brusquement chassé, vient se heurter contre le parquet et peut être tué par la violence du coup. Dans cette position, le cordon ombilical est tendu entre l'ombilic et l'insertion placentaire; et, si la rupture de la tige omphalo-placentaire n'en est pas la conséquence, la traction exercée sur le placenta encore adhérent peut être assez forte pour déprimer et même pour renverser complétement l'utérus : toutefois ce dernier fait est assez rare. La rupture du cordon a été plus souvent observée, mais elle est presque toujours sans danger pour l'enfant : d'abord parce que la déchirure a le plus souvent lieu à deux ou trois pouces de l'ombilic, et parce que la déchirure par traction des vaisseaux ombilicaux est propre à prévenir une hémorrhagie mortelle pour le fœtus, alors même que la respiration ne s'établirait pas immédiatement.

Traitement. — Si, vu l'époque peu avancée de la grossesse, on a lieu de croire au développement incomplet du fœtus, ou si les accouchements antérieurs font supposer un bassin dont les dimensions sont exagérées, la femme devra, dès la première douleur, garder la position horizontale; elle devra, autant que possible, éviter de pousser pendant la douleur, et de contracter les muscles soumis à l'empire de sa volonté. On se trouvera bien, dans le même but, d'appliquer autour du ventre un bandage de corps modérément serré (Rigby). Enfin, on prendra toutes les précautions pour retarder, autant que possible, la rupture des membranes. Si, malgré ces précautions, on s'aperçoit que la partie inférieure de l'utérus est fortement poussée en bas, et même à travers l'orifice de la vulve, il faut le soutenir avec soin jusqu'à ce que le col soit dilaté pour laisser passer librement la tête. On pourrait, à l'exemple de Nægele, appliquer au devant de la vulve et sur la partie saillante de l'utérus un large bandage en T, au centre duquel on ferait une ouverture correspondante à l'orifice du vagin.

Si la femme était déjà accouchée trop vite dans ses grossesses antérieures, on pourrait administrer les opiacés, soit par la bouche, soit en lavements, dans le but de calmer l'irritabilité excessive de la matrice.

Wigand a recommandé la saignée du bras. Peut-être pourrait-elle être employée avec avantage chez les femmes fortes et pléthoriques; mais l'expérience n'a pas encore prononcé sur l'efficacité de ce moyen.

CHAPITRE II

DES VICES DE CONFORMATION DU BASSIN

Les obstacles matériels qui trop souvent rendent l'accouchement spontané difficile ou impossible sont excessivement nombreux et dépendent tous de la mère ou du fœtus. Parmi les premiers se rangent tout naturellement les maladies et vices de conformation ou de direction du canal que le fœtus doit traverser, et nous devons rattacher aux seconds les maladies, les conformations vicieuses de l'enfant, et les positions défavorables dans lesquelles il peut se présenter à l'ouverture du bassin. Nous commencerons par les obstacles appartenant aux organes de la mère, et nous traiterons d'abord des vices de conformation du bassin.

Toutes les fois que le bassin s'écarte des dimensions que nous avons indiquées comme normales, on dit que le bassin est vicié ou mal conformé. Or, on conçoit facilement que les dimensions du cercle pelvien peuvent être agrandies ou étrécies, et c'est ce qui explique la division, admise par les accoucheurs, de bassin vicié par excès d'amplitude, et de bassin vicié par excès d'étroitesse. Je dis par excès d'amplitude ou par excès d'étroitesse, car il ne faudrait pas croire qu'un bassin est réputé mal conformé dès qu'il ne présente pas exactement les dimensions que nous avons données comme les plus générales. Le bassin est, en effet, dans son développement, soumis aux mêmes lois qui régissent tout l'organisme, et l'on sait combien ces lois souffrent de variétés dans leur accomplissement. Quelques lignes de plus ou quelques lignes de moins ne constituent donc pas un vice de conformation, et nous ne comprendrons sous le titre de bassins mal conformés que ceux qui, par leur largeur excessive ou leur étroitesse, sont susceptibles d'apporter des difficultés notables dans l'exercice des fonctions puerpérales.

Bassin vicié par excès d'amplitude.

Un bassin large n'est pas toujours, comme on pourrait le croire, une circonstance favorable. Quand, en effet, cette amplitude est trop considérable, elle expose la femme à des accidents fâcheux, dans l'état de vacuité, pendant la grossesse, le travail et les suites de couches.

Pendant l'état de vacuité, l'utérus, ne trouvant pas dans les parois du bassin le soutien convenable, libre et flottant dans une cavité trop spacieuse, est exposé aux déplacements connus sous les noms de chute, antéversion et rétroversion. Ces accidents sont d'autant plus fâcheux alors qu'il est plus difficile d'y remédier.

Pendant la grossesse, l'utérus, trouvant dans l'excavation plus d'espace, y séjourne et s'y développe jusqu'à une époque beaucoup plus avancée, et le volume de l'organe, comprimant le rectum et la vessie, détermine souvent dans ces parties un ténesme excessif qui devient très-douloureux pour la femme. Quelquefois même le cours des urines, des matières fécales, est difficile, et l'on voit se développer, par suite de la gêne apportée dans la circulation des extrémités inférieures, des varices, une infiltration considérable et des tumeurs hémorrhoïdales. Si cet excès d'amplitude porte spécialement sur l'excavation, les détroits n'ayant à peu près que leurs dimensions normales, le fond de la matrice se renverse souvent dans la concavité sacrée : plus tard, quand son volume est trop considérable pour qu'elle puisse prolonger son séjour dans le petit bassin,

elle rencontre, de la part du détroit supérieur, des difficultés qu'elle ne peut vaincre, et la gêne apportée dans l'un et l'autre cas au développement ultérieur de l'organe détermine souvent l'avortement. A la fin de la grossesse, la tête, s'engageant de bonne heure dans le détroit supérieur, descend profondément dans l'excavation, presse les parties voisines, et l'on voit se renouveler, dans les derniers mois, tous les accidents qui avaient accompagné le début de la gestation.

Pendant le travail, l'excès d'amplitude du bassin expose la femme à tous les accidents qui peuvent résulter d'un accouchement trop prompt. Si la femme, longtemps après la complète dilatation du col, met en jeu les muscles soumis à sa volonté, si elle *pousse* trop fortement pendant la douleur, l'organe, mal soutenu par les parois du canal osseux, peut être poussé jusqu'à la vulve et même complétement chassé hors des parties de la génération, ou bien il peut encore arriver que le pourtour du col cède et se déchire. Lorsque la dilatation est achevée, l'enfant, poussé par des contractions énergiques et répétées, et n'éprouvant pas suffisamment de résistance de la part des détroits, arrive brusquement sur le périnée, qui se déchire, parce qu'il n'a pas eu le temps de se laisser distendre. L'expulsion trop rapide du fœtus peut ainsi survenir à un moment où la malade et les assistants la croyaient encore très-éloignée, et l'absence des précautions ordinaires, l'état de station dans lequel peut se trouver la femme, exposent à la chute de l'enfant sur le parquet, au décollement prématuré du placenta, à la rupture du cordon ombilical, et au renversement de l'utérus. Enfin, la matrice, trop subitement désemplie, est quelquefois frappée d'inertie, et devient le siége d'une hémorrhagie abondante.

Après l'accouchement, un bassin trop large permet à l'utérus de s'abaisser, malgré son volume, dans l'excavation, et la compression qu'il exerce sur les organes voisins peut devenir la cause d'une inflammation toujours redoutable. On comprend encore que cet excès d'amplitude doit favoriser les déplacements de l'organe. Il est infiniment probable que c'est à cette circonstance que sont dus les cas de rétroversion que Martin (de Lyon) et Vermandois ont observés dans les premiers jours qui suivirent l'accouchement (Martin, 158).

Les indications que présentent ces vices de conformation du bassin par excès d'amplitude sont excessivement simples : faire coucher la femme pendant toute la durée du travail, lui recommander de ne pas aider les douleurs, de ne pas *pousser* jusqu'à l'entière dilatation du col. Lorsque le col n'est pas encore complétement dilaté, et, que, poussé par la tête, il vient faire saillie à la vulve, il faut chercher à le repousser pendant l'intervalle des douleurs, et le maintenir et s'opposer à sa sortie pendant la contraction.

Pour les indications à remplir pendant la grossesse, nous renvoyons aux pages où nous étudierons les signes rationnels des vices de conformation du bassin et les indications que présentent, pendant le travail, les déplacements de l uterus.

Bassin vicié par excès d'étroitesse.

Parmi les conditions nécessaires à l'accouchement spontané, il en est une dont personne ne peut contester l'importance : c'est qu'il existe une juste proportion entre les dimensions du canal et celles du corps qui doit le franchir. Toutes les fois que ce rapport convenable n'existe pas, que cela tienne à un rétrécissement du bassin ou à un volume anormal du fœtus, l'accouchement n'est plus possible ; et si cette disproportion est portée à l'extrême, l'homme de l'art n'a plus qu'à choisir entre deux ressources également fâcheuses : diminuer le volume de l'enfant, ou agrandir la voie qu'il doit traverser. Les rétrécissements du bassin sont donc l'accident le plus redoutable qui puisse se présenter dans la pratique de l'art, et leur importance légitime assez les détails dans lesquels nous allons entrer.

Les divers degrés de rétrécissement, les différences dans leur siége, les variétés de formes que revêt alors le bassin, sont tellement nombreux, qu'il faut nécessairement les réunir en faisceaux, en former des groupes, les attacher enfin à certains types principaux faciles à reconnaître, et dont cependant il ne faut pas trop multiplier le nombre, afin de faciliter la mémoire des élèves. Après avoir ainsi classé les diverses variétés de vices par étroitesse, il faudra étudier leurs principaux caractères, chercher à préciser leurs causes, leur mode de développement, les moyens de les reconnaître, et enfin les indications que chacun d'eux présente.

ARTICLE PREMIER

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Sous le rapport de leur forme et de leur configuration extérieure, les bassins rétrécis peuvent être divisés en deux classes bien distinctes : ou bien, en effet, le bassin, quoique notablement rétréci dans toutes ses dimensions, est régulièrement conformé, et ne présente dans sa figure extérieure aucune irrégularité ; ou bien le rétrécissement porte seulement sur un seul ou plusieurs de ses diamètres, les autres présentant à peu près leur étendue normale, et cette altération partielle du bassin en change complétement la forme.

§ I. — Du bassin simplement étroit, sans courbure ni déformation des os (*étroitesse absolue*, Velpeau).

Avant les recherches de M. le professeur Nægele, dont les principaux travaux sur le bassin sont très-répandus en France, grâce à la traduction qu'en a publiée M. Danyau, il était à peine question, dans la plupart des livres classiques, de l'espèce de rétrécissement dont nous nous occupons. La plupart des auteurs français ou anglais se bornent à dire que rarement l'étroitesse se rencontre dans

toutes les parties du bassin en même temps, et que plus rarement encore, elle est portée au point de nécessiter l'intervention de l'art.

Il appartenait à Nægele de signaler l'importance que présente cette espèce de rétrécissement du bassin. Il possède dans sa collection quatre bassins généralement rétrécis, et dont les diamètres ont des dimensions inférieures de 2 centimètres et demi aux dimensions normales; ces bassins ont tous nécessité ou l'opération césarienne, ou la mutilation du fœtus.

Trois de ces bassins provenaient de femmes d'une taille ordinaire; le quatrième appartenait à une naine de trente et un ans, haute seulement de 1 mètre 16 centimètres, mais d'ailleurs bien conformée.

Tous, sous le rapport des dimensions respectives de leurs différents diamètres et de la forme de l'arcade pubienne, présentent les caractères d'un bassin de femme régulièrement conformé, mais dont les dimensions auraient été réduites. Quant à l'état même des os, c'est-à-dire à leur couleur, à leur force, leur texture, il n'y a aucune différence avec l'état sain. Sur l'une de ces pièces il y a même une tendance à une compacité plus grande du tissu osseux.

Ces bassins n'ont, du reste, rien de commun avec les bassins rachitiques; la consistance, la densité, l'épaisseur, le volume des os, la forme régulière de l'arcade pubienne, les distinguent suffisamment; et d'ailleurs les individus dont ils proviennent ne présentèrent, pendant leur vie, aucune trace de cette affection. L'examen des autres parties du squelette a également confirmé cette proposition, prouvée d'une manière plus décisive encore par l'étude des causes et du développement particulier de cette espèce de rétrécissement.

M. Nægele admet deux variétés distinctes dans l'espèce de bassin que nous étudions. Dans l'une, dit-il, le bassin, sous le rapport de l'épaisseur, de la force, de la texture, enfin de tous les caractères physiques des os, le volume excepté, ne diffère point du bassin normal. On l'observe chez les personnes de petite, de moyenne et de grande taille, d'ailleurs bien conformées et grêles. L'habitude extérieure ne laisse pas même soupçonner une semblable disposition du bassin, et ce n'est que par une exploration locale qu'on peut la reconnaître. Dans l'autre, le bassin est tout différent: sous le rapport du volume, de l'épaisseur, de la force, les os ont les caractères de l'enfance; et ces mêmes caractères se retrouvent presque aussi dans le mode d'union des os entre eux. On n'observe cette espèce que chez les individus très-petits, chez les nains. Les rapports des diamètres entre eux, la forme de l'arcade pubienne, sont d'ailleurs tels qu'on les observe chez la femme quand le système sexuel a reçu tout son développement. Ainsi, chez la femme que nous avons déjà citée, dont la taille n'offrait que 1 mètre 16 centimètres, le bassin avait les dimensions suivantes: du promontoire à la pointe du coccyx, 8 centimètres et demi; le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur avait 8 centimètres, le transverse 9 centimètres et demi; le diamètre antéro-postérieur de l'excavation avait 8 centimètres et demi, le transverse 8 centimètres; le diamètre transverse du détroit inférieur, 8 centimètres; la hauteur de la symphyse des pubis était de 2 centimètres un quart.

§ II. — Du bassin rétréci par courbure et déformation des os (*étroitesse relative*, Velpeau).

Lorsque le bassin est rétréci par courbure et déformation des os qui le constituent, tous les rétrécissements peuvent être rattachés, comme l'a fait M. Dubois, à trois types principaux:

1° L'aplatissement d'avant en arrière;

2° La compression d'un côté à l'autre;

3° L'enfoncement des parties antérieures et latérales.

L'aplatissement raccourcit les diamètres antéro-postérieurs; la compression latérale, les diamètres transverses; l'enfoncement des parois latérales et antérieures, les diamètres obliques. Chacune de ces espèces de rétrécissements peut affecter isolément le détroit supérieur, le détroit inférieur ou l'excavation; mais assez souvent les deux détroits sont en même temps rétrécis.

A. L'*aplatissement d'avant en arrière*, rétrécissant le diamètre antéro-postérieur, résulte du rapprochement plus ou moins marqué des parois antérieures et postérieures du bassin. Cette forme de vice de conformation offre plusieurs variétés relativement à l'étendue du rétrécissement, soit en hauteur, soit en largeur.

Le détroit supérieur peut être seul resserré, tandis que l'excavation a conservé sa capacité normale. Ce phénomène dépend de la courbure trop prononcée du sacrum, qui va parfois jusqu'à représenter, dans sa partie moyenne un angle obtus, et qui porte la base de l'os fortement en avant, de manière à augmenter beaucoup la saillie de l'angle sacro-vertébral. Mais le contraire peut aussi avoir lieu, et le sacrum, au lieu de présenter une concavité antérieure, est tout à fait plan, quelquefois même est convexe en avant, de sorte que l'excavation est, en même temps que le détroit supérieur, rétrécie dans son diamètre antéro-postérieur. Il semble alors que le sacrum, ayant perdu sa courbure naturelle, a été en totalité poussé en avant.

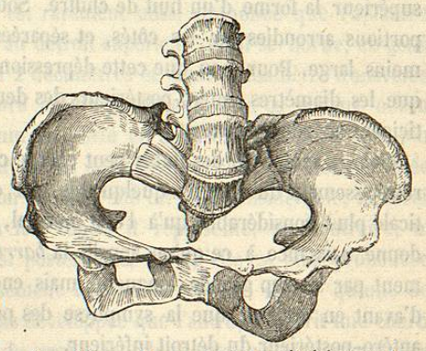

Fig. 93. — Bassin dont le rétrécissement du diamètre sacro-pubien est produit par la saillie trop prononcée de l'angle sacro-vertébral.

Le rétrécissement du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur s'accompagne quelquefois d'un agrandissement du diamètre correspondant du détroit inférieur. C'est même là ce qui est le plus commun et ce qui arrive lorsque le sacrum, cédant sous le poids du corps qui lui est transmis par la colonne vertébrale, éprouve sur lui-même un mouvement de bascule, par suite