Congres Int Gyn 1892

NOTE SUR LA SYMPHYSÉOTOMIE

par M. **Porak** (Paris).

L'Ecole de Naples n'a cessé de préconiser la symphyséotomie et récemment, en particulier, dans la séance du 15 mars, à l'Académie de médecine de Paris, MM. Charpentier et Pinard ont, de nouveau en France, rappelé l'attention sur cette opération.

Ils ont protesté contre le discrédit où elle était tombée. La vulgarisation de la méthode antiseptique, les progrès réalisés dans le manuel opératoire permettent aujourd'hui de la considérer comme ne faisant courir que peu de risques aux opérées.

J'ai eu l'occasion de la pratiquer deux fois.

Je ne fatiguerai pas l'attention du Congrès, par la relation de ces deux cas qui seront publiés *in-extenso* ailleurs.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une rachitique dont le bassin, légèrement asymétique, mesurait dans le diamètre promonto-sous-pubien 9 cent., 6; dans le second cas, d'un cyphotique dont le diamètre bi-sciatique mesurait 7 cent., 7.

Les deux parturientes étaient primipares, à terme, en travail depuis un temps déjà trop long, la dilatation du col était complète chez la première, presque complète chez la seconde, lorsque j'intervins. Dans l'un comme dans l'autre cas, j'appliquai le forceps, la femme se trouvant en travers du lit, et j'acquis la conviction qu'il serait impossible par ce moyen d'extraire l'enfant sans recourir à l'embryotomie. Je sectionnai la symphyse pubienne et j'eus la satisfaction d'extraire facilement deux enfants que j'ai abandonnés en bonne santé, l'état des mères restant satisfaisant.

Les succès obtenus par les opérateurs italiens, par Pinard, par Léopold et par moi-même, donnent l'espérance de restreindre le champ de l'embryotomie aux cas où l'enfant est mort.

Faut-il, tant que l'enfant est vivant, au moins dans les cas de rétrécissement du bassin, pratiquer la symphyséotomie jusqu'au degré de l'angustie pelvienne qui indique l'opération césarienne? Cette limite est fixée à 6 cent., 5 par Morisani, et Novi voudrait qu'on l'abaissât jusqu'à 5 cent., 4. Les faits seuls permettront de résoudre cette question et ils ne sont pas encore assez nombreux pour autoriser une conclusion définitive. Chaque cas comporte d'ailleurs des données

Digitized by Google

history-of-obgyn.com
obgynhistory.net

trop complexes pour qu'on puisse restreindre à l'évaluation d'une seule d'entre elles la solution du problème.

Dans les deux cas qui me sont personnels, j'étais, dès le début, convaincu d'en venir à la symphyséotomie; j'ai cru devoir tout d'abord tenter l'application des forceps, qui, mieux que tout raisonnement, a pu me faire apprécier que le rétrécissement du bassin était infranchissable pour un enfant vivant.

A l'occasion, je n'hésiterai pas à pratiquer cette opération après avoir provoqué le travail pour reculer les indications de l'opération césarienne.

Quelques expériences sur le cadavre m'ont permis de constater des résultats, qui ont leur importance dans la détermination du manuel opératoire.

Si l'on sectionne la symphyse du pubis jusqu'au ligament triangulaire, en laissant celui-ci intact, l'écartement des pubis décrit un angle à base correspondant à l'extrémité supérieure de la symphyse, mais cet écartement est faible. Les pressions latérales ne peuvent pas lui donner une étendue qui dépasse 1 centimètre.

Le ligament triangulaire très puissant, inextensible fait corps avec la symphyse qu'il dépasse par en bas. Il est très difficile de l'en distinguer et de l'en détacher. Pendant l'opération, on peut cependant reconnaître qu'on le sectionne par le cri fibreux qui se produit alors.

Pour obtenir un écartement appréciable des pubis, il faut donc sectionner le ligament triangulaire dans toute sa hauteur.

Si l'on exerce sur les membres inférieurs du cadavre, tenus écartés, des pressions en dehors, les pubis, dès que la symphyse est sectionnée dans toute sa hauteur, s'écartent brusquement. Cet écartement ne mesure généralement que 4 centimètres et il se produit un diastasis de l'une des articulations sacro-iliaques avec rupture partielle du ligament antérieur de cette articulation.

Il est probable que chez une femme enceinte, le relâchement des ligaments permettrait à ceux-ci de conserver leur intégrité avec un écartement plus grand des pubis. L'abduction lente et progressive des cuisses compromettrait beaucoup moins les ligaments des articulations sacro-iliaques que leur abduction brusque.

Dans mes expériences, en forçant l'abduction des cuisses, le diastasis de l'articulation sacro-iliaque s'accuse davantage, autant que le permet la résistance du ligament inter-osseux, et avant que celui-ci ne soit intéressé, le diastasis se produit de l'autre côté. A ce moment, l'écartement des pubis mesure ordinairement 8 centimètres. Les

Digitized by Google

history-of-obgyn.com
obgynhistory.net

délabrements du tissu cellulaire anté-vésical et anté-urétral sont alors souvent considérables.

Un écart des pubis, dépassant 4 centimètres, entraîne des lésions du côté des articulations sacro-iliaques, d'abord unilatérales, puis bilatérales, lorsque l'écartement des pubis est très étendu.

Il ne faudra donc pas omettre de rechercher, lorsqu'on explorera la mobilité des articulations du bassin chez une symphyséotomisée, si l'une des articulations sacro-iliaques n'est pas plus mobile que l'autre.

M. Bouchacourt, qui a institué sur ce sujet des expériences variées sur le cadavre, insiste à juste titre sur les conditions individuelles, d'âge, de sexe, d'état de grossesse ou non, etc., qui font varier les résultats. Les lésions à la suite de la symphyséotomie pourront donc se présenter dans des conditions différentes, suivant les individus opérés.

Ces considérations expérimentales nous engageront à recommander aux aides qui tiennent les cuisses de l'opérée placée dans la situation obstétricale, de ne les écarter que juste assez pour découvrir le champ opératoire. De plus il est important de n'écarter les pubis que dans l'étendue nécessaire au passage de l'enfant. Les manœuvres effectuées pour son extraction permettent cet écartement dans l'espace nécessaire. Je ne pense donc pas qu'il soit utile d'employer des instruments pour maintenir écartés les pubis. M. Tuffier a inventé un instrument qui n'a d'avantage que pour l'expérimentation.

Dans mes deux opérations, après avoir découvert l'articulation des pubis dans toute son étendue par une incision médiane de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, j'ai attaqué la symphyse de bas en haut et d'arrière en avant, en procédant par petits coups sur la pulpe du doigt étendu, celui-ci garantissant les organes urinaires, situés derrière lui. L'introduction d'un cathéter dans la vessie est utile en ce qu'elle renseigne sur la situation de cet organe. Mais en prenant les précautions que j'indique, je ne comprends pas qu'on puisse blesser les voies urinaires. Il est inutile et très difficile de ménager le ligament triangulaire.

Cette manœuvre, très facile dans ma première opération, a été un peu moins facile dans ma seconde, parce que la vulve était extraordinairement œdématiée, et parce que les pubis, comme cela est la règle dans le cyphose, étaient très inclinés de haut en bas et de dehors et en dedans.

La plupart des opérateurs préfèrent sectionner la symphyse pubienne de haut en bas et de l'attaquer en avant; cela tient à ce qu'ils ont pratiqué l'opération, la parturiente étant étendue sur le lit.

Digitized by Google

history-of-obgyn.com
obgynhistory.net

Je suivrai aussi cette pratique, lorsque j'aurai résolu de pratiquer d'emblée la symphyséotomie.

Le bistouri m'a paru si simple et d'un usage si satisfaisant que je n'ai pas senti la nécessité de recourir à des instruments spéciaux. D'ailleurs, dans mes deux cas, il s'agissait d'opérations urgentes et je n'avais à ma disposition que le bistouri. L'opération, telle que la pratique Morisani avec la faux de Galbiati, me paraît très ingénieuse. Certainement l'occasion est prochaine, où, décidant de faire la symphyséotomie d'emblée, la femme étant étendue sur son lit, je lui donnerai la préférence. Elle est moins commode que le manuel opératoire que j'ai employé, lorsque la parturiente est placée en travers du lit.

On trouvera d'ailleurs, dans le mémoire lu par M. Charpentier, à l'Académie de médecine de Paris, dans la séance du 15 mars de cette année, et dans le rapport qu'il a présenté à la même compagnie dans la séance du 6 septembre, des détails très complets et des critiques autorisées sur ces différents procédés. Le manuel opératoire est dans ces diverses opérations toujours simple; il ne me paraît pas avoir d'influence très sérieuse sur les résultats immédiats ou tardifs. La gravité de l'opération dépend uniquement de l'écartement du pubis et celui-ci dépend du degré du rétrécissement du bassin et du volume de l'enfant.

Si, à mon avis, on peut opérer, la parturiente étant étendue sur le lit ou en travers du lit, c'est préférable de pratiquer les sutures, la femme étant étendue sur son lit, les membres inférieurs étant rapprochés. Dans cette situation, l'hiatus de la symphyse pubienne se ferme, on peut ramener facilement au contact, par des pressions latérales, les deux pubis écartés. J'ai passé des sutures profondes comprenant le disque inter-articulaire, et des sutures superficielles en nombre variable et suffisant pour obtenir une coaptation des parties aussi exacte que possible.

Je n'ajoute rien au sujet de l'accouchement en lui même et du pansement de la plaie. On suivra rigoureusement le traitement antiseptique : c'est là une recommandation banale.

Dans le traitement consécutif les opérateurs attachent plus ou moins d'importance à la compression du bassin. Les uns emploient un double spica de l'aine, les autres des bandages inamoviles, silicatés ou plâtrés, d'autres enfin recourent à la bande d'Esmark.

Je me suis borné les deux fois à appliquer autour du bassin bien garanti d'ouate un bandage circulaire aussi serré que possible. J'ai fait des pansements rares.

Digitized by Google

history-of-obgyn.com
obgynhistory.net

Les conséquences de la symphyséotomie sont immédiates, secondaires ou tardives.

1° L'hémorragie par lésion des vaisseaux clitoridiens, la blessure des voies urinaires ne peuvent pas et ne doivent pas être le fait de l'opérateur ; ils peuvent être la conséquence de l'opération. Un trop grand écart des pubis peut amener des lésions.

Dans mes deux cas, l'hémorragie à été modérée. Une simple compression nous en a rendu maître très rapidement ;

2° Pendant les suites des couches, j'ai observé, pendant les premiers jours, une fièvre légère, le thermomètre marquant un peu au-dessus de 38°, et le pouls étant rapide, un peu d'anorexie, mais pas d'autres symptômes sérieux. Cela peut résulter de la fatigue d'un accouchement laborieux, du choc, en mettant de côté les fautes commises dans la pratique de l'antisepsie.

J'ai observé dans l'un de mes cas, une incontinence d'urine qui a persisté pendant trois jours (1). Dans quelques cas cités par les auteurs, elle a été assez tenace.

Dans mon second cas, il s'est produit des déchirures au col et au périnée, intéressant l'anus. La réunion a été obtenue complètement. Il ne faut pas oublier que pendant les premiers jours, on ne devra pas écarter les cuisses de la nouvelle accouchée et, par conséquent, on ne pourra pas surveiller les sutures. Aussi, devra-t-on employer les sutures du col au catgut et la périnéorraphie se fera aussi avec du catgut par le procédé de Brœse.

Enfin, les statistiques italiennes montrent qu'à peu près dans la moitié des cas, la réunion de l'incision au mont de vénus par première intention n'est pas obtenue.

Dans ma première opération, la réunion a été parfaite ; dans le second cas, la réunion n'a pas été obtenue au niveau seulement d'un des points de suture, et après l'enlèvement de toutes les sutures, il en est résulté un écartement sur une longueur de quelques centimètres de la plaie, qui m'a paru superficielle. Le point disjoint n'avait pas suppuré, on ne peut donc accuser que l'enlèvement trop prématuré des sutures. C'était cependant au huitième jour que je les avais enlevées. Une autre fois, j'attendrai le dixième jour ;

3° L'état de la marche est surtout à considérer parmi les conséquences tardives de la symphyséotomie. Quelques accoucheurs

---

(1) Récemment on a publié une observation de thrombus de la vulve qui a suppuré.

Digitized by Google

history-of-obgyn.com
obgynhistory.net

conservent à cet égard des appréhensions qui les empêchent d'adopter cette opération.

Ma première opération remonte au 10 juin, et j'ai revu ma patiente tout récemment, je l'ai même prise comme infirmière dans mon service. Elle n'éprouve aucune douleur dans la symphyse, soit qu'on y exerce des pressions, soit consécutivement à la marche. Il n'est cependant pas douteux que les articulations du bassin présentent chez elle un peu plus de mobilité qu'on ne l'observe trois mois après l'accouchement.

Ma seconde parturiente a été opérée le 19 juillet. L'écartement du pubis a dû être plus important que précédemment, puisque le rétrécissement était de 7 cent.,7, tandis que chez la première, il était de 9 cent.,6, moins la déduction. De plus, il n'y a pas eu de réunion par première intention de la plaie. Chez cette femme, la mobilité des articulations du bassin est certainement aujourd'hui plus marquée qu'elle ne devait l'être. A la symphyse du pubis, on constate non seulement un chevauchement dans le sens vertical, mais encore des mouvements dans le sens antéro-postérieur. Je n'ai pas pu déterminer exactement si la mobilité d'une des articulations sacro-iliaques est plus prononcée que celle de l'autre. Cependant, cette femme s'est levée un mois à peu près après l'opération. La sensibilité de la symphyse est modérée à la pression et n'est pas exagérée par la marche. Comment pourra-t-elle reprendre ses occupations courantes? L'observation ultérieure nous l'apprendra prochainement.

Ces quelques remarques me permettent de conclure que la symphyséotomie est une opération facile et sous le couvert de l'antisepsie peu dangereuse; qu'elle ne compromet pas ultérieurement la marche; qu'elle restreint les indications de l'embryotomie, qui ne devrait plus être employée sur l'enfant vivant.

ZUR THERAPIE DES ABORTUS

von H. **Emil Ekstein** (Teplitz).

In Anschluss an meine in « diesem Jahre publicirte Arbeit » über die Behandlung der Fehlgeburt, prager med. Wochnschft. Nro 17, 18, 1892, möchte ich hier an dieser Stelle mir erlanben, Ihnen, meine Herrn, einen Vorschlag zu machen, ein einheitliches Verfahren in die Behandlung der Fehlgeburt zu bringen.

Digitized by Google

history-of-obgyn.com
obgynhistory.net