

DE LA SYMPHYSEOTOMIE,

Par M. **Charpentier.**

Communication à l'Académie de Médecine,

(Séances des 15 et 22 mars 1892).

Vous vous rappelez, Messieurs, que lors de la discussion sur la dépopulation de la France, tous les orateurs ont été d'accord sur ce fait que, s'il était difficile, étant donné nos habitudes sociales, d'augmenter la natalité, il était relativement facile de diminuer la mortalité ; et l'éminent doyen de la Faculté nous a montré que nous étions, en quelque sorte, maîtres de faire disparaître certaines maladies que, pour cette raison, il a appelées : les maladies évitables (fièvre typhoïde, variole).

D'un autre côté, depuis l'application rigoureuse de l'antisepsie à l'obstétrique, la fièvre puerpérale, la septicémie puerpérale a pour ainsi dire disparu du cadre nosologique, et c'est à peine si l'on en observe aujourd'hui quelques cas isolés.

Mais il nous reste, à nous accoucheurs, une grosse difficulté à surmonter dans certains cas : c'est la conservation de l'enfant, et celle-ci n'est pas toujours sans danger pour la mère.

Quand une femme se présente à nous atteinte d'un vice de conformation, d'un rétrécissement du bassin, et enceinte, elle le fait dans deux conditions :

1° *Ou bien elle n'est pas arrivée au terme de sa grossesse*, et alors *l'accouchement prématuré* nous offre une ressource sérieuse, en permettant à l'accouchement de se terminer spontanément par la naissance d'un enfant vivant, ou en nous donnant la possibilité d'extraire vivant et viable, par le forceps ou la version, un enfant qui succomberait presque sûrement, si on laissait la femme arriver au terme de sa grossesse, par suite des difficultés de l'accouchement.

Enfin, l'accouchement prématuré, provoqué, évite directement à la mère ces dangers résultant d'un accouchement prolongé, grave et difficile, en les supprimant complètement ou en les atténuant très notablement.

Lorsque, au contraire, l'accoucheur n'est appelé auprès d'une

*

femme à bassin vicié, que *lorsqu'elle est arrivée au terme normal de sa grossesse*, si, au moment du travail, le forceps et la version échouent, il ne lui reste plus comme ressource que la céphalotripsie ou l'embryotomie, le broiement de la tête fœtale, avec extraction par les voies naturelles, ou l'opération césarienne.

Or, si de 9 à 8 centimètres, *l'accouchement prématuré* donne des résultats presque certains pour la mère et l'enfant, lorsqu'il est provoqué à temps, et avec toutes les précautions voulues ;

Si, de 8 centimètres à 7 cent 1/2, le nombre des cas heureux l'emporte encore sur celui des insuccès ;

Au-dessous de 7 cent. 1/2, la somme des insuccès pour l'enfant l'emporte de beaucoup sur la somme des succès ; et, pour la mère, les difficultés de l'accouchement restent quelquefois telles, qu'aujourd'hui, à l'étranger, on n'hésite pas à avoir recours à l'opération césarienne, qui devient ainsi une opération de choix et non plus de nécessité.

Telle est la pratique courante en Amérique, en Allemagne, en Hollande, pratique qui tend de plus en plus à se répandre, même en Angleterre.

La *céphalotripsie* — le broiement de la tête de l'enfant — se faisait autrefois, suivant les pays, à l'aide du céphalotribe ou du cranioclaste. A ces instruments, presque partout aujourd'hui, on substitue le *basiotribe*, dont nous sommes redevables à notre collègue M. Tarnier, et grâce d'une part à l'instrument, de l'autre à l'antisepsie, la mortalité maternelle est devenue, du fait de l'opération, nulle ou presque nulle. Mais l'enfant est inévitablement sacrifié, et les efforts de l'accoucheur se trouvent, dans ce cas, tendre exclusivement à la conservation maternelle.

L'opération césarienne. — Elle donne aujourd'hui des résultats si favorables, qu'après avoir été, comme je vous l'ai dit, une opération d'absolue nécessité, elle est devenue aujourd'hui une opération de choix, et qu'après avoir été longtemps réservée pour les bassins au-dessous de 6 centimètres et même 5 cent 1/2, elle est pratiquée à l'heure actuelle, couramment à l'étranger, dans des bassins de 7 centimètres à 7 cent. 1/2.

Si nous sommes plus timides en France, et, si chez nous, la césarienne est restée une opération d'exception, il n'en est pas

moins vrai que depuis quelques années, les faits, et faits avec guérison, se sont notablement multipliés, et *Tarnier*, *Bailly*, *Guéniot*, *Porak*, *Bar*, pour ne citer que ces noms, ont tous à leur actif un ou plusieurs succès.

Mais la césarienne, malgré les modifications heureuses apportées par *Sænger* et *Léopold*, reste toujours une opération grave, et la preuve, c'est que la statistique la plus favorable, celle de *Léopold* (jusqu'en 1890), sur 28 opérations, comporte encore 3 femmes mortes, si tous les enfants ont été sauvés ; c'est-à-dire 25 mères seulement de sauvées sur 28 : Mortalité 8.6 p. 100.

L'idéal serait donc une opération qui permit de sauver à coup sûr la mère et l'enfant. Cette opération existe-t-elle actuellement ? Assurément non. Existera-t-elle jamais ? C'est peu probable. Mais il en est une qui, après avoir joui en France, où elle fut inventée, d'un enthousiasme irraisonné, y tomba complètement dans l'oubli, et qui, reprise depuis en Italie, donne aujourd'hui, entre les mains de l'École italienne, des résultats tels, que le moment me semble venu d'appeler de nouveau sur elle l'attention des accoucheurs français. Je veux parler de la *symphyséotomie*.

En Italie, en effet, la symphyséotomie était toujours restée dans le domaine pratique obstétrical, quoique à titre exceptionnel. Mais depuis quelques années, elle a été complètement remise en honneur, à Naples surtout, par *Novi*, *Morisani*, *Lauro*, *Spinelli* et autres, et elle y a été pratiquée dans des cas relativement nombreux.

Or, j'arrive de Naples. J'ai vu ces représentants éminents de l'art obstétrical. J'ai pu causer longuement avec eux. J'ai pu, grâce à leur obligeance, voir et examiner de près quelques-unes de leurs opérées. J'ai pu constater les résultats obtenus par eux, et c'est pour cela que je viens vous soumettre aujourd'hui ce travail, dont vous excuserez, j'espère, la longueur, étant donné, l'importance de la question qui va nous occuper, et la conviction profonde qui m'anime.

Historique. — Je ne veux pas, Messieurs, vous faire ici toute l'histoire de la symphyséotomie. Elle a été exposée de main de maître par notre collègue Bouchacourt, de Lyon, dans son article *Pubiéotomie* du Dictionnaire encyclopédique des sciences

médicales, et je me bornerai à vous la résumer aussi brièvement que possible.

Pratiquée pour la première fois sur le cadavre en 1655 par un Français, *La Courvée*, pour extraire l'enfant, puis, dans les mêmes conditions, par *Plenk* en 1766, elle fut proposée, chez la femme vivante, par *Sigault*, alors étudiant en médecine, en 1768, et aurait été pratiquée, suivant *Novi*, par *Domenico Ferrara* en 1774, à l'hôpital des Incurables de Naples, sur la femme vivante. *Domenico Ferrara* avait fait ses études en France, et était donc au courant des idées de *Sigault*. En tous cas, l'observation de Ferrara était passée inaperçue, car on n'en retrouve de traces nulle part, pas même dans la statistique, si complète, de *Morisani*.

C'est en 1777 que *Sigault* fit la pour première fois la symphyséotomie chez la femme vivante, avec l'assistance et sous le patronage d'*Alphonse Leroy*. Le succès fut complet. Mère et enfants furent sauvés, et le nom de la femme Souchot, l'opérée de *Sigault*, est resté célèbre dans les fastes de l'obstétrique.

Mal accueillie par l'Académie de chirurgie, l'opération de *Sigault* fut pourtant exécutée six fois la même année à Paris (1777); puis, par *Retz*, à Arras (1778); par *Dussaussy*, à Lyon, qui, en 1781, préférait la symphyséotomie à l'opération césarienne; puis, en 1783, par *Brollery*, à Paimpol, et par *Bonnard*, à Hesdin en Flandre.

De là, la symphyséotomie ne tardait pas à gagner la Hollande à La Haye, l'Allemagne à Wurzburg, Francfort et Dusseldorf, pour atteindre l'Espagne et l'Italie.

Baudelocque, *Antoine Dubois*, *Béclard*, *Giraud* la pratiquent à Paris. Mais les cas malheureux allant en se multipliant, on vit s'élever la grande querelle des Césariens et des Symphysiens, dont il ne reste plus aujourd'hui que des souvenirs historiques, et la grande médaille d'or frappée par la Faculté en l'honneur de *Sigault*.

Comme le dit notre collègue *Bouchacourt*: « Les traces de ces polémiques se retrouvent à Lyon, à propos d'une opération césarienne par *Dussaussy*. — *J.-B. Desgranges*, chirurgien gradué et accoucheur, prit la défense de son collègue, et publia à ce sujet plusieurs Mémoires en 1781, puis en 1786 et 1788. »

L'opération semble abandonnée quand, en 1820, *Cliet* la prati-

que de nouveau. *Faure-Biguet* l'exécute en 1834 par la méthode sous-cutanée, recommandée par son maître *Imbert*.

En 1844, *Lacour*, dans sa thèse intitulée : *Recherches historiques et critiques sur la provocation de l'accouchement avant terme*, décrit, d'après son maître *Stoltz*, la *Pubiotomie par la section sous-cutanée*, et, en 1854, *Aug. Petit*, médecin à Givors, a de nouveau recours à ce procédé. La mère fut sauvée, mais l'enfant, né vivant, succomba quelques instants après.

Déjà en 1849, *Maslieurat-Lagémard* avait obtenu le même résultat chez une malade opérée par lui.

En Allemagne, la symphyséotomie fut faite par *Mursinna* (1814), *Danman* (1842), mais repoussée par la majorité des accoucheurs, en tête desquels il faut citer *Nægelé* père, *Kilian*, *Sanzoni* et les professeurs des écoles obstétricales de Vienne, Prague, Berlin, Wurzburg, etc. *Michaelis*, pourtant, en 1834 et 1836, proposait deux fois la symphyséotomie dans deux cas de bassins généralement rétrécis, et regrettait de ne pas l'avoir pratiquée, étant données les suites des deux accouchements, où mères et enfants succombèrent.

A partir de ce moment, en France comme en Angleterre et en Allemagne, il n'est plus question de la symphyséotomie, et *Stoltz*, lui-même, qui avait introduit la méthode sous-cutanée dans la pubiotomie, modification de la symphyséotomie, *Stoltz* lui préfère l'opération césarienne. *Dubois*, *Depaul*, *Pajot*, *Caizeaux* la repoussent absolument.

En Italie, au contraire, la symphyséotomie n'a jamais cessé d'être classée parmi les opérations obstétricales dont le manuel opératoire était enseigné officiellement, et on en retrouve des observations dans les publications scientifiques de cette époque. Ainsi :

Inossi la pratique en 1779. *Persone Lavignino*, en 1781. *Giovanetti*, en 1783. *Nannoni*, *Malacarne*, *Asdrubaldi Flajani*, en 1829.

Balocchi, en 1834, lui consacre un article avec faits à l'appui dans son *Traité d'accouchements*, et *Carbonai* opère plusieurs femmes en 1842.

Dans ces dernières années, elle a été pratiquée à diverses reprises, et quelquefois deux fois chez la même malade, par *Gal-*

biati, Jacolucci, Piccinin, Palasciane, Sogliano, Rossi, Signorini, Giovanini, Ponzetta, Galignani, Cucca, Lauro, Spinelli. Mais deux hommes surtout s'en sont faits les défenseurs ardents: *Novi*, à la Maternité de l'hospice des Incurables, et *Morisani*, à la Clinique officielle de la Faculté à l'hôpital Gesu Maria, de Naples.

Novi, en 1881, publie deux statistiques : l'une, allant du 1^{er} janvier 1868 au 26 septembre 1872 ; l'autre, allant du 1^{er} octobre 1871 au 5 septembre 1880.

Elles portent sur 52 cas.

Morisani, la même année 1881, en fait l'objet d'une communication au Congrès de Londres. Puis, en 1886, il donne trois statistiques.

La 1^{re} allant du mois d'octobre 1777 au mois d'octobre 1858.

Elle comprend.....	80 cas
La 2 ^e allant de 1866 à 1881.....	50 —
La 3 ^e allant de 1881 à mars 1886.....	18 —
Enfin, tout récemment, <i>Spinelli</i> , un élève de <i>Morisani</i> , a publié une série de faits allant de 1888 à juin 1891....	24 —

C'est donc un total de 172 observations, les statistiques de *Morisani* embrassant tous les faits connus, y compris ceux de *Novi*.

Nous y reviendrons tout à l'heure.

Tout d'abord, une première question se pose : *L'incision de la symphyse agrandit-elle les dimensions du bassin ?*

Ici, je cite textuellement notre collègue *Bouchacourt*, qui a fait à ce sujet des expériences minutieuses sur le cadavre, et qui s'exprime de la façon suivante :

« Lorsque sur le cadavre, la symphyse pubienne a été nettement et complètement divisée, voici ce que l'on observe. La symphyse pubienne est écartée, et l'écartement que l'on observe varie alors selon l'âge du sujet, selon que l'on opère plus ou moins près de la mort, et suivant l'époque à laquelle la femme a succombé, relativement à la grossesse, à l'accouchement et aux suites de couches. Il faut tenir compte aussi des dispositions individuelles, physiologiques de la femme, et du degré de la sténose pelvienne, sans parler d'altérations pathologiques, par

exemple : de l'ankylose partielle ou complète d'une des articulations sacro-iliaques, ou de la symphyse pubienne, plus fréquente chez les femmes plus âgées, et dans certaines formes de viciations pelviennes (bassin oblique ovalaire, bassin cyphotique).

« En admettant qu'on ait pu réaliser les éléments les plus favorables, si, après la section, on laisse les cuisses rapprochées, et qu'on n'exerce sur les crêtes iliaques aucun effort d'écartement, la symphyse ouverte présente une diduction de quelques millimètres, 6 à 8, souvent moins, quelquefois plus. En écartant les cuisses, après les avoir fléchies, sans appuyer même légèrement sur les crêtes et les épines iliaques pour les porter en dehors, et sans dégager plus complètement, par des incisions sur les parties fibreuses aponévrotiques et tendineuses, les extrémités articulaires, on peut, sans plus de déchirure dans les parties molles, ni diastasis dans les symphyses iliaques, porter l'écartement des pubis à 4 ou 5 centimètres, jusqu'à 6, et même jusqu'à 8, suivant quelques accoucheurs (*Giraud et Ansiaux*), surtout si l'on opère immédiatement après la mort, sur un sujet jeune et très affaibli. »

Il résulte des expériences tentées par *Baudelocque, Desgranges, Camper, Giraud, Ansiaux, Mme Lachapelle, Pétrequin, et Bouchacourt* plus récemment, avec l'assistance des docteurs *Jaboulay et Polosson*, « que chaque centimètre d'écartement des pubis accroît de 2 millimètres environ le diamètre A. P. Porté à 5, 6, jusqu'à 8 centimètres, maximum de l'écartement possible sans danger, ce sera 15 à 16 millimètres au moins, ajoutés au diamètre sacro-pubien. En outre, si, comme on l'a démontré, la bosse pariétale antérieure, par sa situation au détroit supérieur, peut s'engager dans le vide inter-pubien, le diamètre bipariétal se trouve diminué d'autant, c'est-à-dire de 5 à 6 millimètres au moins dans le sens antéro-postérieur, à plus forte raison, si l'enfant, venant la face en dessus, le diamètre bitemporal pouvait, comme cela s'est vu, s'y engager lui-même.

Les diamètres obliques, et surtout les transverses, sont encore plus allongés. L'augmentation du diamètre transversal ou bi-iliaque atteint la moitié de l'écartement du pubis dans toute la hauteur du bassin, et l'agrandissement transversal de l'arcade pubienne est à peu près égal à cet écartement.

Quant aux diamètres obliques, ils augmentent un peu plus que l'antéro-postérieur, mais d'une manière plus irrégulière, étant donné le soulèvement plus ou moins prononcé des couches ligamenteuses antérieures de l'articulation sacro-iliaque, à laquelle aboutit leur extrémité postérieure. Quant à la distance bi-ischiatique, au détroit inférieur, son augmentation est bien près d'égaliser celle de l'espace inter-pubien lui-même, avec une certaine différence cependant, qui tient au plus ou moins d'inclinaison des branches ascendantes de l'ischion, descendantes du pubis, et des tubérosités ischiatiques, qui n'ont pas la même direction, et ne sont pas situées dans le même plan.

Sur un schéma relevé par *Polosson*, dans une des dernières expériences qu'il a faites d'après mes indications, à 4 centimètres d'écartement les symphyse donnèrent 3 centimètres d'écartement de la distance bi-ischiatique, et 8 centimètres firent gagner 62 millimètres ; ce qui est énorme.

De plus, les extrémités pubiennes des os coxaux se portent à peu près constamment en avant à mesure que leur écartement augmente, dans un cas de 10 millimètres pour 60 millimètres d'écartement, ainsi que le constate une planche du deuxième volume du *Traité d'accouchements* de Baudelocque, dernière édition 1844, (t. II, pl. xv et xvi) (*Bouchacourt*). »

Il est bon d'ajouter, qu'il ressort des expériences sur le cadavre, que l'écartement *exagéré* des os, après la symphyse pubienne, produit nécessairement la distension, l'érailllement, et en fin de compte, la déchirure, parfois l'arrachement avec quelques parcelles osseuses, des ligaments antérieurs des articulations sacro-iliaques.

Nous verrons plus loin dans quelles limites la symphyséotomie est applicable à la femme vivante. Mais le point capital à retenir de ces expériences, point incontestable, est le suivant : C'est que la symphyséotomie pubienne, pratiquée sur le cadavre, agrandit le bassin, accroît ses diamètres dans tous les sens, et donne, à défaut de précision géométrique, des indications approximatives suffisantes, pour guider l'accoucheur dans l'application de cette méthode thérapeutique de la sténose pelvienne.

Ces expériences de notre collègue *Bouchacourt* ont été reprises tout récemment par *M. Pinard*, en collaboration avec son

chef de clinique, le Dr *Varnier*, et M. *Farabeuf*, sur deux bassins, l'un vicié, et l'autre, normal, dont l'un appartenait à une femme âgée, non puerpérale, et l'autre, à une femme morte en couches. Elles ont conduit M. *Pinard* à cette double conclusion, que :

« 1° L'agrandissement est possible, qu'il est notable ;

2° Que, maintenu dans des limites utiles, il se fait sans autre altération qu'un décollement des ligaments antérieurs des symphyses sacro-iliaques.

Ainsi, dans un cas, un bassin de 10 cent. 8, moyennant un écartement de 6 centimètres, est devenu un bassin de 12 cent. 4, c'est-à-dire que le diamètre A P a gagné 14 millimètres.

L'articulation sacro-iliaque est béante en avant, les puissants ligaments postérieurs sont intacts. Le même ligament antérieur n'est même pas déchiré, mais simplement décollé de la face antérieure de l'os iliaque.

Dans l'autre, pour un écartement de 3 centimètres, les ligaments antérieurs des symphyses sacro-iliaques ne sont même pas décollés. »

Comme ces auteurs, *Novi*, *Morisani* et tous les accoucheurs italiens admettent l'agrandissement de tous les diamètres, aussi bien au détroit supérieur que dans l'excavation et au détroit inférieur. Mais, de plus, *Morisani* insiste particulièrement sur ce fait, c'est que, une fois la symphyse ouverte, on n'a pour ainsi dire, plus à compter avec le diamètre A P. En réalité, il n'existe plus ; il est remplacé par deux diamètres obliques, partant du milieu du promontoire et allant aux bords postérieurs de la symphyse ainsi écartés. Or, nous avons vu que non seulement les extrémités pubiennes des os coxaux s'écartent, mais qu'elles se portent constamment en avant, à mesure que leur écartement augmente. L'agrandissement du bassin qui en résulte, est donc considérable, et, comme le dit *Morisani*, « le problème consiste alors à ramener la tête dans le segment antérieur du bassin, segment qui devient d'autant plus large, que l'écartement de la symphyse est plus considérable ». (Voir fig. 1 à 4.)

MANUEL OPÉRATOIRE. — Je ne veux pas, Messieurs, vous décrire ici les méthodes variées à l'aide desquelles on a pratiqué ou proposé de pratiquer la symphyséotomie. Je me bornerai à vous

rappeler que, successivement, on a employé : la *méthode ancienne ou de Sigault* ; — la *méthode d'Alphonse Leroy* ; — la *méthode sous-cutanée* ; — la *symphyséotomie avec section osseuse ou pubiotomie* proprement dite ; — la *symphyséotomie ou pubiotomie sous-périostée* ; — la *symphyséotomie préventive* proposée par *Ollier*, vous renvoyant à l'article de *Bouchacourt* pour les détails opératoires, et je vous signalerai seulement les plus récents de ces procédés.

Galbiati se servait d'une sorte de faucille, connue sous le nom de *Falsetta de Galbiati*, qui portée directement de bas en haut, sous le ligament inter-pubien et dans la direction de l'articulation symphysienne, sectionnait brusquement et d'un seul coup le ligament sous-pubien et le cartilage intra-articulaire.

Le procédé italien employé tout d'abord par *Novi*, *Martini*, *Morisani* a été modifié par *Carbonai*. Il consiste à faire une incision transversale à 3 centimètres au-dessus du pubis, incision comprenant seulement la peau, et par laquelle on introduit de haut en bas sur la ligne médiane et dans la direction de la symphyse, un bistouri à lame droite, très étroite et fixée sur le manche. Portant ensuite l'instrument sous la peau jusqu'à ce que son extrémité arrive au niveau de la partie inférieure de la symphyse, on en applique le tranchant contre les ligaments, et on opère la section en lui imprimant de légers mouvements de scie.

Piccinini procède de bas en haut pour l'incision des parties molles, par une ponction qui commence immédiatement au-dessus du clitoris, puis il achève comme *Carbonai* la section des ligaments d'avant en arrière, mais en commençant par la partie supérieure de l'articulation, et en finissant par la partie inférieure.

Novi, en 1831, décrit ainsi lui-même son procédé dans son mémoire intitulé : *La sinfisiotomia rifugiata presso la Scuola Napolitana (Napoli, 1881)*.

« L'opérateur, placé entre les cuisses de la malade, fait avec un bistouri convexe, et sur la ligne médiane, une incision longitudinale, partant à 1 centimètre au-dessus du pubis, et d'une étendue de 3 centimètres, divisant ainsi toutes les parties molles jusqu'à la symphyse.

‡ Cherchant alors avec l'index gauche, sur le bord supérieur du

pubis, la petite dépression qui correspond à l'union des deux os, il la met à nu à l'aide d'un bistouri boutonné.

Ceci fait, et le bord supérieur de la symphyse se trouvant dégagé, il introduit le bistouri à ce niveau, et le fait glisser le long de la face postérieure de la symphyse, jusqu'à l'extrémité inférieure de cette symphyse. Tournant alors le manche de façon que la concavité tranchante de l'instrument corresponde au bord inférieur de la symphyse, il ramène l'instrument de bas en haut, en sectionnant les ligaments et le cartilage inter-articulaire.

Un craquement spécial, le manque de résistance et l'écartement que présentent les os du pubis, indiquent que l'opération est achevée.

L'accouchement terminé, on ramène les os au contact, on suture la plaie, on applique un double spica de l'aîne, autant pour obtenir l'immobilité complète du bassin, que pour maintenir le pansement.

L'opérée est mise au lit au repos absolu. On panse la plaie deux fois par jour, et on ne laisse la femme se lever qu'au bout de quarante à cinquante jours, époque où généralement la consolidation est complète.

Morisani, en 1881, dans la communication qu'il devait faire au Congrès de Londres décrit ainsi son procédé.

Il se sert d'un petit instrument appelé la *Falcetta* de Galbiati (voir fig. 5). C'est un bistouri boutonné, courbé sur son tranchant, assez fort, et à manche fin.

Il fait, à 1 centimètre environ au-dessus du pubis, une incision de 3 centimètres, arrive peu à peu sur toute l'articulation, faisant alors glisser le bistouri sur la face postérieure de la symphyse jusqu'à l'extrémité inférieure de cette symphyse, il en applique la concavité tranchante sur le cartilage inter-pubien, et en opère la section de bas en haut.

Ceci fait, il attend l'expulsion spontanée de l'enfant, si les contractions utérines sont suffisamment énergiques. Mais si elles sont trop faibles, ou si la tête tarde à descendre dans l'excavation pelvienne, il n'hésite pas à avoir recours au forceps. Pratiquant enfin la médication par réunion immédiate, il cherche à immobiliser le bassin avec un appareil approprié, que l'on rend

plus solide les premiers jours, à l'aide d'un appareil plâtré ou silicaté.

Spinelli a inventé un symphyséotome très ingénieux, avec lequel il divise d'un seul coup la symphyse de haut en bas, que *M. Mathieu* a bien voulu fabriquer à propos de ma communication et que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux (fig. 6).

Il se compose d'une tige en acier nickelé terminée par deux pointes mousses entre lesquelles se trouve une lame tranchante, à section oblique.

La tige est divisée en centimètres, et un curseur à ailettes permet ainsi de limiter la descente de la lame tranchante à la hauteur voulue, sans danger pour les vaisseaux et le clitoris.

La largeur de la tige est calculée sur l'épaisseur de la symphyse, et trois modèles représentent les différentes moyennes de cette épaisseur.

La tige se termine par un pas de vis auquel s'adapte un manche également en acier nickelé.

Le maniement de l'instrument est très simple. L'incision sus et pré-pubienne étant faite, on place à cheval sur la symphyse, immédiatement au point de séparation des deux os par le cartilage interpubien, la lame tranchante, une fois la hauteur de la symphyse prise et le curseur d'acier fixé au point voulu. Il suffit alors de frapper un coup vigoureux sur l'extrémité du manche pour sectionner d'un coup et sans danger le cartilage interpubien, et assurer ainsi la disjonction de la symphyse.

M. Pinard propose le procédé suivant, qu'il décrit ainsi :

« Je ne repousse pas formellement les instruments ostéotomes employés ordinairement. Je crois même qu'il est sage et prudent de les avoir à sa disposition. Mais j'estime que le simple bistouri à lame courte, solide, et pourtant assez mince, sera suffisant, et sera préférable dans la majeure partie des cas.

« Toutes les précautions antiseptiques prises, tous les instruments chirurgicaux et obstétricaux préparés, je placerais la femme dans le décubitus dorsal parfait, au bord d'un lit de hauteur modérée, afin de pouvoir la dominer de mon regard tombant à pic sur la ligne médiane qu'il s'agit d'inciser. Je me placerais à droite de la malade très rapprochée de moi.

« Ayant rasé le pubis, et marqué au besoin au cordeau et à la

teinture, la ligne médiane sterno-clitoridienne, j'inciserais les téguments et la graisse pré-pubienne, attentivement sur cette ligne, en tenant mon bistouri incliné, et marchant rigoureusement dans le plan vertical médian.

« Une incision de 8 à 10 centimètres me paraît convenir. Elle aboutirait au-dessus du clitoris, et là, seulement, elle se dévierait légèrement, pour épargner cet organe et ses vaisseaux.

« Je séparerais alors les muscles droits dans la partie supérieure de la plaie, pour permettre au doigt d'entrer dans la cavité prévésicale, de protéger la vessie et de sentir le bourrelet. Alors, ayant repris notion nette de la ligne médiane, j'inciserais la symphyse de haut en bas et d'avant en arrière par plusieurs traits de bistouri.

« Si j'en juge par le cadavre, quand la symphyse est coupée, les pubis s'écartent un peu d'eux-mêmes. An besoin, je ferais solliciter cet écartement par deux aides agissant sur les cuisses.

« Je réserverais le ligament sous-pubien pour la fin. Je n'y porterais la pointe qu'avec réserve, j'essayerais d'abord de le forcer avec le doigt. Je ne m'arrêterais qu'après avoir pu passer à l'aise le doigt entre les pubis dans toute leur hauteur. Et même, je voudrais alors, avant toute tentative obstétricale, m'assurer, en provoquant une prudente abduction des cuisses, que la section est complète, qu'il ne reste rien en avant dont le fœtus ait à triompher par la violence et au péril de sa vie, c'est-à-dire, que les pubis peuvent s'écarter de 4 à 6 centimètres.

« Après m'être assuré ainsi que les pubis sont libres, que les ligaments antérieurs sacro-iliaques permettent un écartement notable, je remplirais et couvrirais la plaie antiseptiquement (pansement provisoire) et je redeviendrais accoucheur. »

J'ignore si M. Pinard a, depuis, modifié son procédé. Mais je sais qu'il a déjà ainsi pratiqué deux fois la symphyséotomie sur deux de ses malades, et que, dans un cas, il a eu un accident opératoire, une hémorrhagie qui a sérieusement compliqué l'opération.

Les deux malades sont aujourd'hui guéries. Des deux enfants nés vivants, l'un a succombé il est vrai au bout de 3 jours, mais le succès n'en est pas moins complet au point de vue opératoire, et il est tout en faveur de la symphyséotomie.

Voici, enfin, le procédé qu'emploie *Morisani*. C'est lui-même qui a bien voulu m'en donner la description par écrit. Ce sont ses propres termes que je vous donne. Il n'y a donc pas d'erreur possible de ma part au point de vue de l'interprétation.

« Le manuel opératoire de la symphyséotomie, telle que je la pratique actuellement, est le suivant :

« La femme est placée au bord du lit, dans la position ordinaire pour accoucher ; on l'endort par le chloroforme. L'opérateur est devant. Après les pratiques antiseptiques rigoureuses, on place dans la vessie une sonde de femme ; puis, à 2 centimètres du bord supérieur de la symphyse, je pratique une incision verticale de 2 à 3 centimètres. On incise les tissus jusqu'au bord de l'articulation, on décolle les tissus rétro-pubiens, et, par cette voie, conduit par le doigt indicateur, on introduit la *falcetta* de Galbiati (espèce de bistouri boutonné monté sur un manche et courbé sur le tranchant à son extrémité) (voir fig. 5). Le bouton est poussé au delà du bord inférieur de la symphyse, la courbure tranchante sur le bord mince, au milieu du ligament triangulaire, et, avec un mouvement d'élévation du manche, et d'inclination en avant, on divise l'articulation de *bas en haut et d'arrière en avant*.

« Quelquefois, j'ai employé un bistouri boutonné à lame étroite et très forte ; alors j'attaque l'articulation d'arrière en avant. Après avoir bien lavé et désinfecté la plaie, on en pratique la suture à points passés, et on fait le pansement avec de l'ouate et une bande circulaire. » (*Morisani*.)

On le voit donc, les procédés italiens, que ce soit celui de *Novi*, de *Morisani*, ou autres, diffèrent fort peu. Le point saillant, c'est que tous les accoucheurs italiens procèdent d'arrière en avant et de bas en haut, et qu'ils ne se préoccupent ni de libérer les attaches des muscles droits, ni du clitoris et de ses vaisseaux. Le seul point délicat pour eux, c'est le décollement des tissus rétro-pubiens : les uns, comme *Novi*, se bornant à faire glisser le bistouri entre la symphyse et ces tissus, les autres, comme *Morisani* et ses élèves, décollant ces tissus avec le doigt, qui sert de conducteur au bistouri. Tous ces procédés sont en réalité fort simples et à la portée de tous les accoucheurs, je

dirais presque de tous les médecins, pourvu qu'ils soient prudents et habitués à la pratique de l'antisepsie.

Ce qui m'a, en effet, frappé surtout dans mes conversations avec les accoucheurs napolitains, c'est l'unanimité avec laquelle ils s'accordent à considérer l'opération comme des plus faciles, je dirais presque des plus insignifiantes, tous insistant sur la simplicité du manuel opératoire et la rapidité de la guérison.

L'un d'eux me disait même : « Je procède encore plus simplement : lorsque je vois le moment de l'intervention arrivé, j'applique le forceps et je fais des tentatives modérées d'extraction. Si je ne parviens pas ainsi à extraire l'enfant, sans retirer mon forceps, je prends un fort bistouri boutonné, et après avoir incisé la peau dans toute la hauteur de la symphyse, et bien exactement au niveau de la ligne articulaire, je procède immédiatement à la section de cette symphyse, en incisant directement le cartilage articulaire *d'avant en arrière* et à petits coups, jusqu'à ce que la division soit complète. Ceci fait, je sectionne le ligament sous-pubien, de préférence de *bas en haut*, et je m'assure que ma symphyse est bien divisée, en produisant une abduction modérée des cuisses de la malade, ce qui me permet de m'assurer de l'écartement de la symphyse.

« Reprenant alors mon forceps, je procède à l'extraction définitive du fœtus, en exerçant sans violence les tractions nécessaires. »

Il y a là, on le voit, une différence capitale avec le procédé classique, c'est la division de la symphyse *d'avant en arrière*, au lieu *d'arrière en avant*.

Voyons maintenant quelles sont les conséquences immédiates pour la mère et l'enfant. C'est ici que nous allons retrouver les statistiques.

(A suivre.)

DE LA SYMPHYSEOTOMIE (suite) (1).

par M. **Charpentier**.

Communication à l'Académie de Médecine, séances des 15 et 22 mars 1892

CONSÉQUENCES IMMÉDIATES — STATISTIQUES.

Deux appartiennent à *Novi*. Je vous les signalerai seulement, car elles ont été depuis reprises par *Morisani*, et nous allons les retrouver avec les statistiques de ce dernier auteur.

La première va du 1^{er} janvier 1868 au 26 septembre 1872.

Elle comprend 26 cas, en réalité 27 cas, car une femme a été opérée deux fois.

Mortalité maternelle.....	22.22 p. 100
Mortalité infantile.....	22.22 p. 100

La deuxième statistique de *Novi* va du 1^{er} octobre 1872 au 5 décembre 1880. — Elle porte sur 26 femmes, dont une a été opérée deux fois = 27.

Si nous réunissons ces deux statistiques, nous obtenons un total de :

Opérations, 54.

Mères guéries, 43 ; mortes, 11.

Enfants vivants, 41 ; morts, 11 ; sort non indiqué, 2.

C'est-à-dire :

Pour les mères une mortalité de..... 20.37 p. 100

Mortalité qui pour les enfants est également de. 20.37 p. 100

Les statistiques de Morisani s'étendent du mois d'octobre 1777, date de la première opération de Sigault, jusqu'au 1^{er} janvier 1892. Elles comprennent donc celles de *Novi*, et elles doivent être, comme l'a fait *Morisani* lui-même, divisées en trois périodes. Sa première statistique, allant d'octobre 1887 à octobre 1888 comprend 80 cas.

Il y a un chiffre de 19 enfants, parce que, dans un cas, la

(1) Voir la première partie à la page 213 du n° 5, du 25 mai 1892 des *Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie*.

femme a eu 2 jumeaux. Sur les 8 enfants morts, 5 étaient morts, avant l'accouchement.

Mortalité maternelle.....	31.25 p. 100
Mortalité infantile.....	51.85 p. 100
Qui s'élève à.....	67.90 p. 100

Si l'on compte parmi les morts, les 10 enfants nés vivants, mais morts peu après leur naissance.

On comprend sans peine, en se reportant à cette statistique, que les partisans de l'opération césarienne avaient alors beau jeu pour combattre une opération qui donnait une mortalité maternelle et infantile si considérables, l'opération césarienne sauvant du moins la majorité des enfants.

La deuxième statistique de Morisani, qui va de 1866 à 1880, comporte 50 cas.

Nous voyons dans cette seconde statistique :

la mortalité maternelle tomber de 31.25 p. 100 à 18 p. 100	
et la mortalité infantile — 51.85 p. 100 à 18 p. 100	

Fait bizarre, la *troisième statistique de Morisani*, qui va de 1881 à 1886, c'est-à-dire à une époque où l'antisepsie commence à être appliquée dans toute sa rigueur, est beaucoup moins favorable. Elle porte sur 18 cas seulement.

Mortalité maternelle.....	38.88 p. 100
Mortalité infantile.....	27.77 p. 100.

Nous verrons tout à l'heure que les résultats de cette statistique doivent être examinés à un point de vue différent, et qu'ils s'expliquent par certaines conditions spéciales.

La dernière statistique publiée est celle du D^r SPINELLI, un des assistants de Morisani à la clinique obstétricale de la Faculté, hôpital de Gesu Maria.

Elle porte sur 24 opérations dont 12 ont été pratiquées à la clinique obstétricale de la Faculté par *Morisani*, 5 à la Maternité du Grand Hôpital des Incurables par *Novi* et ses assistants, et 7 en ville (*Spinelli*, *Mancusi*, etc.). Elle a déjà été publiée dans le numéro de janvier 1892 des *Annales de gynécologie*. Comme

pour les autres statistiques, nous diviserons les faits suivant le degré du rétrécissement du détroit antérieur.

Sur ces 24 femmes, 3 ont subi l'opération 2 fois.

La 1 ^e avec un bassin à diamètre AP de ..	0 ^m ,070
La 2 ^e — — — ..	0 ^m ,075
La 3 ^e — — — ..	0 ^m ,078
Mortalité maternelle.	0
Mortalité infantile.	0,04 p. 100

Donc, en résumé, sur 24 cas, 24 mères sauvées, et sur 24 enfants, 24 nés vivants, 1 seul ayant succombé douze heures après sa naissance.

Il est difficile, Messieurs, d'obtenir un résultat plus satisfaisant, et cela, certes, est bien fait pour encourager les accoucheurs à avoir recours à cette opération.

CONSÉQUENCES SECONDAIRES. — Une des objections que les adversaires de la symphyséotomie opposaient à ses partisans, était que la réunion de la symphyse ne s'opérait pas ou s'opérait mal, et que les femmes restaient infirmes. Cette objection ne tient pas aujourd'hui devant les faits. La consolidation se fait, et d'une façon parfaite et relativement rapide, car elle est, en général, complète au bout d'un mois, six semaines au plus. Tous les opérateurs italiens sont unanimes sur ce point.

J'ai pu, grâce à l'obligeance des professeurs *Novi* et *Morisani*, voir et examiner deux malades : l'une, à l'hospice des Incurables, opérée depuis six semaines ; l'autre, à la clinique de la Faculté. Cette dernière, opérée deux fois pour un bassin de 75 millimètres, a été l'objet d'un examen particulier de ma part.

Sa dernière opération date de deux mois et demi environ. Or, elle n'en présente aucune trace. Masquée par les poils du pubis, la cicatrice cutanée est absolument linéaire et à peine visible (la deuxième incision a porté exactement sur la première). Il n'y a pas d'écartement du pubis, la consolidation est parfaite, la solidité absolue, et la marche identique à ce qu'elle était avant l'opération. Lorsque l'on fait placer la femme debout le long d'un mur, et que plaçant son doigt en contact avec le bord inférieur de la symphyse, on lui fait alternativement relever et plier la

jambe et la cuisse d'un côté, on ne sent aucun mouvement dans l'articulation (signe de *Depaul* et *Budin* dans le relâchement des symphyses). Seule, la petite dépression qui existe à la partie supérieure des pubis, entre les deux os, est peut-être un peu plus marquée, mais cette particularité aurait certainement passé inaperçue, si je n'avais su que la malade avait été opérée deux fois. La femme peut se tenir debout aussi longtemps qu'avant son opération sans fatigue, et elle a repris toutes ses occupations dans son ménage, portant des fardeaux sans se ressentir aucunement de ses deux opérations.

Novi, Morisani, Spinelli, Lauro, Cucca, Caruso, etc., m'ont affirmé qu'il en était ainsi de toutes les malades.

Point n'est même besoin d'appareils pour obtenir cette consolidation du bassin. La plaie cutanée est simplement réunie au catgut, et pansée avec de la gaze et de l'ouate sublimatée ; elle se réunit toujours par première intention, si l'antisepsie est bien faite. Le bassin est simplement maintenu à l'aide d'un bandage de corps, serré vigoureusement et fermé à l'aide d'épingles de nourrices ou de points de fil, et au bout d'un mois, six semaines, la consolidation est complète.

Comme soins après l'accouchement, la femme prend simplement trois injections vaginales par jour, avec une solution de sublimé à 1 p. 2,000 d'abord, puis à 3 et 4,000 plus tard.

Mais, Messieurs, il est un point plus remarquable encore, et sur lequel j'appelle votre attention, c'est que dans certains cas, et chez certaines malades, cette consolidation semble se faire avec une rapidité vraiment surprenante, si surprenante, qu'elle me paraîtrait invraisemblable, si les hommes qui l'ont constaté n'étaient pas des hommes d'une autorité incontestable et incontestée.

Ainsi, sur les vingt-quatre femmes dont la statistique a été donnée par *Spinelli*, et qui ont été opérées par *Morisani, Novi* et leurs élèves et suivies par ces maîtres, nous trouvons que douze fois la réunion par première intention des pubis divisés a été obtenue, et les femmes ont pu quitter le lit du septième au quinzième jour.

Sur les douze autres opérations, il y a eu :

Suppuration de deux points de suture, 1 fois.

Suites de couches pathologiques traitées avec succès par les injections intra-utérines de sublimé, 2 fois.

Suites de couches légèrement fébriles, 1 fois.

L'enfant qui est né vivant, mais est mort au bout de douze heures, appartenait à l'une des femmes atteintes de suites de couches pathologiques.

L'opération telle qu'on la pratique aujourd'hui en Italie, est donc aussi simple au point de vue des conséquences qu'au point de vue du manuel opératoire et du traitement consécutif.

Voyons maintenant quelles sont ses *indications* et ses *contre-indications*.

INDICATIONS. — Lorsque je me suis trouvé à Naples en relation avec les différents représentants de l'obstétrique napolitaine, il ne m'a pas fallu beaucoup de temps pour m'apercevoir qu'ils se divisaient en deux clans très distincts. Les uns, comme *Morisani*, *Lauro*, *Spinelli*, *Caruso*, etc., représentant l'enseignement officiel donné à la clinique obstétricale de la Faculté, à l'hôpital Gesu Maria; les autres, identifiant l'enseignement libre, à la tête desquels il faut citer *Novi*, *Martini*, *Cucca*, etc., etc., chargés du service de la Maternité au Grand Hôpital des Incurables.

Comme le faisait remarquer *Morisani*, dans une conférence qu'il a bien voulu faire en mon honneur à l'hôpital Gesu Maria, l'Accouchement prématuré artificiel, la Symphyséotomie et l'Opération césarienne, sont trois opérations absolument distinctes, qu'il ne faut pas comparer entre elles, car chacune a ses indications spéciales et parfaitement limitées.

C'est également l'opinion du professeur de l'hospice des Incurables, et *Novi*, dans son mémoire de 1881, a insisté d'une façon toute spéciale sur ce point.

Sur quoi portent donc les divergences d'opinion, et quelles sont les indications réelles de la symphyséotomie? Les divergences portent surtout sur les limites de la symphyséotomie, et sur les conditions dans lesquelles elle peut et doit être pratiquée.

Le but de la symphyséotomie, c'est de sauvegarder l'enfant, tout en assurant la sécurité de la mère. Il faut donc que l'opération ne soit faite que dans des cas où l'écartement de la symphyse amènera un agrandissement suffisant de l'excavation et des détroits, pour que l'accouchement puisse alors se terminer

par les seules forces de la nature, ou puisse être terminé facilement, sans efforts ou sans violence, par une application de forceps ou par la version, le forceps de préférence. Il ne faut donc pas que le bassin soit trop rétréci, car, sans cela, les opérations qui devront suivre la symphyséotomie deviendront dangereuses pour la mère et l'enfant, et le but cherché ne sera pas atteint. Il faut que le bassin soit suffisamment rétréci, pour que l'on ne puisse pas accuser l'opérateur d'avoir fait une opération inutile, dans un bassin permettant l'accouchement spontané, ou l'extraction facile de l'enfant sans opération sanglante.

Il faut, enfin, que l'enfant soit vivant, puisque c'est pour l'avoir vivant et pour éviter l'embryotomie que l'on pratiquera la symphyséotomie.

En 1881, Novi *posait* les indications suivantes :

Bassin ayant un diamètre A P de 95 millimètres au moins. —

La tête d'un fœtus de volume ordinaire à terme ayant, en général, 9 cent. 1/2, et étant, sans danger pour sa vie, réductible de 1 centimètre à 1 cent. 1/2, laisser la femme atteindre le terme de sa grossesse, attendre le travail, et si l'accouchement ne se termine pas spontanément, ne pas laisser la parturiente s'épuiser en vains efforts, et extraire l'enfant, à l'aide du forceps, toutes les fois que cela sera possible ; par la version, si l'on ne peut faire autrement.

Bassin ayant un diamètre A P. minimum de 88 millimètres. —

Comme dans le cas précédent, laisser la femme aller à son terme, puis le travail une fois déclaré, attendre autant qu'on le peut, mais sans aller jusqu'à compromettre la vie du fœtus, essayer alors du forceps, ou mieux, des tracteurs mécaniques.

Si ces instruments échouent, ou si l'accoucheur est certain que dans les autres accouchements, s'il s'agit d'une multipare, les enfants n'ont pu être extraits vivants, faire la symphyséotomie.

Si j'accepte la première proposition de Novi, je rejette la seconde, au moins en partie. Si la femme ne se présente à mon observation qu'une fois arrivée au terme de la grossesse, évidemment, il faut essayer du forceps, et si celui-ci échoue, faire la symphyséotomie, car alors il ne resterait comme ressource que l'embryotomie. Mais je repousse absolument les tracteurs mécaniques, qui impliquent toujours une certaine violence, et

peuvent ainsi amener des conséquences graves pour la mère et l'enfant. Forceps classique ou forceps de Tarnier, puis symphyséotomie, telle est la pratique qui, aujourd'hui, me paraît rationnelle.

Mais si la femme est vue par l'accoucheur avant le terme de la grossesse, je crois — et je sais que cette opinion est partagée par Morisani et ses élèves — qu'il y a là une indication pour ainsi dire formelle à provoquer l'accouchement prématuré. En faisant accoucher la femme vers huit mois et demi environ, huit mois au plus tôt, on donne à la femme toutes les probabilités d'un accouchement spontané. L'enfant à huit mois, huit mois et demi, est suffisamment fort et développé pour que sa viabilité extra-utérine soit assurée, et en admettant qu'il faille terminer par une application de forceps, ou même par la version, la terminaison de l'accouchement sera, en général, facile, et pour ainsi dire sans dangers pour la mère et l'enfant : pour la mère, à laquelle on évitera ainsi la symphyséotomie ; pour l'enfant qui naîtra ainsi vivant et viable, et qui passera d'autant plus facilement, qu'à cette époque de la vie intra-utérine, les os du crâne n'auront pas encore atteint la dureté qu'ils atteindraient à terme, et que les sutures, relativement plus larges, permettront un chevauchement plus considérable des pariétaux.

Bassin de 81 à 67 millimètres au minimum. — Ici, il faut faire une subdivision.

1° *La femme est à terme.* — Si l'enfant est *vivant*, tous les accoucheurs italiens sont d'accord : *Faire la symphyséotomie* ; puis, selon les uns, attendre, pour voir si l'accouchement pourra se terminer par les seules forces de la nature, et alors forceps ; selon les autres, ne pas attendre, et terminer par une application de forceps, aussitôt que le col est assez dilaté ou dilatable pour permettre l'extraction de l'enfant.

Si le fœtus est *mort*, faire l'embryotomie.

2° *La femme n'est pas à terme.* — Attendre le septième mois de la grossesse, et faire l'accouchement prématuré artificiel, quitte à recourir à la symphyséotomie, si une application de forceps ne réussit pas à extraire l'enfant.

Telles sont, Messieurs, les indications posées par Novi, indications parfaitement acceptables. Faire la symphyséotomie tou-

tes les fois que le bassin aura 88 millimètres au minimum, 67 millimètres au maximum.

Si l'on se reporte aux statistiques, nous voyons, en effet, que c'est surtout dans ces cas que la symphyséotomie a compté ses succès.

Si nous prenons toutes les statistiques en bloc, nous avons, sur 114 femmes dont le sort est indiqué :

Mères guéries, 85 ; mortes, 29. Mortalité : 25.43 p. 100

Enfants vivants, 89 ; morts, 30. Mortalité : 26.27 p. 100

Mais à mesure que les progrès de l'antisepsie se généralisent, les résultats deviennent excellents, et, si nous nous reportons exclusivement à la dernière statistique de Spinelli, nous avons

Sur 24 femmes : Mères guéries, 24

Enfants vivants, 23

— mort, 1

Encore est-il né vivant, et n'a-t-il succombé que quelques heures après sa naissance.

Pourquoi donc, Messieurs, n'a-t-on pas toujours obtenu ces résultats si favorables ? C'est que, comme le fait observer *Morisoni*, on a dépassé le but, et que l'on a opéré dans des conditions où l'opération était injustifiable.

Reportez-vous, en effet, aux statistiques, et vous verrez que, dans un certain nombre de cas, on a fait l'opération chez des femmes épuisées par des tentatives antérieures d'accouchement, chez lesquelles on avait, avant d'avoir recours à la symphyséotomie, fait des tentatives multiples et aussi exagérées qu'inutiles d'applications de forceps ou de version, de céphalotribe, de crochets aigus, et qui, par conséquent, étaient dans des conditions aussi mauvaises que possible au point de vue opératoire.

Pour les enfants, il en est de même, et un certain nombre d'entre eux étaient morts, soit spontanément, soit à la suite de tentatives inutiles d'extraction, avant la symphyséotomie.

Autant de faits qu'il faudrait défalquer du chiffre de la mortalité.

Donc, c'est dans les bassins de 81 à 67 millimètres qu'il faut surtout faire la symphyséotomie.

Mais on a été plus loin, et c'est ici que les divergences s'accroissent entre les accoucheurs napolitains.

Tandis que *Morisani* et ses élèves acceptent le chiffre de 67 millimètres comme étant la limite extrême du rétrécissement du bassin qui permet la symphyséotomie avec chances de succès pour la mère et l'enfant, à l'hôpital des Incurables on descend beaucoup plus bas, et *Novi* fixe à 54 millimètres les dimensions extrêmes du bassin autorisant la symphyséotomie.

Dès 1867, *Jacolucci* avait, dans un de ses Mémoires, proposé deux modifications à la symphyséotomie classique, c'était :

1° D'associer la symphyséotomie à l'accouchement prématuré artificiel ;

2° Dans le cas d'enfant mort, d'associer la symphyséotomie à l'embryotomie ;

Et d'éviter ainsi d'avoir recours à l'opération césarienne.

Acceptées par un certain nombre d'accoucheurs italiens, ces propositions furent mises à exécution.

1° Ainsi *Balocchi*, chez une femme qui *accouchait prématurément à huit mois*, et qui avait un bassin de 67 millimètres, pratiqua la symphyséotomie. L'enfant naquit vivant deux heures après l'opération, sans autre intervention, mais succomba peu après. La mère mourut le dix-huitième jour, avec une suppuration du bassin.

Cet insuccès ne découragea pas *Novi* qui, le 18 septembre 1876, provoqua l'accouchement prématuré à sept mois, à l'aide des douches de *Kiwisch* et l'éponge de *Kluge*, chez une femme dont le bassin ne mesurait que 54 millimètres dans le diamètre AP. — Il attendit la dilatation complète du col, et fit la symphyséotomie, les membranes étant encore intactes.

La symphyséotomie faite, il rompit les membranes, constata une présentation de l'épaule et fit la version. Celle-ci fut fort pénible, par suite de la difficulté à saisir un pied, et de la forme du bassin dont le promontoire était fortement dévié à gauche ; mais enfin il parvint à extraire l'enfant. Celui-ci, né vivant, succomba au bout d'une heure ; quant à la mère, elle guérit heureusement.

2° Encouragé par ce demi-succès, *Novi* pratiqua de nouveau l'accouchement prématuré et la symphyséotomie chez une femme rachitique, chez laquelle le rétrécissement portait non seulement sur le diamètre AP du détroit supérieur, mais sur les diamètres de l'excavation et le diamètre transverse bi-ischiatique, qui ne

mesurait que 33 millimètres. L'enfant fut extrait avec le forceps vivant, et survécut ; la mère succomba le onzième jour à une endométrite et à une vaginite diphtéritiques.

3° Enfin *Novi* associa la symphyséotomie à la céphalotripsie sur un enfant mort, chez une femme dont le bassin ne mesurait que 50 millimètres. La mère quitta l'hôpital le seizième jour après l'opération.

Aussi *Novi*, dans son Mémoire de 1881, ajoute-t-il les conclusions suivantes :

Bassin de 66 à 54 millimètres. — Pour éviter l'opération césarienne, combiner, toutes les fois que cela sera possible, l'accouchement prématuré et la symphyséotomie.

Bassins ayant moins de 54 millimètres. — Grossesse à terme. *Enfant vivant.* Faire l'opération césarienne et de préférence le Porro.

Enfant mort. Faire d'abord la symphyséotomie, puis l'embryotomie, pour éviter l'opération césarienne.

A l'hôpital des Incurables, ces opinions sont acceptées comme règles de conduite, et tous les élèves de *Novi* pratiquent la symphyséotomie au-dessous de 65 millimètres et jusqu'à 54 millimètres, dans les conditions où *Novi* l'a pratiquée le premier.

Il n'en est pas de même à la clinique obstétricale de la Faculté où *Morisani* et *Lauro* fixent, comme dernière limite à la symphyséotomie, le chiffre de 67 millimètres. Dans quelques cas exceptionnels, ils consentent à descendre jusqu'à 65 millimètres, mais ce chiffre est pour eux la limite extrême, et j'ai entendu *Morisani* lui-même, affirmer et déclarer devant tous ses élèves, que faire la symphyséotomie, au-dessous de ce chiffre, c'est s'exposer à des insuccès aussi graves pour la mère que pour l'enfant, et compromettre inutilement l'avenir d'une opération qui, faite dans les limites sus-indiquées, est un bienfait pour l'humanité.

Morisani, du reste, associe volontiers l'accouchement prématuré à la symphyséotomie, lorsque la femme est atteinte d'un bassin vicié et se présente à lui avant le terme normal de sa grossesse, mais il maintient les limites dans les chiffres que nous avons indiqués. Sa pratique est donc la suivante :

Jusqu'à 88 millimètres. — *Femme à terme* — application de forceps ou version — symphyséotomie exceptionnelle.

De 88 à 67 millimètres. — *Femme à terme.* — Enfant vivant.

Symphyséotomie et extraction par le forceps ou la version, si l'accouchement ne se termine pas seul.

Femme avant terme. — Provoquer l'accouchement prématuré, puis faire la symphyséotomie, et si l'accouchement ne se fait pas par les seules forces de la nature, terminer par le forceps ou la version.

Dès 1881, une observation qu'il a communiquée à *Novi* qui l'a reproduite dans son Mémoire, montrait les bénéfices de cette méthode. La femme, qui avait un bassin de 7 centimètres, accoucha spontanément d'un enfant vivant, et qui fut porté au bout de trois jours aux Enfants-Trouvés. Il est vrai qu'il ne pesait que 2 kilogrammes, et qu'il a probablement succombé depuis. Mais le succès n'en avait pas moins été complet pour la mère et l'enfant.

Au-dessous de 65 millimètres, *Morisani* fait l'opération césarienne, et, comme la plupart des accoucheurs italiens, préfère encore le Porro à la Césarienne conservatrice de Sænger, Léopold.

Telles sont, messieurs, les indications de la symphyséotomie. Mais, comme le fait, avec raison, observer Bouchacourt, il ne suffit pas, quand il s'agit de pratiquer la symphyséotomie, de se guider sur le degré seul du rétrécissement, il faut encore tenir compte de la forme et de la nature du vice de conformation du bassin.

Si la symphyséotomie convient aux rétrécissements du bassin portant sur le diamètre AP., elle est indiquée bien plus encore dans les bassins rétrécis dans le sens transversal, et où le rétrécissement porte non seulement sur le détroit supérieur, mais sur l'excavation et le détroit inférieur (bassin en entonnoir — bassin cyphotique). Il en est de même de cas où il y a une courbure très anguleuse en avant du coccyx, avec ou sans ankylose de l'articulation sacro-coccygienne.

Il en est de même encore des bassins généralement rétrécis, à la condition que la réduction de tous les diamètres ne soit pas trop considérable.

Reste un dernier cas à considérer, c'est celui où le bassin de la mère étant normal, l'enfant présente un volume excessif, sans altérations pathologiques, c'est-à-dire, où les difficultés de l'accouchement tiennent uniquement au volume de l'enfant, ce volume exagéré produisant ce que l'on peut appeler un rétrécissement relatif du bassin.

Tous les accoucheurs savent combien quelquefois dans ces cas, je ne dis pas seulement la sortie naturelle de l'enfant, mais son extraction par le forceps ou la version deviennent difficiles. Il y a là, du fait de ce volume exagéré de l'enfant, au moment de l'accouchement, même spontané, un traumatisme qui se traduit chez la mère par des érosions, des plaies vaginales, des déchirures profondes du col, des paralysies traumatiques, qui viennent quelquefois compliquer sérieusement les suites de couches, et chez l'enfant, par des fractures des membres, des paralysies du bras, des lésions du côté de la région cervicale, quelquefois même la mort. N'y aurait-il pas, dans ces cas, avantage à pratiquer la symphyséotomie. C'est l'opinion de Bouchacourt, c'est la mienne, et je sais des accoucheurs qui acceptent également cette indication.

Je ne parle pas des tumeurs, des exostoses du bassin, des tumeurs fibreuses de l'utérus, etc. Ce sont des cas spéciaux, exceptionnels, à propos desquels il est impossible de fixer d'une manière absolue la conduite de l'accoucheur, celle-ci devant varier suivant les cas, et étant subordonnée au volume, à la situation et à la nature de la tumeur.

J'ai fini, Messieurs. Mais de cette étude, que peut-être vous avez trouvée bien longue, il me semble que l'on peut tirer la conclusion suivante :

Pratiquée dans les bassins de 85 à 67 millimètres, la symphyséotomie, grâce aux progrès de l'antisepsie, est une opération qui donne des résultats excellents. Elle permet de sauver presque à coup sûr la mère et l'enfant, et épargne ainsi à l'accoucheur la cruelle nécessité de sacrifier un enfant vivant, ou d'attendre lentement sa mort, au grand détriment de la mère, s'il ne peut se décider à pratiquer la céphalotripsie, tant que les battements du cœur viennent prouver la persistance de la vie fœtale.

Elle a son champ bien limité, ses indications bien nettes, entre l'accouchement prématuré et l'opération césarienne, et associée à la première de ces interventions obstétricales, elle permet de sauver des enfants, pour ainsi dire condamnés à une mort certaine. Comme l'opération césarienne, l'embryotomie deviendra une opération d'exception, et c'est elle surtout que la symphyséotomie doit faire disparaître de la chirurgie obstétricale.

J'espère donc qu'il en sera de cette opération toute française, comme de beaucoup d'autres qui, après avoir été inventées chez nous, et y être tombées dans l'oubli, nous sont revenues triomphalement de l'étranger, et sont pratiquées aujourd'hui couramment, au grand bénéfice des malades.

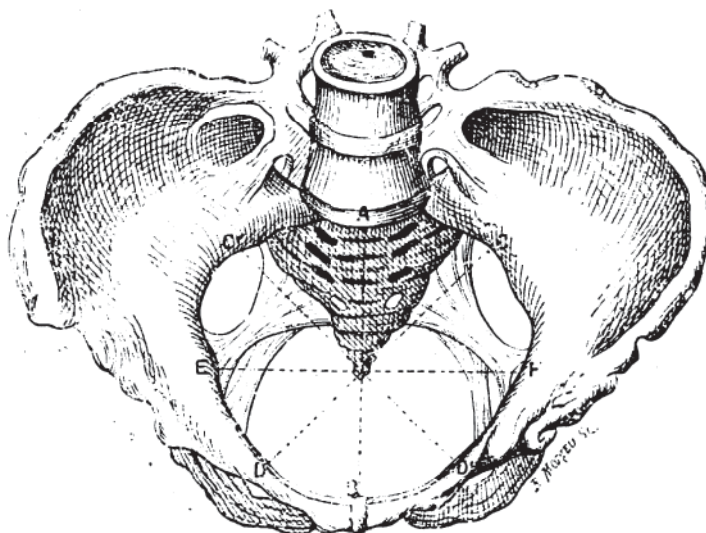


Fig. 1.

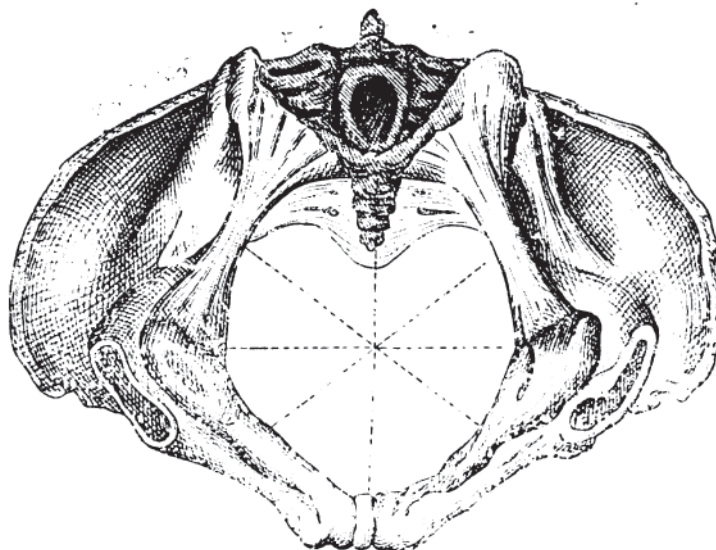


Fig. 2.

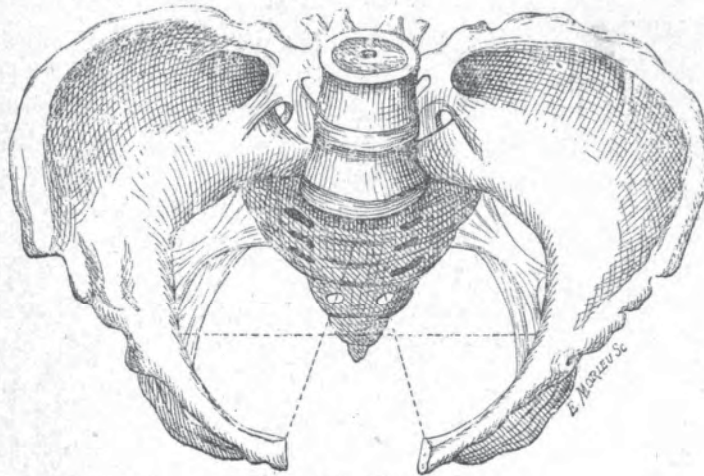


Fig. 3.

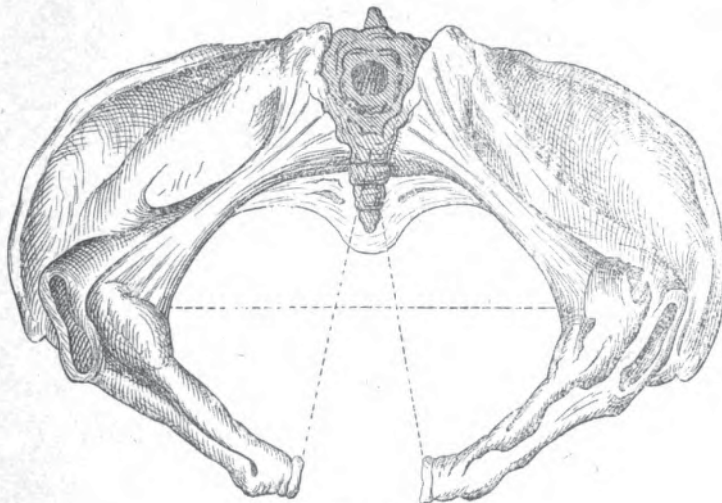


Fig. 4.



Fig. 5.

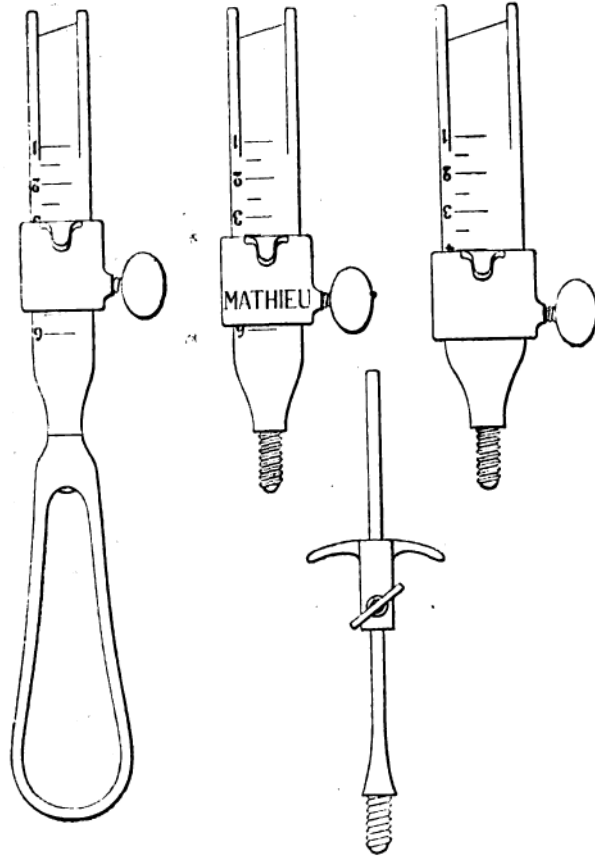


Fig. 6.

