l'extraction de la tête dernière (version) est incontestablement plus facile que première avec le forceps.

Il en est de même sur la femme vivante avec un enfant mort, à cause de la mobilité laissée à la tête par les mains et de la possibilité d'imprimer à cette tête différents mouvements que le forceps ne permet pas. Mais avec un enfant vivant surgit un nouvel élément, qui joue un rôle considérable, la *vie du fœtus*. A l'aide du forceps (tête première) on peut exercer les tractions pendant une demi-heure ou même davantage, et cependant amener un enfant vivant : avec la version, si la tête dernière n'est pas extraite en moins de cinq minutes, la mort de l'enfant est assurée.

Avec le forceps, on pourra donc prendre son temps sans danger pour l'enfant ; avec la version, le moindre retard est fatal.

La version ayant pour elle la plus grande facilité d'extraction de la tête, le forceps exposant moins à la mort du fœtus, il est fort difficile de se prononcer catégoriquement entre ces deux modes d'intervention.

La version cependant semble préférable dans toute présentation autre que celle du sommet (simple extraction dans la présentation du siège).

Le forceps au contraire sera meilleur dans la plupart des présentations du sommet, à moins que la tête ne soit très élevée, qu'il n'y ait procidence d'un membre ou du cordon, ou toute condition analogue rendant l'application de l'instrument difficile, et devant en conséquence engager à pratiquer la version.

Parallèle de l'hystérotomie, de la symphyséotomie et de l'embryotomie.

Ce parallèle ne peut être tracé qu'après étude préalable de ces trois opérations ; on le trouvera exposé en détail aux chapitres consacrés à l'hystérotomie et à la symphyséotomie. Je me contente de résumer ici les conclusions qui en découlent, au sujet de la conduite à tenir dans les bassins rétrécis :

A. MÈRE BIEN PORTANTE. ENFANT MORT OU CONDAMNÉ.

Quand l'extraction manuelle ou par le forceps est impossible, recourir à l'embryotomie. L'hystérotomie ne serait indiquée que si l'embryotomie n'était pas praticable à cause du degré de rétrécissement.

B. MÈRE MOURANTE OU CONDAMNÉE. ENFANT BIEN PORTANT.

L'hystérotomie doit au contraire être ici préférée à l'embryotomie.

C. MÈRE ET ENFANT BIEN PORTANTS.

1. Bassin au-dessus de 9 centimètres.

Territoire de l'extraction manuelle ou du forceps¹.

Invasion possible de la symphyséotomie.

¹ Préférer le forceps toutes les fois qu'il s'agit d'une présentation du sommet, à moins que la partie fœtale ne soit trop élevée, difficile à saisir, et qu'il y ait une procidence ; préférer au contraire l'extraction manuelle avec toute présentation de la face, du front et de l'ovoidé cormique.

2. Bassin de 7 à 9 centimètres.

Territoire de la symphyséotomie.

Invasion possible de l'extraction manuelle ou du forceps, qui doivent toujours être préalablement tentés.

3. Bassin de 5 à 7 centimètres.

Territoire commun à l'hystérotomie et à l'embryotomie, dont le choix sera laissé en partie à la femme, libre de s'exposer ou non pour sauver son enfant.

4. Bassin au-dessous de 5 centimètres.

Territoire de l'hystérotomie.

e. CAS SPÉCIAUX.

Certaines viciations pelviennes, par exemple l'ostéomalacie, peuvent modifier la ligne de conduite précédemment tracée. Avec l'ostéomalacie, les os pelviens présentent parfois, quand la maladie est récente, une certaine souplesse qui amène une facilité relative de l'accouchement.

D'une façon générale le rétrécissement du détroit moyen est moins grave que celui du détroit supérieur, car la partie fœtale étant moins éloignée, l'intervention deviendra plus aisée.

Certaines viciations pelviennes peuvent nécessiter une intervention spéciale, par exemple le bassin oblique ovalaire de NŒGELÉ, sur lequel il ne faudra pas pratiquer la symphyséotomie, mais l'ischio-pubiotomie unilatérale du côté ankylosé.

Les règles qui viennent d'être données pour la femme en travail ne s'appliquent qu'à l'accouchement à terme; avec un accouchement prématuré, les frontières pelvi-obstétricales précédemment tracées sont légèrement différentes, l'accouchement spontané devient par exemple fréquent au-dessous de 9 centimètres.

De même l'existence d'une grossesse multiple, d'une monstruosité, etc., crée des conditions spéciales, dans le détail desquelles il est impossible d'entrer ici.

Aphorismes.

Le bassin est la clef de l'accouchement; de là vient son importance en obstétrique.

Omettre d'examiner le bassin chez une gestante est une faute à peu près aussi grosse que d'oublier l'auscultation dans une pneumonie.

De toutes les parties du bassin c'est le détroit supérieur qui est le plus souvent vicié; c'est donc sur lui que devra se concentrer l'attention, sans toutefois oublier les autres parties du squelette pelvien.

Le pelvis étant une partie du squelette, toute altération du squelette, même lointaine, devra faire penser à la possibilité d'une altération du bassin.

Le principe qui domine la conduite à tenir dans les pelviciations, de même que dans toute l'obstétrique, est celui-ci : Sauvez avant tout la mère,

et après elle l'enfant, si cela est possible. Il n'y a d'exception que quand la vie de la mère est compromise.

Des deux existences que l'accoucheur a entre les mains, celle de la mère prime celle de l'enfant, à moins que la mère ne soit condamnée à une mort prochaine.

VI

MALADIES DU SYSTÈME GÉNITAL

ET DE SES DÉPENDANCES

DYSTOCIE GÉNITALE ET DE VOISINAGE

SOMMAIRE

A. Dystocie vulvo-vagino-périnéale :

- | | | |
|-------------------|---|-----------------------------------------|
| Vulve | } | 1. Étroitesse. — Rigidité. |
| | | 2. Hymen. — Vaginismes. |
| | | 3. Vices de conformation. — Cicatrices. |
| | | 4. Tumeurs. |
| Vagin. | } | 5. Vices de conformation. — Cicatrices. |
| | | 6. Prolapsus. |
| | | 7. Tumeurs. — Thrombus. |
| Périnée | | 8. Résistance. — Œdème. |

B. Dystocie utérine :

- | | | |
|----------------|---|-------------------------------|
| Col. | } | 9. Oblitération. |
| | | 10. Rigidité. |
| | | 11. Déviations. |
| | | 12. Tumeurs. |
| Corps. | } | 13. Vices de conformation. |
| | | 14. Anomalies de contraction. |
| | | 15. Déviations. |
| | | 16. Prolapsus. |
| | | 17. Ruptures. |
| | | 18. Tumeurs. |

C. Dystocie péri-utérine :

- | | |
|--|---------------------------------------------------------|
| | 19. Hernies de la vessie, de l'intestin, de l'épiploon. |
| | 20. Inflammation péri-utérine. |
| | 21. Tumeurs de l'ovaire et du voisinage. |

1. ÉTROITESSE ET RIGIDITÉ DE LA VULVE. — L'étroitesse et la rigidité de la vulve s'observent de préférence chez les primipares âgées, ou à la suite de processus morbides ayant amené des modifications locales des organes génitaux externes. — *Traitement* : bain prolongé pendant le travail; forceps ou extraction manuelle. Ne recourir aux incisions vulvaires qu'en cas d'absolue nécessité.

2. HYMEN. — VAGINISMES. — La persistance de l'hymen après le coït, ou