

REVUE PRATIQUE
D'OBSTÉTRIQUE
ET DE PÆDIATRIE

Juillet 1892

DE LA SYMPHYSÉOTOMIE

« Prenez un scalpel à pointe mousse, coupez au-dessus du pubis la peau et la graisse, divisez les muscles pyramidaux de haut en bas; la symphyse étant découverte, portez le doigt dans le tissu cellulaire qui est derrière les pubis; coupez hardiment le cartilage intermédiaire; subitement les pubis s'éloignent de plus d'un pouce et le fœtus, poussé par les forces de la nature et celles que peut procurer l'art, viendra au monde sain et sauf au moyen de l'ampliation donnée à tout le bassin. »

C'est en ces simples termes que, le 22 mars 1773, Jean-René Sigault, élève des écoles de chirurgie de Paris, dégageait la formule d'une opération qui, après une éclipse près d'un siècle, est en train de révolutionner l'obstétrique contemporaine.

Avant d'en étudier les indications, le manuel opératoire et les résultats, voyons-en d'un peu près les origines et le principe.

I

Frappé des résultats déplorables de l'opération césarienne ; s'inspirant des notions acquises sur les changements produits par la grossesse dans les articulations pelviennes, savoir l'accroissement de mobilité des os du bassin et particulièrement des pubis, qui permet pendant l'accouchement un léger agrandissement du cercle osseux, Sigault « pensa que la section de la symphyse des pubis procurerait un écartement plus considérable, capable de rendre possible et même facile la sortie de l'enfant » dans les accouchements contre nature.

Il le fit dire timidement le 1^{er} décembre 1768 à l'Académie de chirurgie par la voix autorisée de Louis qui, dans une séance précédente de la même année, lui avait pour ainsi dire frayé la route en entretenant ses collègues « De l'écartement des os du bassin ».

Dans cette remarquable note, Louis rappelait la démonstration anatomique de la mobilité gravidique des symphyses pelviennes, faite par Jacques d'Amboise en 1579, sur le cadavre d'une femme pendue pour infanticide, dix jours après l'accouchement, et autopsiée à St-Côme :

« Avant que de procéder à la dissection, on souleva la cuisse du cadavre, et l'on s'aperçut très distinctement que de ce côté là l'os pubis surpassait le niveau de l'au-

tre, au moins d'un demi-pouce : il y avait un travers de doigt d'intervalle d'un os pubis à l'autre ; les divers mouvements qu'on fit faire à ces parties, prouvèrent au doigt et à l'œil de tous les spectateurs que les synchondroses qui unissent les os des îles avec l'os sacrum, étaient beaucoup plus lâches que dans l'état naturel. Tous sortirent, pénétrés d'admiration et couvaincus du fait », auquel le témoignage d'Ambroise Paré et de son élève Séverin Pineau donnèrent un universel retentissement. A cette observation célèbre, Louis ajoutait celles de Guillemeau, de Fabrice de Hilden, de Riolan, d'Harvey, de Morgagni, de Scultet, de Bertin, de Santorini, appuyant ainsi de faits cliniques et anatomiques indiscutables, la solidité du principe dont s'était inspiré Sigault qui, pour plus de garantie, pria qu'on sollicitât du roi, l'autorisation de l'expérience sur une criminelle. »

Repoussée au pied levé par l'Académie, la proposition de Sigault enthousiasma Camper qui expérimenta la symphyseotomie sur des animaux, pour s'assurer de la consolidation des os après la section de la symphyse. « Sur une truie qui venait de mettre bas il fendit les deux pubis ; l'animal put marcher et allaiter ses petits ; au bout de quinze jours les os étaient parfaitement réunis. »

Ainsi encouragé par Louis et par Camper, Sigault continua ses recherches et, le 22 mars 1773, c'est-à-dire cinq ans après sa première communication, il soutint à Angers sa dissertation inaugurale : *An in partu, contra naturam, sectio symphyseos ossium pubis, sectione cæsareâ promp-*

tior et tutior? Cette fois, il décrivait le manuel opératoire de l'intervention proposée qu'il croyait capable de produire un écartement des pubis de 1 pouce 1/2 (4 cent.).

Les mensurations cadavériques d'Alphonse Leroy (1773), la répétition — de l'opération facile et produisant spontanément un écartement de 7 lignes, porté à deux pouces et demi (7 cent.) par l'abduction forcée des membres inférieurs — exécutée par le même Leroy sur le cadavre de la femme Brasseur, morte en couches (décembre 1774), les expériences sur des chiennes récemment délivrées, faites par Rippling à l'instigation de Desault et confirmant celle de Camper (1776), les encouragements de la Faculté de médecine plus perspicace que l'Académie de chirurgie, décidèrent enfin Sigault — après dix ans de réflexion — à faire la symphyséotomie sur la femme vivante.

L'histoire de cette opération princeps vaut la peine d'être contée ; je l'emprunte au consciencieux travail que vient de consacrer à ce sujet mon élève et ami le D^r Desforges.

LA PREMIÈRE SYMPHYSÉOTOMIE

La femme Souchot, née en 1739, fut mise en nourrice et tomba malade. C'est ainsi qu'elle eut des convulsions et différents accidents attribués à la dentition. Puis elle présenta tous les signes du rachitisme et ne put marcher qu'avec des béquilles, à l'âge de huit ans. Elle ne fut complètement guérie qu'au moment de la puberté. Mariée en 1768, à un soldat de la garde de Paris, elle devint enceinte et accoucha au mois de décembre 1769, à l'âge de 30 ans. Le chirurgien

Piet, aidé par Sigault, amena un enfant mort dont la tête avait été aplatie, « comme s'il avait passé à travers une filière ».

Le deuxième accouchement fut aussi malheureux (mai 1771). S'inspirant des conseils de Coutouly et de Thévenot, qui l'assistaient, Sigault fit l'extraction du fœtus en appliquant un crochet sur le pariétal droit. Pendant le cours de sa troisième grossesse, la femme Souchot avait été soumise à un régime débilissant : saignées, diète, purgatifs et lavements. L'enfant succomba pendant le travail qui se déclara au huitième mois.

Le quatrième accouchement eut lieu le jour de Pâques de l'année 1775. « Je ne crus pouvoir mieux faire, dit Sigault, que d'appeler MM. Vicq d'Azyr, Thouret, Roussel, médecins de la Faculté de Paris, Verdier d'Angers, MM. Levret, Destremeau, Thévenot, Coutouly, Desault, Marchais, Baudot, tous chirurgiens ou accoucheurs, pour m'aider de leurs lumières et de leurs conseils ». On pria Levret de donner son avis ; le grand accoucheur, ayant mesuré le bassin avec le doigt, déclara que le diamètre antéro-postérieur était de deux pouces et demi (6 à 7 cent.). Il ajouta que l'enfant lui paraissait peu volumineux. On discuta alors la conduite à tenir. Sigault proposa la section de la symphyse, ne croyant pas que l'accouchement pût être spontané. Son avis fut rejeté par tous les assistants. Il parla ensuite de l'opération césarienne ; Thévenot seul l'accepta. On s'inclina devant l'opinion de Levret qui avait affirmé que l'expulsion du fœtus serait naturelle, et on ne pensa même pas à employer le forceps. Destremeau fit la version, et tirant sur les pieds, il essaya d'amener l'enfant. « En vain il employa toute sa force pour l'arracher ; épuisé de fatigue, il fut relevé par cinq ou six de ces messieurs successivement ; mais ils furent pour ainsi dire mis tous hors de combat ; les efforts

les plus violents furent inutiles ». Après deux heures de manœuvres pénibles, on finit par extraire un enfant mort qui présentait un enfoncement considérable du pariétal gauche. « Convaincu, dit Sigault, par cette malheureuse expérience et les trois accouchements précédents aussi infructueux, que le cinquième ne serait pas plus heureux, je me déterminai à faire la section de la symphyse ».

Il était donc complètement préparé et décidé, quand on le fit venir, le 30 septembre 1777, chez la femme Souchot qui demeurait rue St-Denis (cul-de-sac des Peintres). Arrivé vers 7 heures du soir, il constata que le travail marchait assez rapidement. Il se rendit, dans la nuit, chez son confrère Alphonse Leroy, qu'il avait prévenu trois jours auparavant, à l'assemblée de la Faculté. Vers une heure du matin, après avoir réglé tous les détails de l'opération, « ils se mettent en marche, pleins de l'espoir de bien faire ». Ils procèdent de nouveau à un examen minutieux de cette femme; dont la taille n'est que de trois pieds huit pouces (1 m. 20). Ils constatent que les tibias ont une courbure interne très accentuée et que le diamètre antéro-postérieur du bassin ne mesure que deux pouces et demi (6 à 7 cent.). L'enfant est vivant et se présente par les pieds, la dilatation est complète, la poche des eaux intacte. Ils préviennent alors la parturiente que l'accouchement sera difficile et l'engagent à se soumettre à l'opération qui lui est proposée. Ils lui font comprendre qu'elle peut avoir ainsi un enfant vivant et qu'elle court moins de dangers qu'avec l'opération césarienne. Cette pauvre femme absolument résignée, « offrit de tout préparer, fit elle-même de la charpie, chercha à bannir toute idée triste, en vantant à son mari l'espérance d'embrasser un fils ».

On plia un matelas en trois sur le lit; le mari et les voisins quittèrent la chambre, une garde seule resta pour éclairer.

Ayant fait coucher la femme, les cuisses élevées et légèrement écartées, Sigault se hâta d'intervenir. Voici comme il décrit son opération :

« J'incisai la peau et la graisse, un peu au-dessus du pubis, jusqu'à la commissure des grandes lèvres, ce qui fut peu douloureux; cette première incision faite, la symphyse partie insensible se trouvant à découvert, je pénétrai les muscles pyramidaux et la ligne blanche et j'introduisis, par cette ouverture, l'index de la main gauche, le long de la partie interne de la symphyse; je continuai la section du ligament et du cartilage qui se trouvent très épais au dernier terme de l'accouchement. Aussitôt après la section, il se fit un écartement subit de deux pouces et demi (6 à 7 cent.); je profitai du moment pour introduire la main dans la matrice et y percer les membranes de l'enfant, dont je saisis aussitôt les pieds que j'amenai au delà. »

Il pria Leroy d'achever l'accouchement.

Après l'opérateur, voici l'accoucheur qui entre en scène.

« Je dégage le bras gauche, puis le droit; la tête étant encore au-dessus du détroit supérieur, je portai ma main droite sur la face qui répondait à la symphyse iliaque gauche; je fis écarter le plus possible les cuisses : j'engrenai la plus grande portion du pariétal droit dans l'écartement, dont les téguments bombèrent. Je fis répondre la bosse pariétale gauche à la partie latérale droite de la base du sacrum, ensuite, en relevant le corps de l'enfant, j'entraînai la partie latérale gauche de la tête, en même temps que, de la main droite appliquée sur les fosses nasales, j'abaissai le menton. Par ces deux moyens employés et combinés à la fois, la tête traversa l'obstacle principal, le détroit supérieur; je dégageai le menton à la commissure inférieure, en élevant le corps de l'enfant. Le reste de la tête franchit, et j'annonçai à cette mère courageuse qu'elle avait enfin un fils. Les cuisses étaient abaissées, l'écartement ne se porta plus qu'à huit

lignes et je fis tout de suite la délivrance, parce que la matrice se contractait fortement. »

Le pansement fut très simple : un peu de charpie sèche et une serviette, comme bandage de corps.

On reprocha plus tard à Sigault d'avoir agi avec trop de mystère et trop de précipitation. Il excusa sa maladresse en disant :

« J'étais très malade, mal éclairé d'ailleurs par une garde effrayée dont la main tremblante faisait vaciller la lumière. Je fis l'opération, presque sans y voir, avec un bistouri droit ordinaire. Contrarié par les circonstances, surtout ému et très ému, j'en conviens, puisque je tentais une opération absolument neuve, je perdis la ligne de direction... et j'intéressai une portion du méat urinaire. »

Toutes ces manœuvres n'avaient pas duré plus de cinq minutes.

S'étant assurés que la mère et l'enfant étaient en bonne santé, Sigault et Leroy se retirèrent avant la fin de la nuit. Ils revinrent vers midi (1^{er} octobre) pour enlever le pansement; il n'y avait pas la moindre hémorrhagie, le pouls était normal, l'état général satisfaisant; mais le lit était souillé par une grande quantité d'urines émises involontairement.

Par une coïncidence assez heureuse, la Faculté tenait, dans la soirée, son assemblée dite de « *prima mensis* ». Leroy ne manqua pas d'y assister et annonça à ses confrères ce qui venait de se passer. Sigault n'arriva qu'à la fin de la séance et lut un petit mémoire sur l'opération qu'il avait faite dans la nuit. « Il pria la Faculté de nommer des commissaires, pour examiner cette section, juger de ses effets, en suivre le traitement et faire leur rapport à la Compagnie... On désigna MM. Grandclas et Descemet, recommandables par l'étendue de leurs connaissances dans l'art des accouchements et dans l'anatomie. »

En quittant l'assemblée, Sigault et Leroy se rendirent

auprès de leur opérée qu'ils trouvèrent aussi bien que possible. Elle se plaignait seulement de quelques douleurs du côté gauche ; on relâcha le bandage qui la gênait un peu.

Le lendemain, 2 octobre, les commissaires désignés se rendirent à 10 heures du matin, chez la femme Souchot. Ils pratiquèrent un examen local très complet et purent constater que l'écartement des pubis était d'environ un pouce (2 cent. 7 mil.). La plaie leur parut belle et peu sensible au toucher. La mère avait repris sa gaieté et donnait le sein à son enfant. Ils revinrent ainsi chaque jour, pour assister au pansement et surveiller les progrès de la guérison. Sigault, d'abord atteint d'un panaris, devint bientôt gravement malade et ne put s'occuper de l'accouchée. Il confia à son collaborateur Leroy la direction du traitement et le soin de faire les pansements, matin et soir. C'est donc en puisant nos documents dans le rapport des commissaires et dans le mémoire de Leroy, que nous allons pouvoir écrire le journal des principaux accidents qui suivirent l'opération de la femme Souchot.

Les suites de l'opération furent longues et surtout très pénibles ; à plusieurs reprises, la vie de la mère fut en danger et on crut ne pas pouvoir sauver l'enfant, mal nourri et mal soigné. Nous exposons les faits les plus importants, dans une série de notes au jour le jour.

3^e jour. — La plaie est enflammée et douloureuse. Les draps sont souillés par une grande quantité d'urine fétide. On change la malade de lit, ce qui amène des douleurs au niveau des symphyses postérieures du bassin. Le pansement est refait : charpie trempée dans du blanc d'œuf avec de l'eau-de-vie.

4^e jour. — La femme, assez indocile, exige qu'on lui enlève bandage qui la gêne et refuse de se soumettre à la diète

sévère qui lui est imposée. « Comme elle avait trop de lait pour son enfant, on la fait teter par son mari.

5^e et 6^e jours. — État satisfaisant le matin, fièvre assez forte dans la soirée. Les lèvres de la plaie se rapprochent, l'écartement des pubis est à peine visible, mais les mictions sont toujours fréquentes et involontaires. Pansement avec du baume d'Arcéus.

7^e jour. — Les nombreux médecins qui assistent au pansement peuvent constater l'aspect noirâtre de la plaie qui suppure. On modifie le pansement et on revient au blanc d'œuf battu avec de l'eau-de-vie aromatique. Il y a toujours de l'incontinence urinaire.

8^e jour. — L'état général s'est amélioré à la suite des laxatifs et des lavements qui ont produit une selle abondante pendant la nuit. On replace le bandage, en présence de plusieurs médecins et chirurgiens bien connus : Vicq d'Azyr, Pelletan, Goubelly et Destremeau.

10^e jour. — L'enfant mal nourri a une diarrhée verdâtre qui l'affaiblit beaucoup. L'état de la mère s'est aggravé, l'écoulement involontaire des urines est plus abondant que jamais, les lochies sont fétides. Sigault malade est remplacé par Leroy.

12^e jour. — La plaie devenue granuleuse est recouverte de charpie trempée dans du baume de Fioraventi. La partie supérieure de la symphyse commence à se souder. Les jours suivants, l'état devient de plus en plus critique, mais la plaie marche vers la guérison. La malade affaiblie et découragée se plaint sans cesse d'être importunée par les nombreux visiteurs qui assistent aux pansements. Beaucoup de médecins venaient chaque jour tâter la plaie pour s'assurer de la consolidation des pubis.

21^e jour. — Le lit est inondé par une grande quantité de liquides qui irritent la plaie. Le chimiste Bucquet en fait

l'analyse et déclare que c'est un mélange d'urines, de lochies et de pus. L'enfant dépérit de jour en jour.

23^e jour. — On attribue la plupart des accidents à une alimentation excessive ; la malade, qui mange avidement ce qu'on lui apporte en cachette, est surveillée rigoureusement et soumise à un régime sévère : diète mitigée, évacuants, quinquina. Il en résulte une amélioration passagère.

26^e jour. — Nouvelle rechute causée par une bronchite qui dure quinze jours. La fièvre est plus élevée et l'incontinence est considérable. Quelques chagrins domestiques aggravent la situation.

28^e jour. — La symphyse pubienne est complètement soudeée ; la malade peut se transporter d'un lit à l'autre, en se soulevant sur les coudes et les talons.

30^e jour. — Engorgement du sein gauche. La mère, toujours couchée sur le côté, ne donnait que le sein droit à son enfant.

34^e jour. — Ouverture spontanée de l'abcès du sein ; on administre alors un purgatif à la manne qui produit une grande amélioration. La plaie cicatrisée n'exige plus de pansement.

39^e jour. — Leroy finit par obtenir de la mère qu'elle cesse de nourrir. L'enfant très affaibli reprend rapidement ses forces, dès qu'il est confié à une nourrice.

41^e jour. — Les urines sont moins abondantes et moins fréquemment émises. L'amélioration de l'état général s'accroît et la femme commence à s'asseoir dans son lit. On veut attendre que Sigault soit rétabli, pour lui permettre de se lever.

Il vint le 16 novembre, 46 jours après l'opération. On sonda la malade, puis on lui appliqua un bandage spécial inventé par Traînel. Elle descendit alors de son lit et put faire quelques pas dans sa chambre. Trois jours après, on était obligé

d'enlever le nouvel appareil, devenu insupportable. La convalescence fut rapide et « la femme continua de marcher à l'aide d'un bâton et souvent sans appui, ne ressentant qu'une douleur de sciatique ».

Pendant toute la durée du traitement, on avait engagé des polémiques violentes, à propos des accidents qui étaient survenus. Chaque jour on annonçait une nouvelle complication et les chirurgiens déclaraient que la guérison était impossible. On alla même jusqu'à parler d'une mort inévitable et prochaine. Aussi, fut-il décidé parmi les partisans de Sigault, que l'on répondrait à toutes ces attaques par un véritable coup d'éclat. On profita de l'assemblée qui devait avoir lieu le 3 décembre, pour présenter solennellement la femme Souchot à la Faculté de médecine. Nous empruntons à un texte officiel le récit de ce qui se passa ce jour-là.

De nombreux médecins étaient réunis quand la femme Souchot entra dans la salle des séances, accompagnée par son mari et précédée de la nourrice qui portait l'enfant. Elle se tint seule debout pendant quelques minutes, tandis qu'on s'empressait autour d'elle pour la féliciter. Le doyen Desessartz l'interrogea minutieusement, lui posant de nombreuses questions sur l'état de sa santé.

« Elle répondit, avec ce ton ingénu qui est l'expression de la vérité : qu'elle avait très bon appétit, digérait parfaitement, faisait toutes ses fonctions avec liberté, plaisir et régularité, que son sommeil était tranquille, que ses forces se rétablissaient, petit à petit; elle s'apercevait que chaque jour elle marchait, montait et descendait avec plus de facilité, qu'elle n'éprouvait aucune douleur, ni aucune gêne dans la partie où elle avait souffert la section; qu'elle retenait ses urines, tant qu'elle restait assise, à moins qu'elles ne fussent en trop grande quantité, et qu'elles ne coulaient goutte à goutte, malgré elle et sans qu'elle s'en aperçut, que lors

qu'elle se tenait debout ou marchait, mais que cet écoulement involontaire diminuait tous les jours et devenait moins fréquent ; qu'elle éprouvait une forte douleur le long de la cuisse gauche ; mais, est convenue en même temps qu'elle avait été vivement tourmentée de cette douleur, dès après sa première couche, parce que, disait-elle, son lait répandu s'était jeté sur cette partie. Elle a ajouté qu'elle avait nourri son enfant pendant le premier mois, mais que MM. Sigault, Leroy et les commissaires l'avaient empêchée de continuer. La nourrice de cet enfant le portait dans ses bras ; elle l'a fait voir à tous les docteurs, il était bien portant. »

Après avoir félicité de nouveau la femme Souchet pour son courage et son dévouement, on l'invite à se retirer.

Sigault fit alors la lecture d'un mémoire dans lequel il exposait : les motifs qui l'avaient déterminé à pratiquer la section de la symphyse pubienne, la méthode employée, le résultat obtenu. En terminant, il suppliait la Faculté d'être généreuse pour la mère et pour l'enfant et lui offrait « ce premier fruit d'un travail de neuf années ».

Le mémoire fut suivi du rapport de MM. Grandclas et Descemet qui avaient suivi, jour par jour, les progrès de la guérison,

Parmi les accidents, trois seulement devaient être signalés et discutés : une douleur constante au niveau de la région sacro-iliaque gauche, qui s'était déjà manifestée dans les précédents accouchements ; un dépôt laiteux du sein gauche, facilement explicable ; enfin une incontinence d'urine, résultant certainement de l'opération, mais pouvant apparaître dans tous les accouchements laborieux. « Nous sommes donc autorisés, disaient-ils, à conclure que la femme est parfaitement guérie, que cette opération, qui n'est ni douloureuse, ni difficile à faire, est préférable à l'opération césa-

rienne, dans bien des circonstances et surtout quand l'enfant peut sortir par les voies naturelles. » Ils adressaient toutes leurs félicitations aux opérateurs dont le talent égalait la générosité.

On fut d'avis que « pour l'avantage du public, il fallait imprimer et distribuer, au nom et aux dépens de la Faculté, le Mémoire de M. Sigault et le Rapport de MM. les commissaires, après en avoir néanmoins référé à toute la compagnie ». Une nouvelle assemblée était nécessaire, pour délibérer; elle eut lieu, le 6 décembre 1777. Après une seconde lecture du Mémoire et du Rapport, le doyen Desessartz mit aux voix plusieurs propositions qui furent adoptées par l'unanimité des docteurs réunis en séance. On décréta :

1° « Que ces différentes pièces, imprimées au plus tôt, au nom et aux frais de la Faculté, seraient distribuées, non seulement à tous les docteurs, aux médecins régnicoles et étrangers, mais encore présentées au Monarque bienfaisant qui gouverne, aux Princes, aux Ministres et Magistrats, afin que tout le monde soit instruit de la découverte de ce nouveau moyen de sauver des mères et des enfants. »

2° On pria Sigault et Leroy de soumettre à la Faculté leurs recherches et leurs vues sur l'opération.

3° La Faculté regrette de ne pouvoir donner une pension à la femme Souchot, mais elle lui accorde un secours de 360 livres. « Elle lui promet ses services, ses bons offices, et même de porter aux pieds du Monarque bienfaisant, ses respectueuses prières pour elle, et de solliciter auprès des Ministres et tous les ordres de Citoyens, une récompense pour cette femme forte qui s'est dévouée à une opération nouvelle. »

4° Elle ne peut récompenser, assez dignement, l'inventeur d'une découverte si utile à l'humanité. Mais, comme témoi-

gnage de sa reconnaissance et de son admiration, elle ordonne qu'on grave sur le revers du jeton d'argent du Doyen, l'inscription suivante :



ANNO 1768

SECTIONEM SYMPHYSEOS OSSIUM PUBIS INVENTIT, PROPOSUIT

ANNO 1777

FECIT FELICITER M. SIGAULT, D. M. P.

JUVIT M. ALPH. LE ROI, D. M. P.

La nouvelle opération fut rapidement connue du monde entier. Aussitôt les querelles de s'allumer, les dissertations de pleuvoir, les raisonneurs de continuer leur éternelle guerre aux faits, les critiques de crier au meurtre sans attendre l'issue bonne ou mauvaise de l'entreprise, les charlatans de discréditer l'opération, les incapables de la compromettre en en méconnaissant les indications.

Il eût fallu un autre homme que Sigault pour tenir à la

fois en respect tant d'amis et d'ennemis ; il fut au-dessous de sa tâche au point de vue de la défense scientifique de son œuvre et préféra en appeler à l'opinion publique par la voie de la réclame et des journaux.

« L'opération de la femme Souchot ne doit pas, disait-il à ses détracteurs, faire la matière d'une dispute ; c'est un fait contre lequel ne peuvent s'élever les gens instruits et de bonne foi. Il est incontestable que c'est à la faveur de la section de la symphyse des pubis et de l'écartement qui en a résulté qu'on a pu donner le jour à un enfant qui se porte bien, ainsi que la dame Souchot, sa mère, qui le nourrit toujours. *On invite le public à venir s'en assurer.* »

Et pourtant en maintenant le débat sur le terrain scientifique ; en se contentant de suivre la marche que lui avaient indiquée Camper, A. Leroy, Rippling ; en étudiant de près et en critiquant les observations qui suivirent la sienne il lui était bien aisé de réfuter ses détracteurs au moins pour la postérité. Il ne nous aurait pas laissé l'impression du *gallus escam querens qui margaritam reperit*.

Lorsqu'on examine de près les objections qui lui ont été faites par ses contemporains et qu'a consacrées pour plus d'un siècle l'autorité de Baudelocque, on est stupéfait de les voir aussi dénuées de fondement.

On nie que l'augmentation d'étendue résultant de l'écartement des pubis soit suffisante à compenser le rétrécissement du bassin ;

On assure que l'opération est inutile ;

On proclame que lorsqu'elle ne procure pas une mor

prochaine, elle produit une série de désordres affreux du côté des symphyses sacro-iliaques et des organes génito-urinaires.

On verra plus loin que rien de tout cela ne pouvait être reproché à la symphyséotomie, à moins que l'on ne prétendit l'appliquer à des cas où la contre-indiquaient nettement, mathématiquement, dès le temps de Sigault, les résultats acquis par l'expérimentation cadavérique et l'observation clinique. C'est à faire ce départ, c'est-à-dire à formuler les indications de son opération qu'aurait dû exclusivement s'attacher Sigault ; c'est malheureusement ce dont il est impossible de trouver trace dans ses écrits.

C'est à cette confusion habilement entretenue par ses adversaires autant qu'à la difficulté qu'il y avait alors à séparer dans les résultats ce qui était imputable non à l'opération elle-même, mais à l'infection utéro-vaginale concomitante que la symphyséotomie a dû de disparaître pendant des années du cadre des opérations obstétricales. Baudelocque neveu lui porta le dernier coup en simplifiant, par l'invention du céphalotribe, l'intervention dans les accouchements compliqués de rétrécissement pelvien.

Murat a admirablement résumé cette polémique à bâtons rompus des partisans et des adversaires de la symphyséotomie, à l'époque où l'opération de Sigault tombait dans un oubli que la plupart des contemporains croyaient définitif.

Dans l'article « Symphyséotomie » du Dictionnaire en 50 vol., paru en 1821, Murat, rappelant les discussions de

ses devanciers sur la section de la symphyse, écrivait : « Cette opération, source de contestations interminables, et au sujet de laquelle on a écrit quelques centaines de dissertations, a été tour à tour accueillie avec enthousiasme, et critiquée avec trop de sévérité. Je pense, avec un professeur célèbre, que, dans la discussion que ce point de doctrine a fait naître, on a manqué tantôt de sang-froid et tantôt de bonne foi ; les uns n'ont pas eu le courage d'avouer leurs erreurs, de faire le sacrifice d'une opinion formée peut-être sans preuves suffisantes ; les autres, bien plus coupables, pour faire ressortir l'utilité de la symphyséotomie, en ont exagéré les avantages ; ils ont annoncé des résultats qu'ils n'avaient pas obtenus réellement. Ceci a dû nécessairement augmenter les préventions des premiers.

« La génération médicale qui s'élève de nos jours, entièrement étrangère aux petites passions, aux prétentions ridicules, aux rivalités de profession, à ce misérable esprit de parti qui a régné si longtemps dans nos écoles, interrogera l'expérience de bonne foi, et se laissera désormais guider par l'observation des faits ; aussi ne suis-je pas éloigné de croire que l'on sera bien mieux fixé dans trente ans sur les avantages et les inconvénients de la symphyséotomie qu'on ne l'est aujourd'hui. »

Murat ne s'est en somme trompé que de quarante ans, une vétille pour un prophète. Depuis quelques mois, en effet, la symphyséotomie, si longtemps conspuée, sur la foi de Baudelocque, par les classiques, et abandonnée de tous

les accoucheurs français, allemands et anglais, a, en trois ou quatre foulées, repris l'avance sur l'embryotomie et l'opération césarienne.

D'Italie, de Naples pour mieux dire, où Morisani et Novi depuis plusieurs années travaillaient à sa renaissance, elle a fait, grâce à mon maître M. Pinard, sa réapparition à Paris qui l'a vue naître ; et le temps est proche où les accoucheurs de tous les pays se prendront pour elle d'un enthousiasme plus légitime, car il sera plus raisonné, que celui qu'elle souleva à la fin du xviii^e siècle.

Cette histoire contemporaine de la symphyséotomie a déjà besoin d'être écrite. Tandis qu'elle était presque partout considérée comme n'ayant plus qu'un intérêt historique, la section pubienne n'a jamais cessé d'avoir à Naples de chauds partisans, parmi lesquels se distinguent, au premier rang, Assalini, Galbiati, Novi et surtout le professeur Morisani.

C'est à ce dernier qu'elle doit le plus. Dès 1863, il l'étudie au point de vue théorique dans un mémoire sur les rétrécissements du bassin ; en 1880, il appelle sur elle l'attention des membres du Congrès international de Londres par la publication d'une statistique de 50 opérations pratiquées à Naples du 1^{er} janvier 1868 à la fin de décembre 1880 par lui, Novi et Martini, pour des bassins de 61 à 81 millim. et donnant une mortalité maternelle de 20 0/0, peu différente de celle de l'embryotomie (21 à 24 0/0, Tibone et Chiara) et très inférieure à celle de l'opération de Porro (50 0/0) ; enfin, en 1881 et 1886, dans les

Annali di Ostetricia et au Congrès national de Rome, il reprend la statistique intégrale de 1777 à 1886 et essaye de montrer, par l'étude critique de 148 cas, que, comme sa rivale, la césarienne, la symphyséotomie doit, grâce à l'antisepsie, reprendre rang parmi les opérations obstétricales.

Malgré ces efforts, la réhabilitation de la section pubienne ne faisait guère de progrès; et si Morisani faisait quelques rares adeptes, ils restaient platoniques, c'est-à-dire que, tout en cessant dans leurs écrits de rejeter d'emblée, sans discussion, la symphyséotomie, ils ne la pratiquaient pas. Tel M. Bouchacourt.

Les traités d'accouchements les plus récents, ou n'en parlent pas (Fritsch, Schröder), ou la condamnent encore (Müller, Winckel). Et dans le second volume du *Traité pratique des accouchements* de A. Charpentier (1890), voici comment sont appréciées les tentatives de l'école italienne : « M. Bouchacourt conclut franchement à la conservation de la symphyséotomie dans le cadre des opérations obstétricales. En Italie, on a été plus loin encore, et l'on a proposé d'associer l'accouchement prématuré à la symphyséotomie (Novi), et on n'a même pas craint de proposer son emploi, préalablement à toute application de forceps un peu difficile, ou de céphalotribe (Morisani, Novi).

« Il y a là une exagération évidente, et si nous acceptons la symphyséotomie comme une opération à la rigueur possible, nous croyons qu'elle est de beaucoup inférieure à l'opération césarienne d'une part, à la céphalotripsie et

à l'embryotomie d'autre part ; elle ne doit être qu'une opération d'extrême exception, et nous nous basons, pour formuler cette opinion, sur les statistiques mêmes de ses plus fervents partisans. »

Malgré le peu de succès de sa campagne, Morisani persistait, et, en prévision du prochain congrès international de Rome, il envoyait à Paris, en novembre dernier, son ancien assistant, le D^r Spinelli, avec mission de plaider à nouveau la cause de la symphyséotomie auprès des accoucheurs français.

Il ne fallut pas longtemps à Spinelli pour convaincre M. Pinard. Après avoir obtenu l'assurance que non seulement la mortalité maternelle pouvait être réduite à 0, mais que les femmes opérées à Naples ne conservaient du fait de l'opération aucune des infirmités que les classiques imputent à celle-ci, après s'être assuré par des expériences cadavériques faites avec M. Farabeuf et auxquelles il a bien voulu m'associer, qu'après la section de la symphyse les pubis pouvaient être écartés de 6 cent. sans déchirure des ligaments antérieurs des symphyses sacro-iliaques et que cet écartement agrandissait le bassin dans de très notables proportions, M. Pinard commença hardiment à Paris une campagne en faveur de la symphyséotomie :

1° En faisant le 7 décembre 1891, à la Clinique Baude-locque, une leçon dans laquelle, après avoir résumé ses expériences et les arguments de l'École italienne, il disait :

« Si je ne me trompe, la symphyséotomie qui a eu la

mauvaise fortune d'être enfantée par un homme sans autorité en accouchements et qui ne pouvait que la compromettre, s'appuyant aujourd'hui sur l'antisepsie, s'éclairant des connaissances plus exactes que nous possédons sur les rétrécissements du bassin, guidée par la sûreté de nos techniques opératoires, deviendra, comme l'a prédit M. Tarnier, le complément de l'accouchement prématuré dans bien des cas et se substituera à l'embryotomie et à l'opération césarienne dans bien d'autres, en ne laissant à celles-ci qu'un champ très restreint où elles règneront seules, sans partage. »

2° En faisant publier dans le numéro de janvier des *Annales de gynécologie* la dernière statistique, inédite encore, de Morisani et de Novi que Spinelli avait bien voulu, sur ses instances, écrire dans ce but.

3° Enfin, en donnant l'exemple aux accoucheurs français par trois opérations pratiquées sur la femme vivante à la clinique Baudelocque les 4 février, 25 février et 23 mars derniers, opérations à propos desquelles M. Tarnier disait le 15 mars 1892 en présentant à l'Académie la leçon de M. Pinard : « De tels faits commandent au plus haut point l'attention de tous les accoucheurs et, grâce à l'antisepsie, une ère nouvelle semble s'ouvrir pour la symphyséotomie. Si cette opération reprend faveur, ce sera un grand honneur pour le professeur Morisani, et M. Pinard aura le mérite incontestable d'avoir ramené cette opération en France où son exemple sera probablement suivi ; c'est du moins ce que je suis disposé à faire ».

(A suivre.)

H. VARNIER.

REVUE PRATIQUE
D'OBSTÉTRIQUE
ET DE PÆDIATRIE

Août 1892

DE LA SYMPHYSÉOTOMIE (*Suite.*)

II

Pour faire comprendre l'importance du mouvement qui de Naples vient de gagner Paris, il faut comparer les résultats qu'on en peut attendre, à ceux de l'opération césarienne qui, depuis 1882, a fait tant de bruit dans le monde. Nous parlons, cela va de soi, de l'opération césarienne à indication relative, car la symphyséotomie ne peut ni ne veut entrer en parallèle avec l'opération césarienne à indication absolue.

Le compte de la symphyséotomie et de l'opération césarienne est facile à faire; nous prendrons pour l'établir la statistique de Léopold.

Tandis qu'en 4 ans, du 1^{er} septembre 1883 au 1^{er} sep-

tembre 1887, sur 5,875 accouchements, Léopold n'a observé, dans la ville d'Europe qui passe pour être la plus riche en viciations pelviennes, que trois bassins justiciables de la seule opération césarienne (indication absolue), il s'est trouvé 52 fois aux prises avec des bassins de 7 à 10 cent. de diamètre conjugué vrai. Dans ces 52 cas l'enfant était vivant et l'examen démontrait qu'une seule opération, la césarienne, permettrait de l'extraire vivant. Or, dans 17 de ces cas seulement (soit $1/3$), Léopold, qui est pourtant le plus hardi des césariens, estima les conditions favorables pour tenter par la césarienne de sauver à la fois l'enfant et la mère. Dans les 35 autres cas, soit 2 fois sur 3, il dut se résigner à sacrifier l'enfant, à faire la crâniotomie, tout comme avant la renaissance de l'opération césarienne.

Le tableau n° 1 (pages 228, 229, 230 et 231), résume ces 35 cas.

Or, c'est précisément aux cas semblables à ces 52 de Léopold, et en particulier à ceux dont ne veulent pas se charger les césariens les plus enthousiastes, que s'adresse la symphyséotomie qu'il suffit d'avoir vu faire une seule fois pour comprendre quel abîme la sépare, au point de vue du danger couru par la femme, de l'opération césarienne pratiquée dans les conditions les plus favorables.

C'est, en effet, aux bassins viciés dont le diamètre antéro-postérieur mesure en moyenne 7 centimètres que la division de la symphyse pubienne et l'écartement consécutif des pubis peut faire gagner les dimensions suffisantes

pour laisser passer vivant, sans danger pour la mère, un enfant bien développé que les méthodes actuellement en vogue vouent, dans l'immense majorité des cas, à la perforation ou à une céphalotripsie déguisée par le forceps ou la version.

Rappelons, en effet, qu'en dehors des cas ci-dessus signalés où l'on a eu recours franchement à la craniotomie, l'extraction par le forceps dans les bassins viciés a donné, pendant la même période de 1883 à 1887, entre les mains de Léopold, une mortalité fœtale de 21 0/0; que Braun, qui faisait presque toujours la version, accusait, pour le petit nombre d'observations où il eut recours au forceps, une mortalité fœtale de 12,8 0/0.

Quant à la version, elle donne des résultats bien inférieurs encore : 39,8 0/0 d'enfants morts ou mourants (Léopold), 28 0/0 (Braun).

J'ajouterai qu'à Vienne et à Paris, où l'on n'admet pas l'indication relative à l'opération césarienne, ce n'est pas seulement, dans les cas semblables aux 52 cas ci-dessus visés de Léopold, 66,6 0/0 des enfants qui étaient sacrifiés jusqu'à présent, mais 100 0/0.

On comprend par là quel gain de vies fœtales pourra donner, sans danger pour les mères qui succombent encore dans la proportion de 10 0/0 à la césarienne moderne, l'emploi raisonné et bien réglé de la symphyséotomie, combinée à l'application du forceps sur la tête première dans les bassins de 7 cent. et au-dessus.

Léopold a si bien compris le coup porté à la césarienne

Tableau N° 1.

TABLEAU RÉSUMANT 35 OBSERVATIONS D'EMBRYOTO-

Numéros	Parité	TERMINAISON	VICIATION PELVIENNE	
		des accouchements antérieurs		
1	III	1 ^{er} et 2 ^e accouchements. Perforation.	Bassin aplati, généralement rétréci.	
2	II	1 ^{er} accouchement. Perforation.	Bassin plat rachitique généralement rétréci.	
3	VII	1 ^{er} , 2 ^e et 4 ^e accouchements spontanés, enfants vivants; 3 ^e et 5 ^e , forceps, enfants vivants, tous morts rapidement; 6 ^e accouchement, forceps, enfant mort.	Bassin aplati.	
4	X	7 premiers accouchements, forceps. 1 ^{er} enfant mort le premier jour. 4 ^e » le 7 ^e jour. 7 ^e » au bout de 10 minutes. 8 ^e et 9 ^e , perforation de l'enfant vivant.	Bassin plat rachitique.	
5	I	Id.	Bassin plat rachit., gén. rétréci.	
6	I	Id.	Id.	Id.
7	I	Id.	Id.	canaliculé.
8	II	1 ^{er} accouchement à terme; perforation.	Id.	Id.
9	II	1 ^{er} accouch. Perforation sur l'enfant vivant.	Id.	Id.
10	I	.....	Bassin plat rachitique (scoliose)	
11	II	1 ^{er} accouchement normal.	Bassin scolio-rachit. obliq. rétréci.	
12	I	.....	Bassin plat rachit. généralement rétréci, pseudo-ostéomalacique	
13	II	1 ^{er} avortement à 5 mois.	Bassin plat généralement rétréci.	
14	V	4 premiers accouchements spontanés; 2 ^e et 4 ^e enfants mort-nés	Bassin plat rachitique généralement rétréci, canaliculé.	
15	II	1 ^{er} accouchement perforation de l'enfant; mort et extraction au forceps.	Bassin plat rachitique.	
16	III	1 ^{er} et 2 ^e accouchements spontanés. Enfants petits, mort-nés.	Bassin plat rachit. génér. rétréci.	
17	I	.....	Id.	

PHALIQUE, TIRÉES DE LA STATISTIQUE DE LÉOPOLD

Conj. vrai	Prés.	OPÉRATIONS antérieures.	OPÉRATION	Poids de l'enfant sans substance cérébrale.	Issue pour la mère.
6.75	Som.	Acc. provoqué à la 34 ^e semaine environ.	Perforation suivie 14 h. après de cranioclasie.	2750	Guérie
5 à 6.75	Id.	Id.	Perforation et cranioclasie.	2800	Id.
6.75	Id.	Tentat. de forceps au dehors ; tent. infruc- tueuse à la clinique.	Id.	2830	Id.
6 3/4 à 7	Id.	Acc. provoqué à la 37 ^e semaine.	Perforation et céphalotripsie.	2610	Id.
7	Id.	Tentative de forceps.	Perforation, cranioclasie, cé- phalotripsie, etc.	2590	Id.
7	Id.	Introd. d'une bougie.	Perforation et cranioclasie.	2400	Id.
7	Id.	Acc. provoqué à la 38 ^e semaine.	Id.	2480	Id.
7	Id.	.....	Id.	2680	Id.
7	Id.	.....	Perforation et cranioclasie (la fem. ayant refusé la césar.)	2940	Id.
7	Id.	.....	Perforation et cranioclasie.	2740	Id.
7	Id.	.....	Id.	2510	Id.
7 à 7.5	Face.	.....	Perforation, cranioclasie, ex- traction avec le crochet.	2400	Id.
7.25	Som.	.....	Perforation et cranioclasie.	3290	Id.
7.25	Id.	.....	Id.	3400	Id.
7.5	Id.	Tentat. infruct. de for- ceps et de version.	Perforation et céphalotripsie.	3050	Id.
7.5	Id.	.....	Perforation et cranioclasie.	3100	Id.
7.5	Id.	Tent. infr. de version.	Id.	2800	Id.

Numéros	Parité	TERMINAISON des accouchements antérieurs	VICIATION PELVIENNE
18	I	.....	Bassin plat rachit. génér. rétr.
19	II	1 ^{er} accouchement forceps, enfant mort.	Bassin plat généralement rétr.
20	V	1 ^{er} accouchement (?) 2 ^e , 3 ^e , 4 ^e avortements, l'enfant actuel est d'un autre père.	Bassin plat rachitique généralement rétréci, canaliculé.
21	II	1 ^{er} accouch. spontané, lent, enfant vivant.	Bassin plat généralement rétr.
22	IV	1 ^{er} accouch. Perforation (enfant de 2800). 2 ^e accouchement spontané (enfant de 3270). 3 ^e accouchement forceps (enfant de 3070, mort le 7 ^e jour d'hémorragie méningée).	Bassin plat rachitique.
23	I	.....	Bassin plat généralement rétr.
24	II	1 ^{er} accouchement spontané.	Bassin plat rachit. gén. rétr.
25	II	1 ^{er} accouchement forceps, enfant vivant.	Id.
26	VI	3 ^e accouchement spontané, enfant vivant. 1 ^{er} et 5 ^e , forceps. enfants vivants (1 ^{er} mort après 3 semaines), 2 ^e et 4 ^e , perforation.	Id.
27	VI	5 accouch. spontanés, à terme, enf. vivants.	Id.
28	II	1 avortement.	Id.
29	I	.....	Bassin généralement rétréci.
30	I	.....	Bassin plat rachit. gén. rétr.
31	I	.....	Bassin généralement rétréci.
32	I	.....	Bassin plat généralement rétr.
33	I	.....	Bassin généralement rétréci.
34	I	.....	Bassin normal.
35	II	1 ^{er} accouch. extr. du siège. enfant mort.	Bassin généralement rétréci.

	Prés.	OPÉRATIONS antérieures	OPÉRATION	Poids de l'enfant sans substance cérébrale.	Issue pour la mère.
7.75	Som.	.....	Perforation, et cranioclasie.	2780	Guérie
7.5	Id.	Tentat. infruct. de ver- sion et de forceps.	Perforation, cranioclasie, cé- phalotripsie, extraction avec le crochet mousse.	3410	Id.
7.75	Id.	Tentat. infruct. de ver- sion et de forceps.	Perforation et cranioclasie.	2800	Id.
7.5	Id.	Tentat. infruct. de for- ceps au dehors.	Id.	3010	Id.
8	Id.	2 tentat. de version.	Id.	3240	Id.
8	Id.	Tentative de forceps.	Id.	3430	Id.
8	Id.	.....	Perforation, cranioclasie, cé- phalotripsie.	3020	Id.
7.5 à 8	Front.	.....	Perforation et cranioclasie.	2600	Id.
8	Som.	Tentative de forceps.	Perforat., craniocl., céphalot.	3710	Id.
8	Id.	Tentative infruct. de version et de forceps.	Perforation et cranioclasie.	3000	Id.
8	Id.	Tentative de forceps.	Id.	2930	Id.
8	Id.	Tentat. infruct. de ver- sion et de forceps.	Perforat., craniocl., céphalot.	3150	Id.
8	Id.	.....	Perforation et cranioclasie.	2950	Id.
8.5	Id.	Tentative de forceps.	Perforation et céphalotripsie.	3530	Id.
8.5	Id.	Id.	Perforation et cranioclasie.	2700	Id.
10	Id.	Reposition du cordon.	Id.	3550	Id.
.....	Id.	Tentative de forceps.	Perforation, cranioclasie, cé- phalotripsie et cranioclasie.	3300	Id.
9	Id.	Id.	Version et céphalotripsie.	3840	Id.

conservatrice à indication relative par la renaissance de l'opération de Sigault, qu'il fait précéder des réflexions suivantes deux observations de symphyséotomie pratiquées par lui les 25 mai et 29 juin derniers :

« Plus croissait le nombre des opérations césariennes faites par moi dans ces dernières années et moins ces opérations me satisfaisaient, en dépit des bons résultats obtenus pour les mères et pour les enfants.

« L'ouverture de deux voies absolument contre nature (abdomen et utérus), si nécessaire dans les cas à indication absolue, m'est toujours apparue comme un pis aller hasardeux dans les cas à indication relative; et toujours mon attention se reportait sur les moyens permettant d'utiliser les voies naturelles.

« Les résultats remarquables obtenus, dans ces derniers temps, par la symphyséotomie dans les cliniques de Morisani à Naples et de Pinard à Paris, m'engageaient à l'entreprendre, moi aussi, dans les cas appropriés, afin de me faire une opinion personnelle sur cette vieille opération si longtemps excommuniée. Sur ces entrefaites j'eus l'occasion de la pratiquer chez deux multipares dont les bassins étaient justiciables de l'opération césarienne à indication relative. J'eus recours dans les deux cas, comme succédané de la césarienne, à la symphyséotomie. Le résultat fut parfait pour les mères et les enfants: la symphyséotomie m'a paru facile à exécuter et sans comparaison possible, quant aux dangers qu'elle peut comporter, avec la césarienne ou une laparotomie. Je suis actuellement d'avis que, quand ni le forceps ni la ver-

sion ne sont praticables, la perforation de l'enfant vivant et l'opération césarienne à indication relative doivent céder le pas à la symphyséotomie.

« Mon impression est que le champ de l'opération césarienne doit être considérablement réduit et restreint aux cas d'indication absolue, c'est-à-dire aux bassins de 6 cent. et au-dessous lorsque le fœtus est à terme. La mortalité, après l'opération césarienne est et reste plus grande qu'après la cranio tomie et la symphyséotomie, et cela en dépit de quelques statistiques particulières où elle oscille de 0 à 5 0/0. »

Après cet aveu du plus autorisé défenseur de la césarienne, la symphyséotomie a cause gagnée.

III

Ce que l'on peut gagner, grâce à un écartement pubien de 6 centimètres, aisé à produire, saute aux yeux dans les deux figures ci-jointes (fig. 1 et 2), construites par M. Farabeuf pour schématiser les résultats que nous avons, après bien d'autres expérimentateurs, obtenus sur le cadavre et que l'on doit mathématiquement obtenir sur la parturiente.

La première de ces figures montre que, dans un bassin de 6 centimètres de diamètre promonto-pubien, l'accouchement prématuré provoqué, combiné à la symphyséotomie, pourra permettre l'extraction d'un enfant viable. Mais c'est là un autre point de la question que je ne veux pas aborder aujourd'hui.

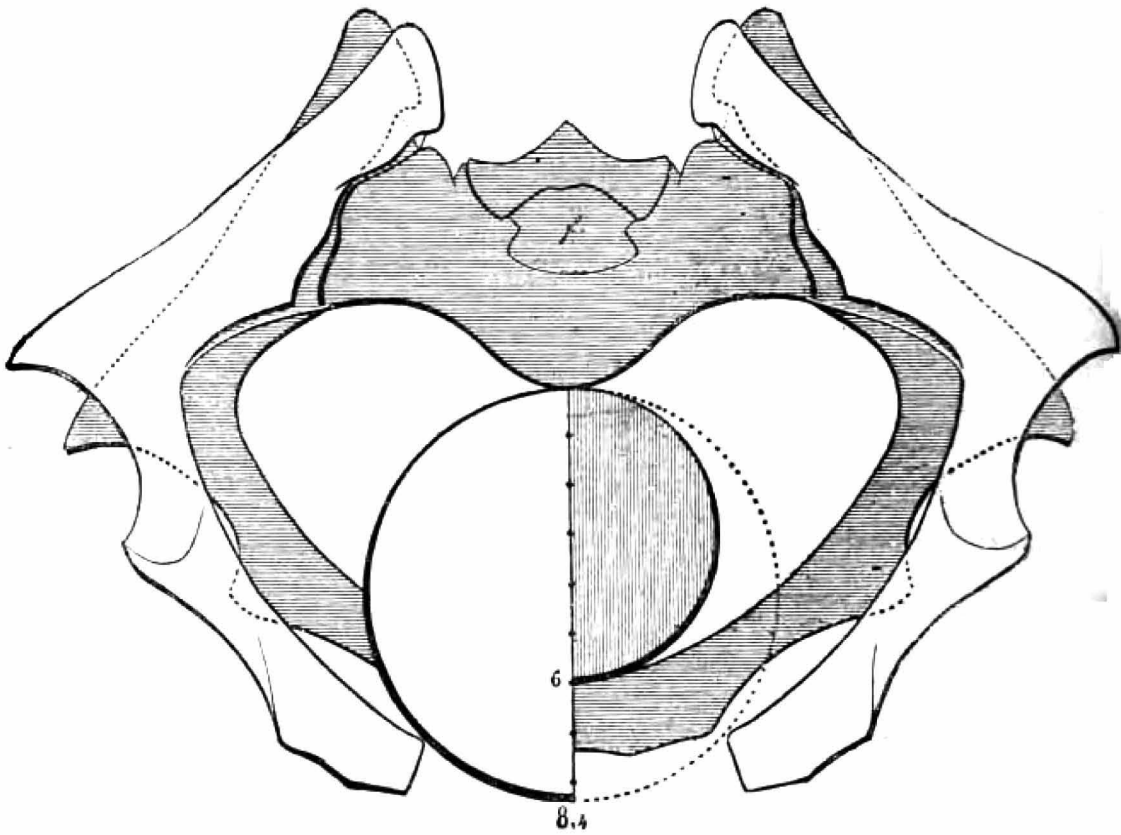


FIG. 1. — Coupe parallèle au plan du détroit supérieur d'un bassin très rétréci ayant un diamètre prompto-pubien de 6 cent. — représenté gris avant la section de la symphyse et blanc après l'écartement de 60 millim. permis par cette section.

Le diamètre de la sphère blanche, acceptée par le bassin écarté, est au diamètre de la sphère grise ajustée au bassin intact comme 84 : 60. Le volume de la sphère blanche est au volume de la sphère grise : : 310 : 113, presque le triple !

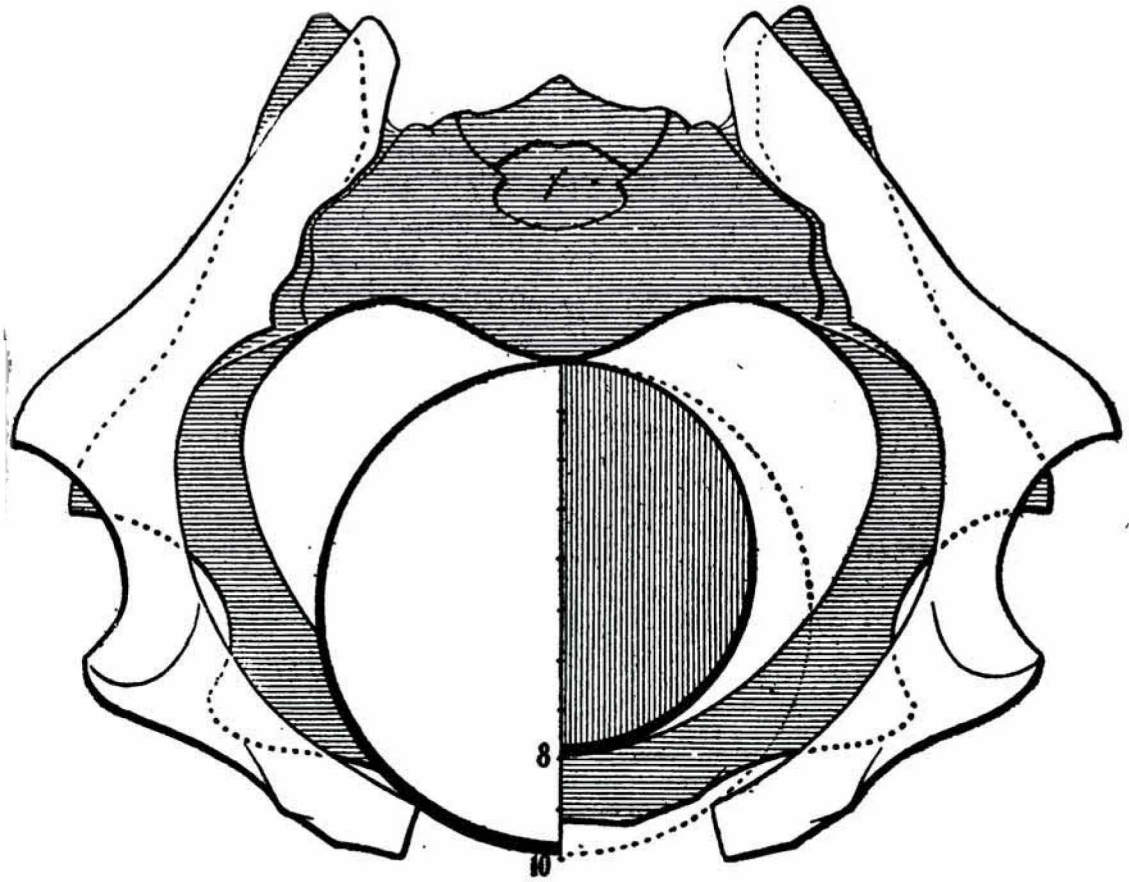


FIG. 2. — Coupe parallèle au détroit supérieur d'un bassin modérément rétréci, ayant un diamètre promonto-pubien de 8 cent. — représenté gris avant la symphyséotomie, blanc après l'écartement de 60 millim. permis par cette opération.

Le diamètre de la sphère blanche, acceptée par le bassin dilaté, est au diamètre de la sphère grise ajustée au bassin intact, comme 98 : 80. Le volume de la sphère blanche est à celui de la sphère grise : : 488 : 267, presque le double. Autrement : un fœtus de 3000 gr. sera plus petit pour le bassin coupé qu'un fœtus de 2000 gr. pour le bassin intact.

Tableau N° 2.

TABLEAU RÉSUMANT 18 OBSERVATIONS DE SYMPHYSE

Numéros	Parité	TERMINAISON des accouchements antérieurs	VICIATION pelvienne	Conj. vrai ou diam. utile
1	III	2 ^e accouch. prém. spont. à 7 mois. Enfants mort-nés.	.....	6,3
2	II	1 ^{er} accouch. à terme. Céphalotripsie.	.....	6,5
3	I	.....	Bas sin plat rachit.	6,6
4	II	1 ^{er} accouch. prématuré spont. à 7 mois.	Id.	6,7
5	I	.....	Id.	7
6	I	.....	Id.	7
7	II	<i>C'est la femme de l'observ. 6 ci-dessus.</i>	Id.	7
8	I	.....	Id.	7
9	IX	7 premiers acc. prém. spont. à 7 mois ; enfants morts. 8 ^e acc. à terme ; symphyséotomie, enf. viv. (Obs. n° 18 de la 3 ^e statistique de Morisani. <i>Ann. di Ostetr.</i> 1886, p. 390).	Id.	7
10	I	.....	Bassin asymétriq.	7
11	I	.....	Bassin plat rachit.	7
12	II	<i>C'est la femme de l'observ. 11 ci-dessus.</i>	Id.	7
13	II	1 ^{er} acc. prématuré provoqué à 7 mois. forceps. Enfant vivant.	Id.	7,2
14	II	1 ^{er} ac. prém. prov. à 8 m. ; forceps. Enf. m.	Id.	7,5
15	III	<i>C'est la femme de l'observ. 14 ci-dessus.</i>	Id.	7,5
16	II	1 ^{er} accouch., embryotomie céphalique.	.....	7,8
17	III	<i>C'est la femme de l'observ. 16 ci-dessus.</i>	.....	7,8
18	I	.....	Bassin plat rachit.	8

RIQUE, TIRÉES DE LA STATISTIQUE DE SPINELLI (Ann. de Gyn. Janv. 1892).

OPÉRATIONS	OPÉRATIONS	Poids de l'enfant	Diamètre bi-pariétal.	Etat de l'enfant	Issue pour la mère
Supérieures	finales				
.....	Symphyséotomie et forceps.	2100	8,5	Vivant	Guérie par 1 ^{re} intent.
.....	Symphyséotomie et version interne.	3240	9,2	Id.	G. id. se lève le 12 ^e j.
.....	Symphyséotomie et forceps.	2520	8,5	Id.	G. le 12 ^e j. s.
.....	Id.	5000	10	Id.	Guérie
.....	Inf. de forc. av. l'ent.	2920	9,2	Id.	Guérie
.....	Symphyséotomie et forceps.	3080	9,5	Id.	G. le 15 ^e j mort.
.....	Symphyséotomie et version.	2600	9	Id.	G. se l. 10 ^e j.
.....	Id.	3250	9,5	Viv. mais m. 12 h. ap.	Guérie
.....	Symphyséotomie et forceps.	3500	9,7	Vivant	G. se lève le 15 ^e jour
.....	Id.	3500	9,5	Id.	Guérie
.....	Id.	3050	8,8	Id.	Id.
.....	Id.	3160	9	Id.	Id.
.....	Id.	2920	8,5	Id.	G. se lève le 13 ^e jour
.....	Id.	3050	9,5	Id.	G. le 10 ^e j
.....	Id.	3150	9,3	Id.	G. se l. le 8 ^e j.
.....	Inf. du forc.	3320	9	Id.	Id.
.....	Id.	3070	9	Id.	G. se l. le 7 ^e j.
.....	Id.	3250	9,5	Id.	Guérie

La secondé figure prouve que dans les bassins viciés de 7 à 8 c. et au-dessus, ceux pour lesquels on faisait le plus souvent la basiotripsie, la symphyséotomie permet l'extraction facile à terme d'un enfant bien développé.

C'est là ce qui nous intéresse tout particulièrement pour le moment et ce que démontrent surabondamment les observations cliniques de Morisani et de Novi que je résume dans le tableau n° 2, (pages 236 et 237).

IV

Le manuel opératoire à l'aide duquel on peut obtenir les résultats que nous venons d'essayer de mettre en relief est simple et ne nécessite pas un appareil instrumental compliqué.

Voici celui que proposait M. Pinard, en s'appuyant sur l'expérimentation cadavérique, et qu'il indiquait dans sa leçon du 7 décembre dernier :

« Je crois que le manuel opératoire italien peut être simplifié et rendu plus sûr ; je suis convaincu que, dans la plupart des cas, la symphyséotomie sera facile ; qu'on peut sectionner la symphyse sans craindre de léser ni la vessie, ni le péritoine, et qu'il n'est pas nécessaire d'avoir à sa disposition un appareil instrumental compliqué.

« Ce qui me paraît raisonnable, le voici :

« 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, suffira 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 patiente 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 prépubienne attentivement, sur cette ligne, en tenant mon bistouri incliné et marchant rigoureusement dans le plan vertical médian.

« Une incision de 8 à 10 cent. 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 d'après le cadavre, quand la symphyse est coupée, les pubis s'écartent un peu d'eux-mêmes. Au 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 cent.*

« 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. »

Depuis la publication des lignes précédentes, j'ai assisté M. Pinard dans les cinq opérations qu'il a faites, j'ai opéré moi-même deux fois et j'ai pu me convaincre *de visu et de tactu* de la simplicité et de l'innocuité de ce manuel opératoire.

Redevenir accoucheur signifie, dans la pensée de mon maître, terminer l'accouchement par une application de forceps régulière au détroit supérieur. Je me rappelle ici,

qu'avant la renaissance de la symphyséotomie, nous préconisions chaleureusement l'emploi du forceps au détroit supérieur rétréci alors que l'école allemande se prononçait de préférence pour la version. Aujourd'hui que la section de la symphyse pubienne fait disparaître les derniers inconvénients du forceps dans les bassins viciés il ne peut plus y avoir de discussion : l'application de forceps est l'opération de choix ; l'extraction tête dernière n'est plus qu'un pis aller et l'on n'y doit avoir recours que contraint et forcé par les circonstances (présentation du siège ou de l'épaule irréductibles par suite de la rupture prématurée des membranes).

Quelles étaient en effet les seules objections que l'on pût faire à l'emploi du forceps régulièrement appliqué dans un bassin vicié ? Celles-ci, que M. Farabeuf et moi nous avons longuement exposées, avec figures démonstratives à l'appui, dans le chapitre intitulé : « Le levier combiné avec la traction de l'*Introduction à l'Étude clinique et à la pratique des accouchements* (p. 432 et suivantes) :

1° Le forceps s'oppose à l'accomplissement du mécanisme normal à cause de sa branche postérieure qui, pontant l'excavation du sacrum, rend inutilisable cette concavité où se loge dans l'accouchement spontané le versant postérieur de la tête.

2° Si la tête passe dans ces conditions ce ne peut être, pour peu que le rétrécissement soit prononcé, que grâce

à une réduction forcée et dangereuse. Cette réduction porte au maximum sur le pariétal antérieur dans lequel l'arc antérieur du bassin, la symphyse pubienne, enfonce la cuillère antérieure du forceps. La résistance de l'arc pelvien antérieur transforme trop souvent le forceps au détroit supérieur en un véritable céphalotribe.

La symphyséotomie a précisément pour effet de supprimer cette action désastreuse de l'arc antérieur pelvien. Voyez en effet la figure 2, page 235 : l'écartement des pubis porté à 6 centimètres permet à la cuillère antérieure de loger le point culminant de sa convexité à 10 centim. du promontoire dans un bassin de 8 ; plus de résistance pubienne et par suite plus de compression mortelle. Le forceps cesse d'être un instrument de réduction, rôle pour lequel il n'est pas fait ; il conserve tous ces avantages, qui sont incontestables, il en acquiert même de nouveaux comme instrument de traction.

Il va de soi que pendant l'extraction du fœtus l'aide qui a le soin de la plaie symphysienne doit surveiller attentivement l'écartement pubien et le mesurer.

Dès que le fœtus est extrait les aides qui maintenaient les cuisses dans l'abduction les ramènent dans l'adduction ce qui déjà rapproche notablement l'un de l'autre les pubis écartés par le cathétérisme vésical et le toucher vaginal de l'intégrité des parties molles antérieures du pubis. Une injection vaginale antiseptique et très chaude est faite ; lorsque le placenta commence à s'engager on l'extrait en

combinant la traction sur le cordon et l'expression.

La délivrance étant faite les aides portent les cuisses étendues dans l'adduction forcée et font effort pour mettre les pubis au contact. La plaie est lavée à l'eau phéniquée forte et suturée au fil d'argent : trois sutures profondes, prenant toutes les parties molles prépubiennes et des sutures superficielles en nombre variable suivant l'étendue de l'incision. La plaie suturée est saupoudrée d'iodoforme et recouverte d'une large compresse de gaze iodoformée maintenue par de l'ouate. Un bandage de corps en flanelle, bien serré, complète le pansement. Une immobilisation d'une dizaine de jours dans une gouttière de Bonnet est utile mais non indispensable. Il est bon de maintenir l'accouchée au lit pendant trois semaines.

Lorsque l'opération a été faite antiseptiquement la plaie symphysienne réunit par première intention.

Les sutures sont enlevées vers le 9^e jour.

Les suites de la symphyséotomie sont simples :

Il suffit de jeter un coup d'œil sur le tableau n° 2 (p. 236) pour se convaincre de l'innocuité de l'opération. Toutes les femme opérées par Morisani et Novi ont survécu ; il en est de même de celles au nombre de 11 qui ont été opérées à Paris depuis le mois de mars par M. Pinard et ses élèves (8), par M. Tarnier (1) par M. Porak (2) et en Allemagne par Müllerheim (de Strasbourg) et Léopold (de Dreads). Non seulement toutes ces femmes ont guéri, mais elles

marchent comme avant l'opération ; il en est qui ont pu se lever dès le 10^e jour.

Quant aux désordres du côté de l'appareil urinaire, tant redoutés des contemporains de Sigault, nous ne les avons observés dans aucun cas et les observations publiées depuis celle de M. Pinard n'en font aucune mention.

Je sais bien que dans la statistique de Morisani, revue par Caruso, il est parlé de quelques cas suivis de fistule vésico-vaginale. Mais il n'est pas démontré que ces fistules soient le résultat de la symphyséotomie. L'opération en question est souvent faite pour terminer un accouchement traînant en longueur ; or en pareil cas, sans symphyséotomie, la production des fistules vésico-vaginales est encore singulièrement fréquente chez nos voisins. Je n'en veux pour preuve que ceci : j'ai reçu il y a un mois environ un extrait du Bulletin de l'Académie médico-chirurgicale de Naples intitulé : *La prima centuria di Donne operate di fistole uro-genitale*, par le professeur O. Morisani. Il est déjà surprenant pour qui connaît un peu la pratique des hôpitaux français d'entendre un chirurgien parler de cent femmes opérées, de fistules uro-génitales. Mais voici qui est fait pour surprendre plus encore : 50 de ces femmes ont été traitées par Morisani en moins de 8 ans. Dans un pays où la fistule vésico-vaginale est à ce point fréquente dans les accouchements laborieux non traités par la symphyséotomie, il n'est pas besoin de

chercher dans la section de la symphyse l'explication des fistules observées après cette opération.

En résumé : L'efficacité de la symphyséotomie au point de vue de l'agrandissement des bassins rétrécis, l'absence de toute réaction générale et locale consécutive à l'opération, la rapidité de la réunion des pubis, la restitution ad integrum de toutes les fonctions du pelvis, sont autant de points dont la démonstration est faite aujourd'hui. Perforation, céphalotripsie, basiotripsie de l'enfant vivant sont des termes qu'on va pouvoir enfin rayer du vocabulaire obstétrical.

H. VARNIER.