

DE LA  
SYMPHYSÉOTOMIE ANTISEPTIQUE

DANS

LES RÉTRÉCISSEMENTS DU BASSIN

---

COMMUNICATION FAITE AU CERCLE DE MÉDECINE PRATIQUE

PAR

le Dr V. COCQ

Chirurgien adjoint à l'hôpital Saint-Pierre.

---

AVANT-PROPOS.

---

**HISTORIQUE.** — Ce n'est réellement qu'en 1886 que commence l'ère de la symphyséotomie antiseptique : en effet, c'est à cette époque que remonte la brillante série de succès obtenus par les accoucheurs napolitains. Déjà en 1768, un jeune étudiant en médecine, Jean-René Siegault, avait communiqué à la Faculté de médecine de Paris un mémoire dans lequel il soutenait que la section de la symphyse procurerait un écartement capable de rendre possible et même facile la sortie de l'enfant. La première divulsion des pubis ne fut pratiquée sur le vivant que le 30 septembre 1774. Il s'agissait d'une femme rachitique, mesurant 1<sup>m</sup>,20. Les tibias avaient une courbure interne très accentuée ; le diamètre antéro-postérieur du bassin ne mesurait que 6 1/2 centimètres. L'enfant était vivant et se présentait par les pieds. La dilatation était complète ; la poche des eaux, intacte. Cette femme, âgée de 38 ans, était enceinte pour la cinquième fois.

Les trois premiers accouchements avaient amené un enfant mort. Le quatrième fut particulièrement intéressant ; la plupart des grands accoucheurs furent appelés en consultation : Siegault proposa la section de la symphyse, Thévenot l'opération césarienne.

Tous les autres se rangèrent à l'avis de Levret, qui déclara que le diamètre antéro-postérieur était de 6 à 7 centimètres et que l'expulsion du fœtus serait naturelle. Le travail se prolongeant, on discuta la conduite à tenir et l'on se décida à pratiquer la version.

Destremeau fut chargé de ce soin.

« En vain, dit Siegault, dans un mémoire paru en 1777, il employa toute sa force pour arracher l'enfant; épuisé de fatigue, il fut relevé par cinq ou six de ses confrères 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. C'est la vue de ces désastres qui engagea Siegault à faire la symphyséotomie chez la même malade, enceinte pour la cinquième fois.

Les suites de cette opération furent excellentes pour la mère et pour l'enfant. La femme garda le lit pendant quarante-six jours et sortit de la maternité parfaitement guérie.

A partir de ce moment, les résultats de la symphyséotomie, pratiquée par Siegault, se répandirent dans toute l'Europe; ils devinrent l'origine de polémiques nombreuses qui rappellent bien plus les querelles médicales des comédies de Molière que de véritables discussions scientifiques.

Le mauvais vouloir des adversaires de Siegault fut d'abord confiné dans le domaine théorique, puis il trouva des faits sérieux à exploiter dans les fautes commises par quelques opérateurs malheureux.

Quoi qu'il en soit, depuis la première pubiotomie, pratiquée en 1774, jusqu'au 23 janvier 1786, date de la dernière opération symphysienne qui ait été signalée au XVIII<sup>e</sup> siècle, vingt-sept divulgations des pubis furent pratiquées et donnèrent des résultats très variés.

Ce manque d'analogie dans les suites opératoires devait fatalement diviser les accoucheurs en deux camps: les uns, avec Alphonse Leroy, se déclarant pour la symphyséotomie, les autres, avec Baudelocque, prônant l'opération césarienne (querelle des symphysiens et des césariens).

Cette lutte prit fin avec la Révolution; les sciences médicales subirent du reste un temps d'arrêt pendant cette période pour prendre, quelque temps après, un nouvel essor. La question fut remise sur le tapis, mais on l'accueillit avec une indifférence marquée: jusqu'en 1854 on ne signala que dix-huit cas.

D'ailleurs, les progrès de l'embryotomie et de l'accouchement

prématuré artificiel, qui allaient en s'accroissant de jour en jour, devaient bientôt faire abandonner la divulsion de la symphyse par les maîtres de l'obstétrique.

A dater de cette époque, la pubiotomie, délaissée dans toute l'Europe, n'eut plus qu'un refuge, l'Italie. L'école de Naples seule, au milieu de l'indifférence générale, fit preuve d'une persévérance remarquable, et ce fut, parmi les accoucheurs napolitains, à qui perfectionnerait la méthode; leur exemple, malheureusement, n'eut aucun retentissement à l'étranger. Aussi c'en était-il fait de la symphyséotomie, qui tomba dans le domaine de l'oubli.

Pourquoi s'étonner, dans ces conditions, que le nom même de l'opération disparût du vocabulaire médical ?

La plupart des traités classiques d'obstétrique le mentionnent à peine ou, s'ils lui consacrent quelques lignes, c'est à un point de vue historique.

Cependant on pouvait espérer que l'avènement de l'ère listérienne viendrait modifier la face des choses : il n'en fut rien. Les précautions antiseptiques ont pourtant rendu anodines certaines opérations, réputées jadis graves sinon mortelles, et la symphyséotomie est du nombre; comprend-on, dès lors, pourquoi les traités actuels d'accouchements passent cette intervention sous silence ou n'y font allusion que pour la couvrir de blâme ?

Cette lacune ou cette erreur proviennent de ce que les praticiens n'ont pas pu s'affranchir de l'influence des anciens maîtres, dont l'opinion fait loi encore à notre époque.

En effet, la plupart des auteurs modernes, se basant sur des statistiques anciennes et s'abritant derrière l'autorité de leurs prédécesseurs, « doutent fort qu'il se trouve beaucoup d'accoucheurs disposés à revenir à la symphyséotomie »; c'est ainsi du moins que s'exprimait le savant professeur Charpentier dans son traité paru en 1883. Je dois ajouter qu'aujourd'hui il en est complètement revenu et se constitue le défenseur de la divulsion pubienne.

Noegelé, le maître de l'obstétrique allemande, déclare, en 1880, « que le but à atteindre par cette intervention, c'est-à-dire l'agrandissement des diamètres du bassin, est presque toujours insuffisant. »

Wasseige, de Liège, dans son ouvrage publié en 1881, affirme « que la section de la symphyse a des suites toujours très graves pour la mère qui est presque aussi exposée que dans l'opération césarienne ».

Actuellement, il faut bien l'avouer, de nombreux faits attestent à l'évidence l'inanité de pareilles appréhensions et permettent de certifier que l'opinion des adversaires de la pubiotomie est basée bien plus sur des considérations théoriques que sur des données cliniques et expérimentales.

La statistique moderne de l'opération, quand celle-ci a été pratiquée entre certaines limites, donne une mortalité nulle pour la mère, insignifiante pour l'enfant.

N'est-on pas en droit d'affirmer, si l'on considère ces résultats, que la symphyséotomie réalise un très grand progrès ?

En effet, grâce à cette méthode, l'accoucheur pourra sauver deux existences là où il se trouvait dans la cruelle alternative soit de sacrifier l'enfant, en pratiquant l'embryotomie, soit de mettre en péril les jours de la mère, en pratiquant l'opération césarienne.

Les brillants succès obtenus en Italie par Morisani, Mancusi, Novi (1), Caruzo (2), Truzzi (3), n'auraient-ils pas dû déjà éveiller l'attention de nos compatriotes sur cette intervention ? Ce n'est pourtant qu'en 1892 que sonna, en France et en Allemagne, l'heure de la résurrection de cette opération que l'on considérait avant cette époque comme une curiosité historique. Le professeur Pinard, de Paris, dans une leçon donnée à la clinique Baudelocque (4), fit ressortir tout le parti pris qu'on avait manifesté à l'égard d'un procédé si fécond en résultats dans les mains de son collègue de Naples ; quelque temps après, ses assistants, les D<sup>rs</sup> Lepage, Varnier, Wallich et Potocki pratiquèrent avec lui treize pubiotomies (5). Puis ce fut le tour de Queirel (Marseille) et de Ribemont-Dessaignes (Beaujon) (6), de Pantaloni (7), de Porak (8), de Tarnier (9).

Cet exemple eut de l'écho en Allemagne : Léopold (10), Müllerheim (11), Désidérius (12), Zweifel (13) imitèrent ce qui avait été mis en pratique en France.

La renaissance de la symphyséotomie retentit en même temps en Angleterre et en Amérique.

(1) SPINELLI, *La symphyséotomie antiseptique à l'école obstétricale de Naples.* (ANN. DE GYNÉC. ET D'OBSTÉTR. Paris, 27 janvier 1892.)

(2) CARUZO, *Contributo alla pratica della sinfsiotomia.* (ANNALI DI OSTETRICIA E GYNECOLOGIA, t. XIV, n° 4, avril 1892.)

(3) TRUZZI, *Per la riabilitazione della sinfsiotomia.* (Milan, 1892.)

(4) PINARD, *La symphyséotomie.* Leçon donnée à la clinique Baudelocque. (ANN. DE GYNÉC. ET D'OBST. Paris, janvier 1892.)

(5) PINARD, *De la symphyséotomie à la clinique Baudelocque pendant l'année 1892.* (ANN. DE GYNÉC. ET D'OBST, t. XXXVIII, décembre 1892.)

(6) Cités par Pinard.

(7) Mentionné dans l'article de Wallich. (In BULL. MÉD., 23 octobre 1892.)

(8) PORAK, Communication au premier Congrès international de gynécologie et d'obstétrique, tenu à Bruxelles en 1892.

(9) TARNIER, *Bulletin de l'Académie de médecine de Paris.* (28 juin 1892.)

(10) LÉOPOLD, *Centralblatt für Gynœk.* (30 juillet 1892.)

(11) MÜLLERHEIM (Strasbourg) : *Id.*, 30 juillet 1892.

(12) VOIR VELITS : *Id.*, n° 40, p. 777, 1892.

(13) ZWEIFEL : *Id.*, n° 44, p. 857, 1892.

Jewet (1), Barton Hirst (2), Tongreen (Helsingfors) (3) furent les premiers pubiotomistes dans ces pays. Au Brésil, la première divulsion pubienne vient d'être pratiquée tout récemment par Rodriguez dos Santos, qui s'empressa de l'annoncer au professeur Pinard : celui-ci mentionne le fait dans son dernier article.

De sorte qu'en moins d'un an, la littérature médicale s'est enrichie de plus de cinquante observations de symphyséotomie, dont quarante-cinq ont été recueillies par nous dans diverses publications périodiques et résumées à la fin de ce travail. Sur ces quarante-cinq cas, aucun décès n'est mentionné au point de vue maternel, quatre seulement sont signalés au point de vue foetal, et l'opération en est encore à sa phase d'orientation ! De ces quatre décès, le premier doit être attribué à un écartement insuffisant des pubis, le second à une faiblesse congénitale du fœtus, le troisième à une application irrégulière du forceps, enfin le quatrième à l'enclavement de la tête au détroit inférieur, depuis longtemps déjà, lorsqu'on est intervenu ; la symphyséotomie ne doit donc pas être incriminée dans ces mécomptes.

Peut-on trouver un témoignage plus éloquent que ces chiffres en faveur d'une opération classée, il n'y a pas longtemps encore, au rang des curiosités historiques ? Puissent ces faits ouvrir les yeux des chirurgiens que leur situation privilégiée dans les cliniques obstétricales met à même de pratiquer fréquemment cette méthode. La symphyséotomie a reçu déjà la sanction de quelques accoucheurs rompus à l'exercice de leur profession ; son application ne tardera pas à se généraliser. Il ne se trouvera plus alors de médecin qui ne se tienne prêt à la pratiquer ; il en est, en effet, de cette intervention comme des autres opérations d'urgence, la kélotomie et la trachéotomie, par exemple : le moindre retard pourrait être fatal.

Tout médecin, quel qu'il soit, pourra prendre sur lui d'intervenir sans attendre l'arrivée d'un médecin plus expérimenté ou mieux outillé ; sa conduite sera pleinement justifiée par la facilité du manuel opératoire et la simplicité de l'appareil instrumental : une simple trousse suffit.

(1) JEWETT (Brooklyn) : *The med. News*, 16 oct. 1892.

(2) BARTON COOKE HIRST : *Id.*

(3) A. TONGREEN (Helsingfors) : *British med. Journal*.

CHAPITRE I. — *De la valeur absolue de la symphyséotomie.*

Deux questions se posent aux accoucheurs actuels à qui l'on remémore cette opération, absolument oubliée par la plupart d'entre eux.

La divulsion des pubis peut-elle produire un agrandissement du bassin suffisant pour le but qu'on se propose ?

L'opération a-t-elle des suites bénignes pour la mère et pour l'enfant ?

Les expériences d'amphithéâtre et les observations cliniques vont nous permettre de répondre à ces deux questions.

Les expériences d'amphithéâtre d'abord ; je ne signalerai que celles qui ont été faites dans ces derniers temps par Morisani, par Pinard, en collaboration avec Farabeuf et Varnier, et enfin quelques essais qui ont été pratiqués par nous sur le cadavre.

Morisani, à la suite de nombreuses recherches, déclare que l'écartement des pubis peut atteindre 7 centimètres, mais dépasserait difficilement cette limite sans produire de graves désordres dans les symphyses sacro-iliaques. « Lorsqu'on a incisé, dit-il, le cartilage interpubien chez une femme en travail ou sur un cadavre de femme morte en couches, les deux pubis s'écartent de 3 à 4 centimètres ; l'écartement a lieu spontanément avec les cuisses fléchies sur le bassin et les jambes sur les cuisses ; il peut atteindre facilement 6 ou 7 centimètres, sans lésions des symphyses sacro-iliaques, si l'on éloigne les cuisses l'une de l'autre par une légère pression exercée sur leur face interne. »

Pinard fixe à 6 centimètres la limite de l'écartement des pubis. Les résultats de ses expériences ont été résumés par Wallich de la façon suivante :

1° L'écartement des pubis, obtenu après la section de la symphyse, fournit un agrandissement des diamètres du bassin proportionnel à cet écartement, et cela par le jeu des articulations sacro-iliaques, sans que les ligaments de celles-ci soient lésés ;

2° Dans les bassins rachitiques mesurant au-dessus de 6 centimètres dans le sens antéro-postérieur, l'agrandissement fourni par l'écartement des pubis est plus considérable que celui fourni par un même degré d'écartement sur un bassin normal ;

3° L'écartement peut mesurer jusqu'à 6 centimètres sans lésions des articulations sacro-iliaques.

Nous avons fait nous-même trois expériences à l'amphithéâtre :

1. La première a été pratiquée sur le cadavre d'une femme de 39 ans, morte de phtisie pulmonaire.

La femme étant dans le décubitus dorsal, les membres inférieurs en extension, je pratiquai une incision de 5 centimètres sur la ligne médiane, commençant à un travers de doigt au-dessus de la symphyse et se dirigeant en bas, en déviant latéralement au niveau du clitoris pour épargner cet organe.

Je pratiquai une boutonnière dans l'aponévrose des muscles droits de l'abdomen, un peu au-dessus de la symphyse, et j'agrandis cette ouverture vers le bas. L'articulation fut ainsi mise à nu. J'introduisis derrière le pubis l'index gauche pour repousser le péritoine et la vessie en arrière, et pour détacher de l'os les tissus rétropubiens. Enfin je sectionnai le ligament interpubien, puis le ligament sous-pubien, au moyen d'un bistouri droit pointu. Je procédai à la section en donnant de petits coups de scalpel de manière à inciser le ligament fibre par fibre. Je rompis les dernières attaches avec le doigt. J'obtins après la section un écartement spontané de 2 1/2 centimètres que je fis porter successivement à 3, 4, 5, 6, 6 1/2 centimètres par l'adduction forcée des cuisses. Ce n'est qu'à 6 1/2 centimètres que se produisit un craquement dans les symphyses sacro-iliaques.

Mon collègue des autopsies, M. le Dr Van Hoeter, qui avait bien voulu m'aider dans cette expérience, me fit remarquer la facilité étonnante de cette opération et sa rapidité. Le scalpel avait pénétré dans le cartilage sans difficultés; un laps de temps de cinq minutes avait suffi pour terminer la section des parties molles et de la symphyse sans qu'aucune lésion du péritoine ou de l'urètre eût été provoquée.

II. La deuxième expérience fut pratiquée sur le cadavre d'une jeune fille de 15 ans, morte d'endocardite. Même procédé opératoire. Écartement spontané : 1 1/2 centimètre, porté à 6 1/2 centimètres. A 7 centimètres, il se produisit un craquement dans les symphyses sacro-iliaques.

III. La troisième expérience fut pratiquée sur le cadavre d'une femme de 25 ans, morte à la suite de suppuration pelvienne.

Le cartilage interpubien était complètement ossifié; nous fûmes obligé de le diviser au moyen d'une scie ordinaire à amputation. Malgré la rapidité avec laquelle la section fut achevée, aucune lésion ne fut produite du côté des tissus mous.

Cette expérience montre encore une fois la simplicité, la facilité de la symphyséotomie. L'écartement spontané, qui se produisit immédiatement, atteignit 2 centimètres; l'abduction des cuisses le porta à 6 1/2 centimètres; à 7 centimètres, un craquement se produisit dans les symphyses sacro-iliaques.

Ces expériences prouvent que l'opération est facile, qu'elle peut être pratiquée sans que les tissus voisins courent le moindre risque, qu'elle n'exige qu'un temps très court pour être exécutée, enfin qu'elle permet un écartement des pubis de 6 centimètres, sans que les symphyses sacro-iliaques soient en danger. Cependant, il s'agissait de bassins appartenant à des cadavres, dans lesquels, par conséquent, les ligaments devaient être moins susceptibles de distension que sur le vivant; en outre, les sujets étaient morts en dehors de tout état puerpéral, et chacun sait la souplesse des cartilages et des ligaments du bassin au terme de la grossesse.

Comment expliquer alors les conclusions de Baudelocque qui, lui aussi, fit de nombreux essais à l'amphithéâtre, et n'obtint qu'une augmentation insuffisante du diamètre antéro-postérieur, à moins qu'il ne provoquât de graves désordres? Nous ne pouvons souscrire à de pareilles conclusions, d'autant plus que les bassins sur lesquels nous avons opéré étaient normaux, et il est démontré que dans les bassins rachitiques, mesurant au-dessus de 6 centimètres dans le sens antéro-postérieur, l'agrandissement fourni par l'écartement des pubis est plus considérable que celui fourni par un même degré d'écartement sur un bassin normal.

Si l'on tient compte de ces deux considérations, l'état de grossesse, la forme rachitique du pelvis, on peut affirmer que lorsque ces deux conditions sont réunies, il est possible d'obtenir un agrandissement notable du bassin, grâce à la symphyséotomie.

Quels seront l'étendue et le mécanisme de l'ampliation pelvienne?

La plupart des opérateurs qui se sont occupés de la pubiotomie, admettent que les pubis divisés se portent en avant à mesure qu'ils s'écartent: ainsi se trouverait augmenté le diamètre antéro-postérieur.

Morisani, qui a beaucoup étudié cette question, ne partage pas cet avis. Il fait remarquer d'abord que si l'on veut parler rigoureusement, l'accroissement du diamètre antéro-postérieur n'existe pas, puisque la symphyse où devait aboutir ce diamètre est détruite.

Considère-t-on comme diamètre antéro-postérieur la ligne qui finit sur le point où se trouvait la symphyse et où correspondent les parties molles après l'opération?

Cette ligne s'accroîtra évidemment autant que le lui permettra la distension des parties molles, mais cet accroissement ne suffit pas à lui seul: d'autres facteurs interviennent pour augmenter la capacité du bassin et rendre possible l'expulsion du fœtus. Ce n'est donc pas, pour parler rigoureusement, la distance conjuguée vraie qui augmente de longueur, mais les deux diamètres qui partent du promontoire et vont aboutir à chacun des os divisés.



Ces deux lignes sont réellement plus longues, mais cet allongement n'est pas dû à la projection en avant des os disjoints.

• En effet, dit Morisani, la force capable de pousser en avant les os iliaques devrait être appliquée de dehors en dedans sur la moitié postérieure du bassin ou de dedans en dehors sur sa moitié antérieure; or, il n'existe, que je sache, aucune force dans la partie postérieure du bassin ni dans sa partie antérieure. »

La cause de l'écartement des pubis réside dans l'élasticité des ligaments des articulations sacro-iliaques, élasticité qui est elle-même mise en jeu par les masses musculaires entourant le bassin et par la pression exercée sur les cuisses.

Ces forces agissent dans le sens latéral et ne peuvent par conséquent pousser les pubis en avant.

L'augmentation des lignes sacro-pubiennes doit être interprétée autrement : ces lignes représentent les cordes des deux arcs d'une figure curviligne décrite par les os iliaques. Ces deux arcs s'éloignent l'un de l'autre en prenant un point d'appui sur leur extrémité postérieure, la symphyse sacro-iliaque, et en roulant sur le sacrum resté fixe. Dans ces conditions, plus grande sera la rotation effectuée par les arcs, plus longues seront les cordes de ceux-ci, c'est-à-dire les lignes qui vont du point fixe aux extrémités mobiles. Le mécanisme de l'agrandissement du bassin se conçoit donc facilement.

Pour chaque centimètre d'écart entre les pubis, les lignes qui vont du promontoire aux extrémités des deux os divisés, s'accroissent en moyenne de presque 2 1/2 millimètres.

Le maximum d'écartement de la symphyse, compatible avec l'intégrité des articulations sacro-iliaques, est connu; il peut être évalué à 6 centimètres.

L'augmentation maximum des lignes sacro-pubiennes atteindra donc de 13 à 15 millimètres environ.

Il faut noter que l'accroissement du diamètre antéro-postérieur n'est pas uniformément proportionnel à l'écartement des pubis. Minime pour les premiers centimètres d'écart, il croît de plus en plus à mesure qu'un nouveau centimètre vient s'ajouter aux précédents.

Non seulement les lignes promonto-pubiennes s'allongent, mais encore toutes celles que l'on pourrait tirer du promontoire à chaque point de la moitié antérieure du bassin.

L'accroissement de celles-ci n'a pas été étudié, et pourtant il serait utile de le connaître, car l'obstacle, dans les bassins viciés, peut résider non seulement entre le pubis et le sacrum, mais aussi dans toute la longueur des branches horizontales et jusqu'au delà des cavités cotyloïdes.

Quoi qu'il en soit, ces lignes subissent un allongement réel.

La symphyséotomie produit par conséquent une ampliation assez notable de la capacité pelvienne, ampliation qui va jusque 15 millimètres.

De plus, dans la descente de la tête, une des bosses pariétales s'engage dans l'espace compris entre les pubis; le diamètre bi-pariétal du fœtus diminue donc, au point de vue utile, de la longueur de cette bosse pariétale, soit 6 ou 8 millimètres. La divulsion de la symphyse produit ainsi une augmentation réelle des distances pelviennes antéro-postérieures, qu'on peut évaluer à 20 ou 22 millimètres. Quant aux diamètres transverses et obliques du détroit supérieur et de l'excavation, ils subissent un allongement qui atteint le quart ou la moitié de l'écartement des pubis, selon qu'on s'éloigne ou qu'on se rapproche des extrémités du diamètre transverse.

∴

La symphyséotomie a donc une valeur certaine au point de vue de l'agrandissement des diamètres du bassin et de l'expulsion de l'enfant, mais en est-il de même quand on envisage les résultats opératoires : en d'autres termes, le traumatisme qu'elle provoque n'a-t-il pas des conséquences graves pour la mère ?

On a successivement invoqué, pour condamner cette méthode, les contusions et les déchirures des parties molles, la suppuration de la région, la dénudation, la carie, l'absence de consolidation des pubis, les plaies de la vessie et de l'urètre, les fistules vésico-vaginales, l'écartement des symphyses sacro-iliaques, les dépôts purulents dans les fosses iliaques, le prolapsus de l'utérus et du vagin, la péritonite, accidents qui, d'après les adversaires de la section pubienne, résulteraient du traumatisme que celle-ci produit inévitablement.

La statistique des symphyséotomies pratiquées avant 1830 est bien faite pour jeter l'effroi dans l'esprit des accoucheurs.

Sur 41 cas dont 37 sont publiés dans la thèse de Desforges, on mentionne 14 décès du côté de la mère (37 %) et 28 du côté de l'enfant (74 %).

La vie du fœtus était donc fort compromise quand on pratiquait, à cette époque, la pubiotomie.

La plupart des femmes qui ne mouraient pas de l'opération, conservaient des infirmités graves, soit des fistules vésico-vaginales, soit une absence de consolidation des pubis, amenant plus tard la claudication.

C'est dans les insuccès relatés dans les thèses du commencement de notre siècle que les auteurs modernes ont puisé leurs

arguments pour juger la divulsion de la symphyse aussi sévèrement qu'ils le font dans leurs traités. Les résultats peu favorables de la statistique leur ont fait placer cette méthode au rang des opérations les plus graves; les essais infructueux de Baudelocque, à l'amphithéâtre, les ont amenés à contester même l'utilité de la section pubienne, au point de vue de l'ampliation des diamètres du bassin.

Il n'est pas étonnant que l'on verse dans de pareilles erreurs lorsqu'on s'abrite prudemment derrière l'opinion des maîtres, qui ne peut remplacer, en aucune façon, l'expérience de la clinique guidée par les recherches d'amphithéâtre.

Les insuccès de l'ancienne statistique s'expliquent, du reste, facilement.

En tête des causes qui compromettaient les suites opératoires pour la mère et pour l'enfant, il convient de signaler l'état d'infériorité dans lequel se trouvait la chirurgie à une époque où la découverte de Lister n'exerçait pas encore son influence bienfaisante.

L'antisepsie permet aujourd'hui d'éviter d'une façon certaine les phénomènes redoutables de suppuration qu'on signalait jadis.

Le manque de précision de la technique opératoire doit entrer en ligne de compte, à côté du défaut d'antisepsie. Le surcroît de précautions que prend le chirurgien de notre époque rend impossibles les lésions de la vessie et de l'urètre, si fréquentes dans les pubiotomies pratiquées au siècle dernier.

En effet, en incisant la symphyse au-devant de l'index, qui sépare ainsi le bistouri de la vessie, l'opérateur ne peut blesser ce viscère; en plaçant une sonde métallique dans l'urètre et en ayant soin d'abaisser cet organe, au moyen de cette sonde, au moment d'inciser les parties inférieures de la symphyse, l'opérateur peut terminer la section sans danger.

La maladresse du chirurgien n'était donc pas étrangère aux nombreux accidents qui mettaient en péril la femme et l'enfant; aussi est-il permis de dire avec Jaccoluci « que la statistique de la symphyséotomie comprend les résultats de l'opération et ceux des fautes de l'opérateur ».

Les moyens accessoires mis en œuvre pour l'extraction du fœtus, le forceps et la version, revendiquent aussi une part très grande dans la genèse des mécomptes survenus à la suite de la divulsion pubienne: en effet, la mère et l'enfant ont alors couru tous les risques de ces interventions.

Les lésions des parties génitales avant l'acte opératoire, l'époque du travail choisie comme moment opportun de l'intervention, ont également leur influence: il faut attendre que le col soit dilaté de façon que la symphyse ne reste pas trop longtemps ouverte.

Enfin, la gravité des résultats de la section des pubis doit être attribuée, en grande partie, à ce que l'on n'a pas tenu compte de la limite inférieure de son indication.

Le chirurgien peut gagner, grâce à l'écartement des deux os, 22 millimètres, si l'on considère l'allongement réel des lignes sacro-pubiennes et l'augmentation du bassin qui résulte de la diminution relative du diamètre bipariétal du fœtus, par suite de l'engagement d'une des bosses pariétales dans l'espace compris entre les deux os. Si nous ajoutons à ce chiffre le degré de réductibilité de la tête de l'enfant, que nous pouvons évaluer sans exagération à 6 millimètres, nous obtiendrons, au point de vue utile, un accroissement de 28 millimètres.

Le diamètre bipariétal à terme atteint 9,5 centimètres. Quel sera donc le bassin qui laissera passer, grâce à la symphyséotomie, une tête d'enfant à terme? Celui dont la distance sacro-pubienne, augmentée de 28 millimètres, sera égale au diamètre bi-pariétal du fœtus, soit donc un bassin de 6,7 centimètres.

C'est pour avoir opéré au-dessous de cette limite que beaucoup d'accoucheurs ont eu des insuccès à enregistrer.

Si l'on consulte les observations qui se trouvent à la fin de la thèse de Desforges, on constate, en effet, qu'on est souvent intervenu même à 4  $\frac{1}{2}$  centimètres; il n'est pas étonnant que l'on ait eu des mécomptes dans de pareilles conditions.

La symphyséotomie n'est donc pas une opération grave, qui entraîne souvent des accidents redoutables, parfois mortels, comme l'affirment la plupart des auteurs qui daignent lui accorder quelques lignes dans leurs traités.

Du reste, les faits cliniques font justice d'une semblable accusation et corroborent les données expérimentales. La statistique de Morisani, communiquée au Congrès international de Londres en 1881, est déjà plus favorable que la statistique ancienne.

La mortalité maternelle est de 20 % au lieu de 37 %; la mortalité fœtale, de 18 % au lieu de 74 %.

Sur 50 femmes opérées, 40 furent sauvées; 41 enfants furent extraits vivants.

Les résultats obtenus dans ces dernières années sont encore plus heureux.

Sur 50 symphyséotomies signalées, dont 45 sont publiées (nous les avons recueillies dans diverses revues périodiques et résumées à la fin de cet article), nous n'avons à mentionner aucun décès du côté de la mère; 4 décès seulement du côté de l'enfant.

Dans le premier cas, l'écartement des pubis était insuffisant (observ. n° 26).

Dans le deuxième cas, l'enfant est mort de faiblesse congénitale (observ. n° 33).

Dans le troisième cas, le forceps a été appliqué irrégulièrement (observ. n° 42).

Enfin, dans le quatrième cas, la tête était enclavée depuis un certain temps au détroit supérieur lorsqu'on est intervenu (observ. n° 43).

Ce n'est donc pas à la symphyséotomie qu'on doit imputer ces mécomptes.

La température ne s'est pas beaucoup écartée de la normale chez toutes les malades.

La réunion des parties molles s'est opérée dans les délais ordinaires, comme après toutes les incisions antiseptiques.

La première intention n'a pas toujours été obtenue; quelques fils superficiels ont suppuré dans certains cas; cette complication, qui ne présentait d'ailleurs aucune gravité, doit être attribuée, sans aucun doute, à une faute d'antisepsie: on pouvait donc l'éviter.

La consolidation des pubis s'est faite sans suppuration; elle était déjà suffisante le quinzième jour pour que la malade pût sortir de son appareil contentif.

La station debout et la marche ne furent possibles qu'à partir du vingtième ou du vingt-cinquième jour.

Aucune douleur, aucune gêne ne sont à mentionner ni du côté de la symphyse, ni du côté des articulations sacro-iliaques. La malade n'éprouve aucune difficulté à marcher; il n'existe donc pas de chevauchement, de mobilité anormale des pubis. Aucune lésion grave des voies urinaires n'est signalée. Les enfants sont tous bien portants, sauf l'un d'eux qui meurt le lendemain de l'opération.

Les bassins mesurent de 6,3 à 8 centimètres. Les foetus pèsent de 2,100 à 5,000 grammes.

La plupart des opérées sont des multipares. Quelques-unes, dans leurs grossesses antérieures, ont accouché spontanément, à terme, d'un enfant mort. Souvent on a dû recourir au forceps, à la version, à l'embryotomie ou bien à l'accouchement prématuré artificiel à sept ou huit mois.

L'observation 1 est assez intéressante: la femme a eu sept grossesses qui se sont terminées spontanément, à terme, par l'expulsion d'enfants morts. La huitième fois, on a pratiqué la symphyséotomie et l'on a obtenu un enfant vivant.

L'observation 29 présente cette particularité qu'il a fallu avoir recours dans quatre accouchements antérieurs à la céphalotripsie. La cinquième fois, l'accouchement prématuré artificiel a été pratiqué à huit mois, et la sortie de l'enfant a été facilitée par la symphyséotomie.

Chez toutes les multipares, on n'avait jamais obtenu d'enfants

vivants dans les couches antérieures, soit qu'on eût essayé sans succès l'accouchement prématuré artificiel (observ. n<sup>os</sup> 20, 28, 29, 31), soit qu'on eût été obligé d'intervenir par l'embryotomie (obs. n<sup>os</sup> 19, 20, 21, 29, 31, 32).

∴

CONCLUSIONS : 1<sup>o</sup> *Les expériences d'amphithéâtre établissent que l'ampliation de la capacité pelvienne produite par la symphyséotomie est suffisante au-dessus de 6.7 centimètres de diamètre conjugué vrai.* Les lignes sacro-pubiennes s'accroissent de 13 à 15 millimètres. La longueur relative du diamètre bipariétal diminue de 6 à 8 millimètres par l'engagement d'une bosse pariétale dans l'espace inter-pubien ; sa longueur réelle diminue de 6 millimètres environ, par suite de la réductibilité de la tête de l'enfant. En tenant compte de ces chiffres, on peut affirmer qu'une tête de fœtus à terme, mesurant ordinairement 9.5 centimètres dans son diamètre bipariétal, passera facilement à travers un bassin mesurant 6.7 centimètres dans son diamètre conjugué vrai.

2<sup>o</sup> Les faits cliniques apportent leur sanction aux faits expérimentaux.

La symphyséotomie est favorable à la mère et à l'enfant.

Un fœtus à terme et bien développé peut traverser, grâce à cette opération, facilement et sans aucun danger pour lui, un bassin vicié dont le diamètre conjugué vrai mesure au moins 6.7 centimètres.

Une femme dont le bassin est vicié peut subir impunément la section de la symphyse, pourvu que l'opération soit pratiquée antiseptiquement et dans les limites ci-dessus indiquées.

## CHAPITRE II. — *De la valeur relative de la symphyséotomie.*

La valeur relative de la symphyséotomie doit être étudiée en établissant un parallèle entre elle et les autres opérations obstétricales pratiquées dans les angusties pelviennes. Nous passerons successivement en revue le forceps, la version, l'embryotomie, l'opération césarienne, enfin l'accouchement prématuré artificiel.

∴

A. *Forceps.* — Nous n'avons pas à envisager ici les indications du forceps autres que les rétrécissements pelviens, attendu que cette seule cause de dystocie est justiciable de la symphyséotomie. Le forceps peut toujours être essayé jusque 7 centimètres. Les accoucheurs allemands et anglais ont voulu lui substituer la version ; Schröder recommande la version même dans les bassins très

rétrécis de 7 et 6  $\frac{1}{2}$  centimètres. Barnes pense que cette méthode s'applique bien aux bassins de 8 à 9 centimètres, mais il la rejette au-dessous de 7  $\frac{1}{2}$  centimètres et lui préfère alors le forceps, qui d'ailleurs ne réussit que rarement dans de pareilles conditions.

Quoi qu'il en soit, l'extraction de la tête première, tout au moins à terme, est plus avantageuse que celle de la tête dernière, d'autant plus que dans le second cas il faut agir vite si l'on ne veut pas que l'enfant meure asphyxié. La présentation du siège a été très judicieusement comparée à celle du sommet compliquée de la pro-cidence du cordon; cette complication amène déjà une mortalité considérable dans les bassins normaux : que doit-il en résulter pour l'enfant lorsque le bassin est vicié et, partant, l'extraction plus longue, plus laborieuse?

C'est donc au forceps qu'on doit recourir le plus souvent, sauf les exceptions énoncées plus loin, quand le bassin aura au moins 7 centimètres.

Il est bien entendu qu'on ne se servira de cet instrument que si l'engagement n'avait pas de tendance à se faire spontanément; le praticien commettrait cependant une faute s'il s'attardait dans une longue expectation. Il ne doit pas non plus s'épuiser dans de vaines applications de forceps ni adopter le procédé de Depaul, qui ne se contentait pas de sa seule force et s'adjoignait celle d'un aide pour exercer sur la tête du fœtus des tractions énergiques. Charpentier a vu cet accoucheur réussir quelquefois, par ces manœuvres, à faire passer des enfants vivants, mais ils n'ont pas survécu longtemps. A l'autopsie, on a trouvé des fractures des pariétaux et des épanchements intra-craniens qui expliquaient la mort.

Quant aux mères, les résultats n'étaient pas plus satisfaisants; la mortalité était plus considérable chez les accouchées de Depaul que chez celles où les tractions avec le forceps avaient été moins énergiques.

Les manœuvres de Depaul doivent donc être rejetées, mais ne pourrait-on pas suivre l'exemple de Dubois et faire des applications répétées de l'instrument à des intervalles de quelques heures?

Cette méthode n'est à conseiller que si le rétrécissement n'est pas inférieur à 7  $\frac{1}{2}$  centimètres, et qu'il ne faille pas agir vite. Plus l'angustie sera considérable, plus les tractions devront être énergiques et plus aussi les lésions qu'on peut provoquer seront graves. Ces désordres augmentent avec la force que l'on doit déployer, la saisie irrégulière et l'élévation de la tête, c'est-à-dire avec le degré d'angustie pelvienne et l'irrégularité du détroit supérieur et de l'excavation : aussi conseillons-nous, après deux ou trois applications infructueuses du forceps, d'avoir recours à la symphy-

séotomie, quand le diamètre conjugué est supérieur à 6.7 centimètres.

Farabeuf s'est adressé à un mathématicien pour calculer la force déployée par les efforts de l'accouchement.

Le forceps passe dans un anneau qui le serre à quelques millimètres au-dessous de sa partie la plus large. Pour faire le calcul en question, on mène deux tangentes à la convexité des cuillers au niveau des points de contact de ces cuillers avec l'anneau. Ces tangentes se rapprochent comme les faces d'un coin dirigé vers le manche de l'instrument. Écartées de 100 millimètres au niveau des points de contact, elles ne le sont plus que de 90 millimètres à peu près à 1 décimètre plus bas.

Le grand écartement qu'on représente par  $E = 100$  millimètres.

Le petit écartement qu'on représente par  $e = 90$  millimètres.

La longueur des faces du coin ( $l$ ) = 100 millimètres.

Le poids suspendu au forceps =  $p$  (traction exercée par l'accoucheur).

La puissance qui résulte de cette traction pour la dilatation du bassin et la compression de la tête foetale =  $P$ .

$$P = p \times \frac{l}{E - e} = p \times \frac{100}{100 - 90} = p \times \frac{100}{10} = p \times 10.$$

Donc l'action de l'anneau pelvien décuple la force de traction ; si celle-ci est modérée, 30 kilogrammes par exemple, l'effort déployé est en réalité de 300 kilogrammes. L'accoucheur peut exercer une traction de 80 kilogrammes, qu'on doit évaluer à 800 kilogrammes dans les conditions énoncées plus haut.

Nous sommes donc loin de cette règle classique : « La pression exercée par les cuillères du forceps, est égale à la moitié environ de la traction ».

Il est difficile d'établir un parallèle entre les résultats de la symphyséotomie et ceux du forceps, car deux accouchements ne se ressemblent guère, surtout dans les bassins viciés.

Cependant, il ne faut pas se le dissimuler, les tractions pratiquées suivant la méthode de Depaul pourraient produire des lésions assez graves des organes maternels. Au contraire, la disjonction de la symphyse faite d'une façon antiseptique, est toujours anodine, si l'on ne produit pas un écartement des os pubiens supérieur à six centimètres et si l'on n'opère pas dans un bassin dont le diamètre conjugué vrai est inférieur à 6.7 centimètres.

Les statistiques modernes de la symphyséotomie donnent une mortalité nulle au point de vue maternel. Au point de vue foetal,



cette intervention présente également de grands avantages, car elle ne compromet nullement l'existence de l'enfant et facilite son expulsion spontanée ou son extraction par le forceps ou la version.

*Conclusions* : Dans les bassins supérieurs à 7 centimètres, si l'engagement ou la descente n'avaient pas de tendance à se faire spontanément, il faudrait appliquer le forceps, sauf dans les cas énumérés au chapitre suivant.

En cas d'échec, le praticien ne doit pas s'épuiser dans de vaines tentatives; il pratiquera la symphyséotomie et abandonnera à la nature le soin d'expulser le produit, ou terminera l'accouchement par le forceps ou la version, suivant les circonstances, si le travail menaçait de se prolonger.

*B. Version podalique.* — La version ne doit guère être préférée au forceps que dans les bassins obliques.

Dans cette variété d'angustie, il est extrêmement utile que la grosse partie de la tête s'engage dans la partie large du bassin. Si le sommet se présentait et se trouvait placé d'une façon favorable, l'accoucheur aurait soin de ne pas modifier la présentation, sinon il ferait la version, afin d'amener l'occiput dans la portion large du pelvis.

Lorsque le bassin est régulièrement rétréci ou aplati, la version ne doit être appliquée que si l'on y est forcé par une complication compromettant l'existence de la mère ou de l'enfant et mettant le praticien en demeure d'agir vite; une rupture de l'utérus, une hémorragie grave, une procidence du cordon ou des membres, certaines présentations du front ou de la face (mento-postérieure), les présentations transversales sont dans ce cas, et encore l'accoucheur commence-t-il par essayer de ramener le sommet au détroit supérieur soit par des manœuvres externes, soit à l'aide des doigts introduits dans l'utérus.

La version n'est, du reste, pas exempte de dangers.

Pratiquée dans des conditions favorables et par un opérateur habile, elle n'est grave ni pour la mère ni pour l'enfant; si le praticien n'est pas expérimenté, le liquide amniotique peu abondant, et le temps qui s'est écoulé depuis le début du travail assez long, si la matrice est rétractée et que des tentatives inutiles de version aient été déjà pratiquées, que le degré de rétrécissement soit considérable, alors la manœuvre est loin d'être anodine pour la femme et pour le produit.

La vie du fœtus est d'ailleurs toujours compromise : on fait descendre facilement le tronc, mais c'est l'engagement de la tête dans le détroit supérieur rétréci qui offre le plus de difficultés; il faut souvent, pour la faire descendre, opérer des tractions très

énergiques. Charles a vu arriver à la Maternité de Liège des parturientes que des praticiens avaient essayé de délivrer par la version; « parfois le cou était arraché, et la tête, restée seule dans l'excavation, n'était pas saisie facilement à cause de sa mobilité; d'autres fois, la malheureuse arrivait avec le corps du fœtus entre les jambes, parce qu'on n'était pas parvenu à dégager la tête; ou bien le forceps avait dérapé, le vagin était lacéré, le périnée complètement déchiré ».

Il ne faut pas perdre de vue que l'application du forceps sur la tête dernière est plus difficile que sur la tête première, car l'excavation est occupée en partie par le cou de l'enfant.

*Conclusion* : La version est donc une opération qui n'a son indication réelle, abstraction faite de certaines présentations de la face et du tronc, et des circonstances qui mettent le praticien en demeure d'agir vite, que dans les bassins obliques.

Dans le cas où elle aurait été tentée et où la tête dernière n'aurait pu être extraite après plusieurs applications successives de forceps, la symphyséotomie s'imposerait au-dessus de 6.7 centimètres, si l'on percevait encore les battements du cœur fœtal; l'embryotomie serait indiquée si l'enfant était mort.

Souvent la symphyséotomie perd ses avantages lorsqu'on a pratiqué la version dans un bassin oblique ovalaire : en effet, le pubis du côté ankylosé reste fixe et embarrasse la partie large du pelvis, qui est la seule perméable. Dans ce cas, l'ischio-pubiotomie, proposée par Farabeuf, trouve son indication. L'opération se fait du côté ankylosé; la souplesse de la symphyse sacro-iliaque mobile permet l'écartement de toute la partie non rétrécie du bassin; celle-ci entraîne la portion rétrécie située entre la symphyse pubienne et la ligne de section osseuse. On dilate et l'on rend ainsi perméables, non seulement la partie large du bassin, mais encore la partie étroite, grâce à cette valve munie de deux charnières flexibles qui se détache du reste du pelvis.

*C. Embryotomie.* — Les indications de cette opération sont différentes suivant que le fœtus est mort ou vivant.

Le fœtus est-il mort, l'intérêt seul de la mère doit entrer en ligne de compte : dans ce cas, il incombe à l'accoucheur de choisir le procédé qui expose le moins aux froissements, aux lacérations, aux contusions des tissus maternels; aussi aura-t-il recours immédiatement à l'embryotomie dès qu'une application de forceps ou la version seront restées infructueuses : il serait dangereux, en effet, de s'épuiser en vains efforts qui compromettraient l'existence de la mère. Au-dessous de 7 centimètres, le fœtus doit même être broyé d'emblée, sans tentatives préalables d'extraction par le forceps ou la version.

Le produit, au contraire, est-il vivant, la ligne de conduite du praticien est toute différente : nous n'admettons l'embryotomie, dans ce cas, qu'au-dessous de 6,7 centimètres, quoi qu'en pensent la plupart des accoucheurs. En effet, s'il est logique que l'existence de la mère ne soit pas comparable à celle de l'enfant et que, après avoir fait tous ses efforts pour les sauvegarder toutes les deux, l'accoucheur doit sacrifier le fœtus pour essayer de sauver la parturiente, il n'en est pas moins vrai qu'il serait coupable s'il ne poussait jusqu'au bout ses tentatives de conservation des deux êtres. Ne serait-ce pas une faute grave, dans ces conditions, que de négliger d'avoir recours à la symphyséotomie, alors que cette opération ne compromet en rien l'existence de la mère et n'est suivie d'aucun dommage pour elle ?

Les statistiques les plus favorables de l'embryotomie, au point de vue maternel, ne dépassent pas celles que fournit la divulsion de la symphyse. La meilleure, depuis l'avènement de l'antisepsie, est celle de Tarnier qui, dans toute une série d'applications de son basiotribe, n'a eu aucun décès à enregistrer : elle peut être mise en parallèle avec les nombreuses pubiotomies pratiquées dans ces dernières années en France, en Allemagne et en Italie, sans mortalité maternelle.

Si l'on ajoute à ces considérations déjà concluantes que la symphyséotomie respecte presque toujours l'enfant, que la consolidation et les suites opératoires, au point de vue fonctionnel, sont, dans la majorité des cas, favorables pour la mère, on est bien forcé de convenir que les limites de l'embryotomie doivent se circonscrire considérablement.

Comment pourrions-nous admettre les conclusions de Benoît (thèse de 1881 sur l'embryotomie), lorsque de nombreuses et récentes observations viennent les infirmer ?

Les excès de volume de la tête, l'ossification avancée du crâne, les présentations compliquées et irrégulières, en particulier les présentations de la face en mento-postérieures, certains cas de procidence des membres venant compliquer les présentations, surtout celles de la face, enfin quelques monstruosité qui, pour Benoît et la plupart des auteurs modernes, sont des indications inhérentes à l'enfant, ne doivent plus exister ; en effet, il est possible, grâce à la symphyséotomie, de terminer l'accouchement en sauvant le fœtus et sans mettre en péril les jours de la mère. Les angusties pelviennes ne seront plus guère justifiables de l'embryotomie que si le diamètre conjugué vrai est inférieur à 6,7 centimètres (dans le cas où l'enfant serait vivant).

Un autre argument plaide en faveur de la divulsion pubienne, c'est sa facilité ; le manuel opératoire est simple et nécessite peu

d'habileté manuelle ; en outre, l'appareil instrumental est restreint : un simple bistouri suffit. Cette circonstance ne met-elle pas l'opération à la portée de tous les praticiens ?

Il n'en est pas de même de l'embryotomie, qui exige des instruments très compliqués, très coûteux et qui sont de plus susceptibles de se détraquer. Au surplus, les différents temps de l'intervention peuvent présenter des difficultés en rapport avec l'étroitesse du bassin ; tous les auteurs s'accordent à reconnaître que certains procédés d'embryotomie font partie des opérations les plus délicates de la pratique obstétricale ; la céphalotripsie est dans ce cas. Le manque d'habitude du médecin peut causer de véritables désastres dans les organes maternels. Il est vrai que le basiotribe de Tarnier réalise comme moyen de broiement et d'extraction tous les desiderata, mais encore ne met-il pas la femme complètement à l'abri des lésions pouvant résulter de la production d'esquilles qui traverseraient le cuir chevelu de l'enfant.

Bien que les succès de l'inventeur de l'instrument s'affirment de jour en jour, nous dirons avec M. Charpentier que « l'embryotomie est toujours une opération grave : grave par les conditions dans lesquelles la nécessité l'impose, grave par les difficultés de la manœuvre. On comprend donc que les chiffres de la mortalité soient relativement élevés, même quand elle est pratiquée avec toute la douceur et toute l'habileté désirables ».

Quels que soient pourtant les inconvénients de l'embryotomie (mort de l'enfant, lésions possibles des organes maternels), elle sera indiquée, le fœtus étant encore vivant, quand la symphyséotomie n'est plus possible à terme, c'est-à-dire au-dessous de 6.7 centimètres de diamètre conjugué vrai.

Au-dessous de 5 centimètres, quelques rares accoucheurs, avec Pajot et Barnes, la pratiquent encore : Pajot prétend même réussir à 27 millimètres, grâce à la céphalotripsie répétée sans tractions ; Barnes est parvenu à extraire un fœtus d'un bassin métallique n'ayant que 25 millimètres, à l'aide de l'écrasement linéaire au moyen d'un fil d'acier. Cet accoucheur n'a jamais essayé son procédé sur le vivant, et son expérience sur un bassin artificiel n'est nullement concluante.

Quoi qu'il en soit, l'opération césarienne moderne donne des résultats qui doivent faire disparaître toute hésitation chez le praticien : celui-ci doit recourir à cette opération plutôt que de pratiquer des tentatives d'embryotomie, toujours graves dans un bassin très étroit.

Dans les présentations de l'épaule, quand on a fait la version et que la tête ne sort pas, une application du forceps réussit souvent ; en cas d'insuccès, la symphyséotomie serait préférable à l'embryotomie.

Si une épaule était engagée et que la version fût impossible, la divulsion de la symphyse permettrait à l'accoucheur de la dégager et de faire évoluer le fœtus.

*D. Opération césarienne.* — L'opération césarienne ne trouve son indication absolue que lorsque l'angustie pelvienne est tellement prononcée que le fœtus ne peut être extrait ni vivant ni mort à travers les voies génitales.

En présence des résultats désastreux de l'embryotomie au-dessous de 4 centimètres, la plupart des accoucheurs pensent qu'au-dessous de cette limite, l'opération césarienne est indispensable. Pajot et Barnes cependant ont pratiqué l'embryotomie dans des bassins plus étroits, mais des tentatives de ce genre ne sont pas à conseiller.

Au-dessus de 4 centimètres, le praticien se trouve dans l'alternative de choisir entre plusieurs méthodes.

Le diamètre antéro-postérieur du pelvis est-il inférieur à 6.7 centimètres, le produit ne pourra être extrait par les voies naturelles que s'il a été réduit de volume. Dans ces conditions, les accoucheurs se divisent en deux camps, les uns prônant l'embryotomie, les autres se déclarant partisans de l'opération césarienne et la conseillant vivement à la mère, en se basant sur les considérations suivantes :

1° L'opération césarienne doit toujours donner un enfant vivant ; l'embryotomie sacrifie toujours le fœtus ;

2° L'opération césarienne n'est pas plus dangereuse pour la femme que l'embryotomie, quand le bassin est fortement rétréci ;

3° On n'a pas le droit de sacrifier l'enfant quand on peut l'avoir vivant, surtout lorsque la méthode qui permet d'atteindre ce résultat ne compromet pas fatalement les jours de la mère.

Cette argumentation est combattue point par point par les partisans de l'embryotomie.

La gastro-hystérotomie ne donne pas toujours un enfant vivant, dit M. Charpentier, « puisqu'il résulte des recherches de Kayser que la mortalité des enfants est de 30 % ».

Cette objection n'a pas grande valeur, car les circonstances dans lesquelles on est intervenu ne sont pas mentionnées. On peut se demander dans quel état se trouvait le produit avant l'opération. Il est évident que le fœtus a moins à souffrir lorsqu'il est extrait par l'incision abdominale que lorsqu'il est expulsé par les voies ordinaires.

L'opération césarienne doit donner 100 % d'enfants vivants, si ceux-ci sont en bon état au moment de l'intervention.

L'opération césarienne est beaucoup plus dangereuse pour la mère que l'embryotomie, dit encore M. Charpentier, en se basant

sur la statistique. Cependant, si la mortalité des mères atteignait un chiffre élevé (54 %) avant l'ère listérienne, la situation se présente aujourd'hui sous un aspect plus favorable.

Les dangers peuvent provenir du choc ou épuisement nerveux, suite de tous les grands traumatismes, de l'hémorragie primitive ou secondaire, de la septicémie et de la péritonite puerpérale.

Si l'accoucheur se règle sur l'état de la parturiente pour choisir le mode d'intervention, s'il ne temporise pas trop et ne soumet pas la femme à des tentatives d'opérations diverses qui l'épuiserait, enfin s'il observe les préceptes du manuel opératoire et s'entoure des précautions antiseptiques de rigueur, tous ces dangers seront écartés.

La dernière statistique de Léopold ne renferme qu'une mortalité insignifiante : 10 %.

Les partisans de l'opération césarienne ajoutent comme dernier argument qu'on n'a pas le droit de sacrifier l'enfant lorsque les procédés qui permettent de l'avoir vivant, ne compromettent pas fatalement les jours de la mère. Les embryotomistes objectent qu'entre la vie précaire d'un nouveau-né et celle d'une femme adulte, la moindre hésitation n'est pas permise; aussi faut-il, d'après eux, que l'opération césarienne soit de nécessité absolue, c'est-à-dire qu'il n'y ait pas d'autre moyen de terminer l'accouchement, pour qu'on puisse la pratiquer. Nous ne pouvons souscrire à de pareilles conclusions, mais nous admettrons qu'il faut, pour être autorisé à faire la gastro-hystérotomie, que l'enfant soit vivant et viable, c'est-à-dire apte à vivre de la vie extra-utérine, et que la mère, à qui l'on devra exposer la situation, consente formellement à l'opération, la réclame même au besoin.

Dans le cas où la parturiente ne serait pas en possession de la plénitude de ses facultés intellectuelles, devrait-on déclarer, avec Nœgelé et Grenser « qu'il n'appartient ni au mari, ni à la famille, ni au médecin, de trancher la question de savoir s'il faut ou non faire l'opération césarienne, et que dans ces conditions le praticien doit donner la préférence à tout autre moyen moins dangereux pour la femme? »

Les statistiques modernes établissent que la gastro-hystérotomie offre à la mère plus de chances favorables que fâcheuses; d'autre part, ses résultats s'éloignent peu, au point de vue maternel, de ceux de l'embryotomie; ces prémisses étant admises, je ne vois pas pourquoi, dans le cas qui nous occupe, l'accoucheur ne serait pas en droit de faire l'opération césarienne, surtout s'il a quelque pratique de la chirurgie abdominale.

Nous avons envisagé quelle devait être l'intervention au-dessous de 4 centimètres et au-dessous de 6.7 centimètres. Si le diamètre

conjugué vrai est supérieur à 6.7 centimètres, la ligne de conduite du praticien ne sera plus la même; en effet, les données du problème sont alors notablement modifiées : le forceps, la version, la symphyséotomie entrent en ligne de compte.

Le forceps et la version doivent toujours être essayés dans les conditions énoncées plus haut; en cas d'échec de ces manœuvres, la symphyséotomie s'impose. Ainsi se trouvent conciliées les opinions diverses des auteurs, puisque la mère et l'enfant sont sauvés tous deux, grâce à cette intervention.

Au point de vue maternel, le pronostic de la divulsion pubienne est plus favorable que celui de l'opération césarienne, aussi avantageux que celui de l'embryotomie; plus favorable que celui de l'opération césarienne : en effet, les résultats de cette dernière opération ne peuvent être bons que si elle a été pratiquée par un chirurgien habile, ayant l'habitude de la chirurgie abdominale, secondé par plusieurs médecins. La pubiotomie, au contraire, peut être pratiquée par l'accoucheur sans l'aide de confrères et sans autres instruments que ceux de sa trousse.

Au point de vue fœtal, la symphyséotomie a une valeur égale à celle de la gastro-hystérotomie.

*E. Accouchement prématuré artificiel.* — L'accouchement prématuré artificiel est une intervention ayant pour but de provoquer l'expulsion du fœtus à une époque où il est viable, donc entre le septième mois et le terme de la grossesse, afin d'être utile à la mère et à l'enfant.

La plus fréquente des indications de cette méthode, celle pour laquelle elle a été pratiquée tout d'abord, celle qui nous intéresse seule dans ce travail, consiste dans les rétrécissements du bassin.

A quelle époque faut-il agir?

La détermination de l'âge de la grossesse, du volume de l'enfant et du degré d'étroitesse pelvienne sont les trois facteurs qui vont nous servir à la solution du problème. Malheureusement les deux premières conditions ne sont pas toujours faciles à fixer d'une façon précise. Les renseignements fournis par la femme au sujet de sa dernière menstruation sont souvent incertains; dans les angusties pelviennes, le volume du ventre est plus considérable que normalement et le fœtus se trouve tout entier au-dessus de l'excavation; aussi est-on exposé à des erreurs qui sont grosses de conséquences, quand il s'agit d'un rétrécissement prononcé, rétrécissement qui exige la provocation de l'accouchement à 7 mois ou à 7 mois et demi.

Quant au volume de la tête, — la seconde condition énoncée plus haut, — il est difficile de le mesurer par les différents procédés

de céphalométrie interne, qui n'ont pas grande valeur. Heureusement que, à part certains cas exceptionnels, on peut évaluer approximativement l'étendue des diamètres céphaliques aux différents mois de la grossesse, en prenant comme guide la longueur du diamètre bipariétal. Cette longueur mesure autant de centimètres que la grossesse compte de mois.

La grande réductibilité de la tête foetale, qu'on peut évaluer sans exagération à 5 millimètres, doit être prise en considération.

Dans ces conditions, une tête de

8 1/2	mois	mesurant	8 1/2	centim.	(diam bipar.)	passera	dans	un	bassin	de	8	centim.
8	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	7 1/2	—
7 1/2	—	—	7 1/2	—	—	—	—	—	—	—	7	—
7	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	6 1/2	—

Dans les bassins qui ont un diamètre conjugué vrai inférieur à 6 centimètres, la tête du fœtus, en admettant qu'elle puisse passer grâce au forceps, ne pourra le faire sans violence exercée sur l'enfant et sans traumatisme pour la mère. La limite inférieure de l'accouchement prématuré est fixée à 6 centimètres, sa limite supérieure à 10 centimètres; mais pour être autorisé à le pratiquer dans un rétrécissement peu marqué, il faut que les accouchements antérieurs aient été difficiles.

Cette dernière considération doit donc entrer en ligne de compte à côté de l'âge de la grossesse, du volume foetal et du degré d'étroitesse pelvienne.

*Dans les bassins ayant plus de 8 centimètres*, il faut attendre chez les primipares et n'intervenir qu'une dizaine de jours avant le terme; chez les multipares, ne provoquer l'expulsion prématurément que si les accouchements antérieurs ont exigé l'emploi du forceps, même quand l'application de l'instrument a été efficace, car les enfants naissent d'autant plus volumineux que le nombre de grossesses augmente; intervenir encore si les accouchements antérieurs se sont terminés par la naissance d'enfants volumineux ou d'enfants morts; enfin, s'il a fallu avoir recours à l'embryotomie.

*Dans les bassins ayant moins de 8 centimètres*, le médecin doit pratiquer l'accouchement prématuré à l'âge de la grossesse qui correspond à la longueur du diamètre bipariétal, déduction faite de la réductibilité céphalique du produit de la conception.

Dans les bassins de 7 1/2 centimètres, à 8 mois.

—	7	—	7 1/2	—
—	6 1/2	—	7	—
—	6	—	6 1/2	—

Quelquefois l'expulsion de l'enfant ne peut se faire spontanément, quoique l'époque choisie comme moment de l'intervention soit en



rapport avec le degré de rétrécissement pelvien : le forceps permettra de terminer l'accouchement dans la majorité des cas, si le diamètre conjugué n'est pas inférieur à 8 centimètres. Au-dessous de cette limite, l'instrument peut parfois ne pas triompher de la résistance opposée par le bassin ; la symphyséotomie sera toujours indiquée dans ces conditions.

Le degré d'écartement des pubis ne devra pas être bien considérable, car la longueur du diamètre bipariétal de l'enfant se rapproche beaucoup de celle du diamètre antéro-postérieur du bassin, si l'on a opéré à une époque convenable de la grossesse, calculée d'après les préceptes énoncés plus haut. L'embryotomie ne serait de mise que si le forceps et la symphyséotomie ne venaient pas à bout des obstacles que rencontre le fœtus.

Considéré en lui-même, l'accouchement prématuré artificiel, comme la divulsion de la symphyse pubienne, est une opération pratiquée dans l'intérêt de la mère et de l'enfant.

Il serait difficile d'établir un parallèle entre les deux interventions.

Si l'accoucheur est consulté par la femme un certain temps avant le terme de la grossesse, il doit précipiter les événements plutôt que d'attendre la fin du neuvième mois, se réservant de pratiquer la symphyséotomie à cette époque.

L'expulsion artificielle du produit de la conception donnera d'autant plus de succès qu'on pourra la provoquer plus tardivement, c'est-à-dire que le bassin sera moins rétréci et que l'intervention consécutive sera moins active.

Grâce à la symphyséotomie, on réalise ces desiderata.

L'enfant est viable à sept mois ; son diamètre bipariétal atteint à cette époque 7 centimètres ; il peut diminuer de 5 millimètres, grâce à la réductibilité de la tête fœtale, et de 8 millimètres, par suite de l'engagement d'une bosse pariétale dans l'espace interpubien, quand on a pratiqué la symphyséotomie. Le bassin s'accroît de 13 à 15 millimètres, grâce à l'allongement des lignes sacropubiennes, quand la symphyse a été divisée. L'accoucheur gagne donc 26 à 28 millimètres au point de vue utile.

Dans ces conditions, il est permis d'espérer :

1° Que la mortalité fœtale s'atténuera considérablement parce qu'il sera possible, par la symphyséotomie, d'intervenir à une époque plus tardive de la grossesse, et que les opérations qui ont pour but la mort de l'enfant seront évitées ;

2° Qu'un grand nombre d'accidents seront éloignés de la mère, puisqu'ils sont imputables à la version, au forceps, à la céphalotripsie ;

3° Que l'expulsion d'un produit viable (à 7 mois) pourra se

faire bien au-dessous de 6 centimètres, c'est-à-dire dans des conditions où l'avortement est considéré par tous les accoucheurs comme la seule ressource, à moins qu'on ne veuille recourir à des interventions plus graves, au terme de la grossesse.

Voici un exemple : Un bassin de 5 centimètres, grâce à l'écartement des pubis, atteint facilement 6.3 centimètres. Le diamètre bipariétal, si l'on tient compte de son raccourcissement réel (5 millimètres) et de sa diminution relative (8 millimètres) par l'engagement d'une bosse pariétale dans l'espace interpubien, ne mesurera 6.3 centimètres, déduction faite de ces deux longueurs, qu'à 7 mois et demi.

**Conclusions : conduite à tenir dans les rétrécissements pelviens.**

Paul Dubois, dans sa thèse de 1834, a posé les trois divisions qui régissent encore aujourd'hui toute la pratique :

- 1° Le bassin a 9 centimètres au moins dans son diamètre conjugué vrai ;
- 2° Le bassin a 9 centimètres au plus, 6 centimètres au moins ;
- 3° Le bassin a 6 centimètres au plus.

Si la symphyséotomie prend place parmi les opérations obstétricales, la division établie par Dubois doit être modifiée. Nous proposons la classification suivante :

- 1° Bassins ayant plus de 6.7 centimètres ;
- 2° Bassins ayant moins de 6.7 centimètres, mais plus de 4 centimètres ;
- 3° Bassins ayant moins de 4 centimètres.

I. BASSINS AYANT PLUS DE 6.7 CENTIMÈTRES. — La conduite de l'accoucheur est différente suivant que le fœtus est vivant ou mort dans le sein de la mère.

A. *Enfant vivant.* — L'intervention variera avec l'époque de la grossesse.

a) *Grossesse à terme.* 1° *Sommet.* — Si l'enfant se présente par le sommet, il faut attendre, à moins qu'il n'y ait une indication du côté de la mère ou du fœtus ; si le travail se prolonge et que la mère s'épuise, appliquer le forceps ; en cas d'insuccès, ne pas prolonger les tentatives, surtout au-dessous de 7.5 centimètres, et faire la symphyséotomie. Ne pratiquer l'embryotomie que si l'écartement des pubis ne permettait pas l'extraction au moyen du forceps. Pratiquer l'opération césarienne, au lieu de l'embryotomie, si l'intéressée, mise au courant de la situation, la réclamait pour sauver son enfant.

2° *Face*. — Si la face se présente en mento-antérieure, attendre, surtout quand le diamètre conjugué est supérieur à 7.5 centimètres.

Le travail se prolonge-t-il, appliquer le forceps. Faire la symphyséotomie, en cas d'échec avec cet instrument; enfin, ne recourir à l'embryotomie ou à l'opération césarienne que si la pubiotomie ne réussit pas, et prendre toujours l'avis de l'intéressée.

Si la présentation est en mento-postérieure, chercher d'abord à transformer la présentation de la face en présentation du sommet, en amenant la flexion de la tête; si les efforts n'aboutissent pas, appliquer le forceps pour produire la rotation de la tête. Comme précédemment, ne pas s'acharner dans de vaines tentatives. On peut également faire la version, puis appliquer le forceps sur la tête dernière et faciliter même sa sortie par la divulsion de la symphyse. N'avoir recours à la version comme méthode de choix que dans les bassins obliques ovalaires; dans ce cas, si la tête rencontrait des obstacles sérieux dans l'engagement, pratiquer plutôt l'ischio-pubiotomie que la symphyséotomie. Ne pratiquer l'embryotomie qu'en cas de nécessité absolue.

3° *Extrémité pelvienne*. — Dans la présentation de l'extrémité pelvienne, faire la version par manœuvres externes pour amener le sommet au détroit supérieur; agir ensuite comme dans la présentation du sommet.

4° *Épaupe*. — Si c'est l'épaupe qui se trouve au détroit supérieur ou dans l'excavation, essayer la version externe. En cas d'échec, faire la version podalique, appliquer le forceps sur la tête dernière, au besoin pratiquer la symphyséotomie. N'avoir recours à l'embryotomie que si l'indication est absolue.

b) *La grossesse n'est pas à terme*. — Si la grossesse n'est pas à terme, il faut attendre, quand le bassin a plus de 8 centimètres, à moins que les accouchements antérieurs n'aient été difficiles.

Au-dessous de 8 centimètres, il faut pratiquer l'accouchement prématuré artificiel :

A 7 mois dans les rétrécissements de	6 1/2	à	6	centimètres.
A 7 1/2 — — —	7	à	6 1/2	—
A 8 — — —	7 1/2	à	7	—
A 8 1/2 — — —	8	à	7 1/2	—

Dans le cas où l'expulsion spontanée serait difficile, on pourrait appliquer le forceps; pratiquer la symphyséotomie si l'on n'aboutit pas avec cet instrument et abandonner l'expulsion du produit à la nature ou terminer encore par le forceps.

La divulsion de la symphyse rendra de grands services quand

on l'emploiera concurremment avec l'accouchement prématuré artificiel.

En effet, l'écartement des pubis nous fait gagner 13 millimètres, la réductibilité de la tête 5 millimètres, et l'engagement d'une bosse pariétale dans l'espace interpubien, pendant la descente, 6 à 8 millimètres, soit en tout 24 millimètres au moins.

Dans ces conditions, ne pourrait-on pas provoquer l'expulsion du fœtus à 7 mois dans les rétrécissements de 4.6 centimètres? Cette vue théorique recevra peut-être un jour la sanction de l'expérience.

**B. *Enfant mort.*** — L'enfant a-t-il succombé dans le sein maternel, il faut agir alors comme précédemment, mais recourir plus vite à l'embryotomie dès que le forceps ou la version n'auront pas réussi; la pratiquer d'emblée au-dessous de 7  $\frac{1}{2}$  centimètres. La symphyséotomie ne doit pas entrer en ligne de compte.

**II. BASSINS AYANT MOINS DE 6.7 CENTIMÈTRES, MAIS PLUS DE 4 CENTIMÈTRES.** — Si l'enfant est mort avant terme, provoquer son expulsion; si c'est à terme, pratiquer l'embryotomie.

Si l'enfant est vivant, le praticien consulté par une parturiente arrivée à la fin de la grossesse, se trouve dans l'alternative difficile de choisir entre l'embryotomie et l'opération césarienne. Il se tirera d'embarras en mettant l'intéressée au courant de la situation, sans exagérer ni atténuer les dangers qu'elle pourra courir, et en se conformant à sa décision.

Le médecin qui est appelé à donner son avis avant le septième mois pourrait peut-être tenter l'accouchement prématuré artificiel jusque 4.6 centimètres, avec la perspective d'avoir recours, au moment du travail, à la symphyséotomie et au forceps.

**III. BASSINS AYANT MOINS DE 4 CENTIMÈTRES.** — A terme, l'indication de l'opération césarienne est absolue.

Avant le terme de la grossesse, proposer l'avortement légal ou l'expectation, avec la perspective de l'opération césarienne en temps opportun; se conformer à la décision de l'intéressée.

### CHAPITRE III. — *Des indications de la symphyséotomie.*

Il a été établi, en traitant de la valeur absolue de la symphyséotomie, qu'un fœtus à terme et bien développé peut traverser, grâce à cette intervention, un bassin vicié dont le diamètre conjugué vrai mesure au moins 6.7 centimètres. Dans les rétrécissements aussi prononcés, les accoucheurs de tous les pays conseillent et pratiquent l'embryotomie ou l'opération césarienne.

Il est hors de doute également qu'une femme à terme peut subir impunément la divulsion de la symphyse pubienne, pourvu que l'opération soit pratiquée antiseptiquement et dans les limites ci-dessus indiquées.

La pubiotomie réalise donc de très grands avantages, puisqu'elle permet de sauver la mère et l'enfant.

L'embryotomie sacrifie le produit, mais offre de sérieuses garanties au point de vue maternel.

On comprend, dans ces conditions, qu'il soit permis d'hésiter entre les deux interventions, lorsque le fœtus est mort; je crois pourtant que dans ce cas il serait préférable de recourir à l'embryotomie.

Avant le terme de la grossesse, il est possible qu'un fœtus viable, c'est-à-dire ayant au moins sept mois, traverse des bassins inférieurs à 6.7 centimètres.

En effet, l'écartement maximum des os pubiens (6 centimètres) augmente le diamètre conjugué vrai de 13 à 15 millimètres; le diamètre bipariétal de l'enfant subit une diminution relative de 6 à 8 millimètres, par suite de l'engagement d'une bosse pariétale dans l'espace situé entre les pubis divisés; l'accoucheur gagne donc au moins 19 millimètres au point de vue utile.

Le diamètre bipariétal du fœtus à sept mois est de 7 centimètres; il se réduit à 6.5, grâce à la compression exercée sur le crâne.

Un bassin dont le diamètre antéro-postérieur, augmenté de 19 millimètres, atteindra 6.5 centimètres, laissera donc passer un fœtus de sept mois, soit par conséquent un bassin de 4.6 centimètres.

Ces données nous permettent de poser les indications de la symphyséotomie :

1° A terme, après des tentatives infructueuses du forceps ou de la version, elle doit toujours être pratiquée quand le diamètre conjugué vrai est supérieur à 6.7 centimètres (dans le cas où l'enfant serait vivant);

2° Avant terme, on peut avoir recours à cette intervention dans des bassins inférieurs à 6.7 centimètres, mais supérieurs à 4.6 centimètres : elle est alors un adjuvant sérieux de l'accouchement prématuré artificiel.

Quant à l'ischio-pubiotomie proposée par Farabeuf, elle est indiquée dans les bassins obliques ovalaires quand le côté ankylosé est fortement rétréci et qu'un écartement de 3 centimètres, écartement maximum que la pubiotomie pourrait donner dans ce cas, ne serait pas suffisant pour rendre facile la sortie de l'enfant.

CHAPITRE IV. — *Manuel opératoire.*

Une description succincte des divers organes importants que le chirurgien rencontre dans le champ opératoire, me paraît avoir sa place au commencement de ce chapitre.

Nous passerons successivement en revue la vessie, le canal de l'urètre, le clitoris et ses corps caverneux, la symphyse pubienne.

A. *Vessie.* — Ce qui nous intéresse surtout dans la description de cet organe, ce sont les rapports de ses régions antérieure, supérieure et inférieure.

*Région antérieure* (SAPPEY, *Traité d'anatomie descriptive*). — Moins étendue que la postérieure, elle est limitée inférieurement par des faisceaux fibreux que traversent des veines volumineuses et qui ont été décrits par la plupart des auteurs sous le nom de ligament antérieur de la vessie; ces faisceaux sont de véritables tendons se continuant avec les fibres musculaires longitudinales de la vessie par une de leurs extrémités, s'attachant par l'autre au pubis.

Supérieurement, elle est limitée par cette partie du péritoine qui, des parois de l'abdomen, se porte sur la vessie.

L'intervalle compris entre ces deux limites varie suivant que la vessie est vide, modérément dilatée ou dans un état de dilatation considérable.

Vide, la vessie s'élève à peine jusqu'au détroit supérieur; sa paroi antérieure se trouve en rapport sur la ligne médiane avec la symphyse et le corps des pubis, de chaque côté avec l'aponévrose qui recouvre le muscle obturateur interne. Un tissu cellulaire lâche l'unit à toutes ces parties.

Moyennement dilatée, elle déborde la symphyse pubienne, mais de 1 ou 2 centimètres seulement.

La partie la plus élevée de sa région antérieure commence à se porter en arrière en soulevant le péritoine, qui se décolle de la paroi abdominale pour s'appliquer sur elle.

La partie supérieure de sa région postérieure surmonte un peu le sommet du viscère en s'inclinant en avant. L'ouraque se coude à angle aigu, et le péritoine, se coudant aussi, forme un cul-de-sac peu prononcé, dont la concavité regarde en haut.

Lorsqu'elle arrive à sa plus grande ampliation, c'est-à-dire lorsqu'elle est dilatée au point de remplir toute l'excavation pelvienne, sa région antérieure s'élève au-dessus des pubis à une hauteur qui varie de 3 à 4 centimètres; en s'élevant, elle continue à se porter en arrière et à soulever le péritoine qui la recouvre sur une plus grande étendue.

La face postérieure, qui s'élève plus haut encore et qui continue aussi à s'incliner en avant, semble la prolonger; réunie à celle-ci, elle fait avec la paroi abdominale un angle aigu à sinus supérieur; le péritoine tapissant les deux côtés de cet angle, forme un cul-de-sac d'autant plus profond que la dilatation de la vessie est plus grande. Vide, son sommet s'applique à la symphyse, et la face antérieure s'étend depuis ce sommet jusqu'au col. Se remplit-elle, le sommet ne se porte pas directement en haut entre la paroi abdominale et le péritoine; il se porte en haut et en arrière: de là un angle d'autant plus accusé que le viscère s'élève plus haut et un cul-de-sac péritonéal qui recouvre la face antérieure du viscère d'abord dans l'étendue de quelques millimètres, puis de 2 et même 3 centimètres.

La région supérieure, qui n'existait pas encore, se constitue ainsi peu à peu pendant la réplétion de cette cavité; elle se constitue en partie aux dépens de la région postérieure, en partie aux dépens de la région antérieure.

A son apparition, elle regardait en haut; mais en s'élargissant, elle s'incline en avant. Tel est le mécanisme en vertu duquel le péritoine s'insinue entre cette paroi et la vessie, pour les séparer dans une étendue qui peut atteindre jusque 4 centimètres dans les cas de plénitude excessive.

Sur dix-huit individus de l'un et l'autre sexe, chez qui M. Sappey a injecté cette cavité, il a vu trois fois le cul-de-sac péritonéal descendre si bas qu'il n'était séparé des pubis que par une distance de 15 à 20 millimètres.

*Région supérieure.* — Nulle dans l'état de vacuité où elle est représentée seulement par le sommet de la vessie, elle se constitue de toutes pièces dans l'état de plénitude aux dépens des faces antérieure, postérieure et latérales.

Au début de son apparition, elle se dirige en haut et répond alors aux circonvolutions les plus déclives de l'iléon; mais comme à mesure qu'elle s'élargit elle s'incline en avant, ses rapports avec l'intestin grêle diminuent graduellement d'étendue. Sa partie centrale se continue avec l'oura que qui se couche d'arrière en avant sur la vessie et qui remonte ensuite verticalement, en décrivant un coude à concavité supérieure.

De ses parties latérales on voit naître deux replis qui montent vers la région hypogastrique, mais qui ne tardent pas à disparaître. Ces replis, de figure triangulaire, séparent la fossette inguinale interne de la fossette vésico-pubienne.

Ils contiennent dans leur épaisseur les cordons résultant de l'oblitération des artères ombilicales et les filaments ligamenteux qui unissent ceux-ci à l'ombilic (petites faux du péritoine).

*Région inférieure.* — Elle est limitée en avant, chez la femme, par l'origine de l'urètre, et en arrière par le cul-de-sac que forme le péritoine en passant de la vessie sur l'utérus.

Cette face répond en arrière au col utérin auquel elle n'adhère que par un tissu conjonctif lâche et qu'elle recouvre sur toute sa hauteur, dans l'état de vacuité.

Par la plus grande partie de son étendue, elle se trouve en rapport : sur la ligne médiane, avec la paroi supérieure du vagin qui lui est étroitement unie ; latéralement, avec les uretères et une couche cellulo-adipeuse qui la sépare du plancher de l'excavation.

*B. Urètre.* — L'urètre repose sur la partie médiane de la paroi supérieure du vagin, qui lui adhère de la manière la plus intime et dont il recouvre seulement le tiers ou les deux tiers antérieurs.

*Longueur moyenne :* 30 millimètres.

*Direction :* Oblique de haut en bas et d'arrière en avant ; en général rectiligne ; quelquefois décrit une légère courbe dont la concavité regarde en haut et en avant. La courbe et l'obliquité sont plus prononcées pendant la grossesse, le vagin s'élevant avec l'utérus.

*Rapports de sa surface externe :* En avant, répond 1° au bulbe et au constricteur du vagin qui la séparent de l'arcade pubienne.

2° Aux tendons des fibres longitudinales antérieures de la vessie et aux veines correspondantes.

3° Sur un plan plus profond, à des fibres musculaires striées qui la contournent en s'entre-croisant et qui l'unissent étroitement à la paroi supérieure du vagin. De chaque côté, elle se trouve en rapport avec les mêmes fibres et plus bas avec le bulbe et le constricteur du vagin.

*C. Clitoris.* — Cet organe a pour analogues les corps caverneux de l'homme qu'il reproduit exactement dans des proportions plus minimes. Il naît par deux racines qui s'attachent aux branches ischio-pubiennes et qui se réunissent au-devant de la symphyse pour constituer un corps unique, cloisonné sur la ligne médiane.

Les racines du clitoris, très grêles et obliquement ascendantes, sont situées entre l'arcade pubienne et les bulbes du vagin qu'elles surmontent. Le corps caverneux formé par leur convergence est uni aussi à la partie inférieure et antérieure de la symphyse par un ligament suspenseur.

Les grandes lèvres le recouvrent.

Le clitoris est situé en arrière de la commissure antérieure, au-devant du vestibule, entre les petites lèvres qui lui adhèrent par leur extrémité supérieure.



D. *Symphyse pubienne.* — C'est une amphiarthrose imparfaite.

a) *Surfaces articulaires.* — Les os iliaques s'unissent entre eux par une surface ovalaire et parallèle au plan médian, située sur le côté interne du corps des pubis. Le grand axe de ces surfaces se dirige très obliquement de haut en bas et d'avant en arrière. Celui de leurs bords qui regarde en bas et en avant est irrégulier, arrondi; une légère dépression anguleuse le sépare du bord adjacent.

Celui qui est tourné en haut et en arrière déborde, au contraire, la face correspondante des pubis; il contribue à former, en s'unissant à celui du côté opposé, une sorte de bourrelet plus saillant vers sa partie moyenne qu'à ses extrémités, plus saillant aussi chez la femme que chez l'homme: c'est le bourrelet dont la section offre certaines difficultés.

b) *Fibro-cartilage interosseux.* — Il doit être assimilé à celui des amphiarthroses. Il offre une épaisseur moyenne de 3 millimètres. Son contour est elliptique. Il se compose de deux portions bien différentes, l'une périphérique, dense et résistante, l'autre centrale, molle, creusée d'une cavité à parois irrégulières.

La portion périphérique recouvre tout le pourtour des surfaces articulaires; mais de même qu'elle n'offre pas la même épaisseur en avant et en arrière sur les ligaments intervertébraux, de même son épaisseur varie ici pour les divers points de son contour.

C'est aux deux extrémités de la symphyse que cette portion périphérique est le plus épaisse; en avant, elle l'est beaucoup moins; en arrière, moins encore. Cependant, si réduite qu'elle soit au niveau du bord postérieur de l'articulation, on peut toujours constater sa présence: c'est elle qui détermine la largeur et en particulier aussi la saillie de ce bord.

La portion molle est également éloignée des deux extrémités de l'articulation, mais elle se trouve beaucoup plus rapprochée de sa partie postérieure que de l'antérieure, si rapprochée même qu'elle semble se prolonger jusqu'au périoste. Son étendue longitudinale est de 2 centimètres environ, son étendue antéro-postérieure de 6 à 8 millimètres.

Par sa couleur, sa consistance, sa structure, elle ressemble à la portion molle des ligaments intervertébraux. Il n'y a donc pas ici deux lames cartilagineuses contiguës; il n'y a pas de synoviale; il n'y a pas d'arthrodie. Il y a une cavité analogue à celle qu'on remarque au centre de la portion molle de tous les fibro-cartilages amphiarthroïdiaux.

Sous l'influence de la grossesse, la portion molle acquiert une prédominance plus grande et envahit presque tout le fibro-cartilage.

c) *Ligaments.* — Au nombre de quatre.

*Ligament antérieur* : Couche fibreuse épaisse ( $\frac{1}{2}$  centimètre) résultant de l'entre-croisement des fibres tendineuses des muscles qui s'attachent au pubis. C'est le principal moyen d'union des deux os.

*Ligament postérieur* : C'est le périoste passant transversalement sur le bourrelet : il présente assez d'épaisseur et de résistance et adhère intimement à la partie correspondante du fibro-cartilage interosseux.

*Ligament supérieur* : Aussi une dépendance du périoste, plus épais que le précédent. Sa face profonde adhère également au ligament interosseux.

*Ligament inférieur* : C'est le ligament sous-pubien ; il est plus épais, plus fort que les précédents ; il revêt la forme d'un croissant dont la concavité se dirige en bas et en arrière. Son bord convexe, tourné en haut et en avant, adhère par sa partie médiane au ligament interosseux et par ses parties latérales à la branche descendante du pubis.

Son bord concave forme une arcade, l'arcade pubienne. La corde qui sous-tend cette arcade est plus longue chez la femme que chez l'homme : elle atteint chez elle 30 à 35 millimètres.

L'intervalle compris entre le ligament supérieur et le bord concave du ligament inférieur, représente le plus grand diamètre de la symphyse : il atteint  $5\frac{1}{2}$  centimètres chez l'homme, dépasse rarement 5 centimètres chez la femme.

∴

*Manuel opératoire.* — L'opération de la symphyséotomie comprend quatre temps principaux :

- 1° L'incision des parties molles.
- 2° La section de la symphyse.
- 3° L'extraction de l'enfant, si le praticien n'abandonne pas à la nature le soin de terminer l'accouchement.
- 4° Le traitement de la plaie osseuse et de celle des parties molles.

Pour n'oublier aucun détail, nous passerons successivement en revue :

- 1° Les soins préopératoires.
- 2° Le moment opportun de l'intervention.
- 3° L'anesthésie.
- 4° La position de la femme et celle de l'accoucheur.
- 5° L'incision des parties molles et le décollement des tissus rétro-pubiens.
- 6° La section de la symphyse.

7° L'expulsion de l'enfant ou son extraction par le forceps ou la version.

8° Le traitement de la plaie osseuse et de celle des parties molles.

9° Le traitement des suites de couches.

1° *Soins préopératoires.* — Le choix du local a son importance. Autant que possible, il faut opérer dans une chambre qui réunisse de bonnes conditions d'éclairage et d'aération, sans tapisseries, sans tentures, dont les murs sont badigeonnés à la chaux et le mobilier réduit au strict nécessaire.

Le lit sur lequel sera placée la parturiente doit être propre, ainsi que les linges, les matelas, les alèzes. On a recommandé à la femme, la veille de l'opération, de vider son rectum par un lavement. Le jour même de l'intervention, elle prendra un bain général et s'abstiendra de manger, afin qu'on puisse la chloroformer sans inconvénients. On procédera à l'anesthésie avant de passer à la désinfection, de façon à ménager la pudeur de la malade et à lui épargner la vue des préparatifs.

Quand la femme sera endormie, l'opérateur et ses aides se désinfecteront.

Les manches de leur chemise seront retroussées le plus haut possible au-dessus des coudes, les mains et les avant-bras soigneusement lavés au savon, brossés et rincés dans de l'eau sublimée à 1‰. Les ongles seront coupés courts et soigneusement brossés.

Il est bien entendu que le chirurgien et ses assistants n'auront point visité de malades atteints d'affections contagieuses et ne porteront pas des linges et des vêtements contaminés, le jour de l'opération.

On procédera ensuite à la même antiseptie de la parturiente. Après avoir vidé sa vessie au moyen du cathéter, on rasera les poils de la vulve et de l'hypogastre; on lavera au savon les parois abdominales et les parties génitales externes, on enlèvera les matières grasses par un lavage à l'éther, puis on fera une large irrigation avec une solution de sublimé à 1‰.

Une injection vaginale avec une solution plus faible ( $\frac{1}{2}$ ‰) constituera également une bonne précaution.

Pendant ces préparatifs, un aide plongera les instruments dans une solution d'acide phénique à 40‰, puis il s'assurera que les objets indispensables à l'opération sont à la portée du chirurgien.

Voici une liste de ces objets :

a) Chloroforme, masque, ammoniac, éther, seringue de Pravaz, stimulants (cognac, Porto).

- b) Rasoir, brosse à ongles, savon.
- c) Injecteur d'Esmarck.
- d) Eau bouillante, eau froide ayant bouilli, de façon que l'un des aides puisse faire le mélange lui-même pour obtenir la température voulue.
- e) Compresses de gaze sublimée.
- f) Gaze iodoformée, ouate sublimée, bandes de gaze sublimée.
- g) Bande d'Esmarck (nous verrons plus loin quel est son usage).
- h) Fils de soie n° 2 et n° 3, catgut n° 2 et n° 3.
- i) Instruments.
  1. Bistouri à lame courte, résistante, pointu ou boutonné.
  2. Bistouri ordinaire, convexe.
  3. Quelques pinces de Péan.
  4. Aiguilles, porte-aiguilles.
 Vrille et stylet aiguillé, si l'on fait la suture osseuse.

Pour la section de la symphyse, on pourrait se servir avec avantage soit de la faucille de Galbiati, soit du scalpel de Spinelli.

La faucille de Galbiati est une sorte de kélotome à surface tranchante plus longue que celle du kélotome ordinaire.

Le scalpel de Spinelli se compose de trois lames de longueur différente pour répondre aux différentes longueurs que peut présenter la symphyse.

Le manche est unique et peut être vissé à chaque lame.

Sur une des faces du scalpel se trouvent une échelle graduée et un curseur qui sert à limiter le tranchant d'après les diverses hauteurs de la symphyse, mesurée d'avance. En outre, chaque lame est pourvue d'un double manchon protecteur qui préserve les tissus placés devant ou derrière l'articulation.

La faucille de Galbiati permet d'inciser la symphyse de bas en haut. La partie tranchante doit avoir la longueur du bord inférieur de la symphyse, sur lequel elle vient s'appuyer.

Au delà et en deçà de la partie tranchante se trouvent les portions mousses de l'instrument.

La courbe permet de contourner la symphyse sur sa face postérieure.

Le scalpel de Spinelli ne peut s'employer que si l'on pratique la section de la symphyse de haut en bas; il remplace avantageusement dans ce cas le bistouri droit, pointu, à lame courte et résistante, dont se servent la plupart des opérateurs qui ont recours à ce procédé.

2° *Moment opportun de l'intervention.* — Il faut que la femme soit en travail depuis quelques heures si le bassin a plus de 7 1/2 centimètres; en effet, on ne doit pratiquer la symphyséo-

tomie que si l'expulsion ne peut se faire spontanément et si la version ou le forceps n'ont pas réussi. Au-dessous de 7  $\frac{1}{2}$  centimètres, on pourrait la pratiquer plus tôt et laisser à la nature le soin de déterminer l'accouchement, ou intervenir par le forceps ou la version. Dans tous les cas, il faut attendre que le col soit dilaté afin que l'expulsion ne tarde pas trop et que la symphyse ne reste pas trop longtemps ouverte.

3° *Anesthésie.* — On la pratique comme pour toutes les opérations. Il n'y a rien de spécial à noter à ce point de vue.

4° *Position de la femme.* — « Elle est dans le décubitus dorsal, au bord d'un lit de hauteur modérée, afin de pouvoir la dominer du regard, tombant à pic sur la ligne médiane qu'il s'agit d'inciser. » (Pinard.)

*Position de l'opérateur.* — Les uns se placent entre les jambes de la femme (Morisani), les autres à droite et très près d'elle (Pinard); ces deux positions sont également bonnes.

5° *Incision des parties molles et décollement des tissus rétropubiens.* — L'incision de la peau pratiquée par Morisani s'étend sur une longueur de 2 à 3 centimètres et commence à 2 centimètres du bord supérieur de la symphyse. Elle est verticale et pratiquée sur la ligne médiane. Pinard fait une incision médiane plus longue; elle mesure 8 à 10 centimètres, descend verticalement jusqu'au clitoris, puis dévie latéralement pour épargner cet organe et ses vaisseaux.

On divise successivement, en pinçant les vaisseaux qui donnent, la peau et le tissu cellulaire; on sépare les muscles droits un peu au-dessus de la symphyse, on fait pénétrer l'index dans la cavité prévésicale, puis on décolle les tissus rétropubiens en rasant la face postérieure de la symphyse.

6° *Section de la symphyse.* — Les divers procédés employés par les opérateurs peuvent se ramener à deux méthodes générales.

Dans la première, on pratique la section de bas en haut et d'arrière en avant; dans la seconde, de haut en bas et d'avant en arrière (Pinard) ou de haut en bas et d'arrière en avant (Tarnier).

A. *Première méthode* (Morisani). — Suivie par Morisani dans toutes ses symphyséotomies. Un cathéter est introduit dans la vessie pour en préciser le siège et pour abaisser l'urètre. On introduit dans la cavité prévésicale, entre la pulpe de l'index gauche qui garantit les organes placés en arrière et la symphyse, un bistouri boutonné, recourbé sur le tranchant. Le bouton dépasse le bord inférieur de l'articulation sur laquelle vient s'appuyer le tranchant courbe de l'instrument; ensuite, avec un mouvement

d'élévation et d'inclinaison en avant du manche, la jointure est divisée de bas en haut et d'arrière en avant.

*B. Deuxième méthode. Premier procédé* (Pinard, 1892). — On introduit également l'index dans la cavité prévésicale pour protéger la vessie et pour se rendre compte de la situation du bourrelet de la symphyse. On incise alors de haut en bas et d'arrière en avant, au moyen d'un bistouri droit, boutonné, à lame courte et résistante. L'extrémité de l'instrument vient buter sur l'index qui rend compte des progrès de la section jusqu'aux dernières fibres du ligament sous-pubien. Quand on tombe sur ce ligament, il faut l'attaquer par petits coups, en coupant pour ainsi dire fibre par fibre. Faire incliner en bas et latéralement, pendant ce temps de l'opération, le canal de l'urètre, au moyen de la sonde introduite dans la vessie. C'est le doigt qui rend compte des progrès de la section et qui rompt les dernières fibres qui réunissent les deux os.

Il est important que tout le ligament soit incisé pour que les pubis s'écartent ; on comprend difficilement comment Léopold est arrivé à un résultat sans sectionner le ligament sous-pubien dans toute sa hauteur.

Quoi qu'il en soit, nous avons pu constater à l'amphithéâtre qu'il est difficile d'obtenir un écartement sérieux dans ces conditions ; aussi, c'est le fœtus qui doit vaincre par la violence les obstacles créés par ces demi-symphyséotomies ; un procédé semblable n'est pas à conseiller.

*Deuxième procédé* (Tarnier, 1892). — Ce procédé a été employé une seule fois par l'opérateur dans le cours de cette année. Tarnier se sert d'un bistouri droit, boutonné, à lame courte et résistante ; il le place immédiatement au-dessus de l'interligne articulaire, en le dirigeant d'avant en arrière et de haut en bas ; puis il introduit l'index de la main gauche dans le vagin et le recourbe derrière la symphyse pubienne, de façon à le porter à la rencontre de l'extrémité boutonnée du bistouri. La lame de l'instrument, ainsi maintenue par les deux mains, incise l'articulation de haut en bas et d'arrière en avant.

Nous ne parlerons que pour mémoire du procédé de la scie à chaîne ou du fil métallique que l'on introduit sous la symphyse au moyen d'un stylet aiguillé. Le grand inconvénient que présente un semblable procédé nous semble résider, ainsi qu'il résulte de notre expérience personnelle à l'amphithéâtre, dans la difficulté qu'il y aurait à maintenir le fil métallique sur le bourrelet qui se trouve à la face postérieure de la symphyse. Le fil métallique et la chaîne

glissent, en effet, presque toujours, quoi qu'on fasse. Ce fait n'est pourtant pas général, le bourrelet symphysien n'est pas toujours développé.

Dans une de nos expériences, le cartilage interpubien était ossifié; nous dûmes le sectionner au moyen d'une scie ordinaire à amputation. Malgré le peu de précautions prises, la section pratiquée à grands traits de scie n'entraîna aucune lésion des organes sous-jacents.

Si l'on adopte le procédé de Pinard ou celui de Tarnier, on pourra se servir du scalpel de Spinelli; cet instrument réalise de grands avantages. Grâce à la disposition qui permet de limiter le tranchant d'après les diverses hauteurs de la symphyse mesurées d'avance, on évitera la lésion de l'urètre, d'autant plus que l'on prendra la précaution de faire abaisser fortement cet organe, pendant la section, au moyen du cathéter introduit dans la vessie.

Grâce au double manchon qui entoure l'instrument en avant et en arrière de la partie tranchante, les tissus placés en deçà et au delà de la symphyse ne seront pas lésés.

Si l'on applique le procédé de Morisani, la faucille de Galbiati donnera à l'opérateur de sérieuses garanties de succès.

C'est un véritable kélotome dont la partie tranchante a la longueur du bord inférieur de la symphyse.

L'extrémité est boutonnée et dépasse la symphyse en avant. Le reste de la lame est mousse et suit la face postérieure de la symphyse, puis se continue avec la partie tranchante en faisant un crochet qui pénètre dans l'espace sous-pubien.

Les différents procédés que nous venons de décrire ont donné d'excellents résultats dans les mains de ceux qui les ont appliqués. Il me semble, quant à moi, que celui qui réalise le plus d'avantages est celui de Morisani, si la faucille dont on fait usage a son tranchant bien limité au bord inférieur de la symphyse, si le canal de l'urètre est fortement abaissé au moyen d'un cathéter pendant l'application de l'instrument, enfin, si l'on protège les organes situés derrière la symphyse en les séparant du bistouri, grâce à l'index introduit dans la cavité prévésicale. Quand la symphyse est coupée, les pubis s'écartent un peu d'eux-mêmes; au besoin, on pourrait solliciter cet écartement par deux aides qui porteraient les cuisses dans l'abduction. Le praticien doit s'assurer qu'il peut faire passer l'index à l'aise entre les pubis dans toute leur hauteur.

Müllerheim, craignant une disjonction trop violente des symphyses sacro-iliaques pendant l'expulsion du fœtus, conseille d'enrouler autour du bassin une bande d'Esmarck, depuis la crête iliaque jusqu'au grand trochanter.

Léopold prend la même précaution en faisant exercer une compression latérale sur les trochanters pendant l'opération.

Un incident assez fréquent lorsque les pubis s'écartent, c'est une hémorragie en nappe, résultant de l'étirement et de la rupture de quelques branches veineuses du plexus de Santorini, situé derrière la symphyse. Cette hémorragie cède d'ailleurs facilement au tamponnement avec de la gaze antiseptique.

7° *Expulsion de l'enfant ou son extraction par le forceps ou la version, après la symphyséotomie.* — Quand le chirurgien se sera assuré que les pubis sont libres, il couvrira la plaie d'un pansement antiseptique provisoire et redeviendra accoucheur. Il abandonnera à la nature le soin d'expulser le fœtus ou bien il opérera son extraction au plus tôt, afin de ne pas laisser la symphyse trop longtemps ouverte. Le forceps et la version trouveront leurs indications respectives dans les circonstances énoncées au chapitre qui traite de ces modes d'intervention.

8° *Traitement de la plaie de l'os et des parties molles.* — La plaie de l'os, après un lavage au sublimé, peut être traitée par la suture osseuse; on creuse alors dans chaque pubis trois trajets obliques superposés, partant de la face antérieure et aboutissant en des points de la face articulaire situés au niveau de la réunion des deux tiers antérieurs avec le tiers postérieur de cette face. On fait passer dans ces trajets des fils de soie au moyen d'un stylet aiguillé; on affronte les surfaces de la symphyse, puis on pratique les nœuds.

Dans la plupart des cas, le simple rapprochement des cuisses suffit à affronter, sans sutures osseuses, les pubis divisés, et à assurer leur consolidation.

Pour maintenir affrontées les surfaces de la symphyse, qu'elles soient libres ou réunies par la suture osseuse, il faut immobiliser le bassin. Quelques opérateurs, Morisani entre autres, se servent d'un simple bandage de corps; ce moyen de contention peut suffire à tous les besoins, puisque Morisani a obtenu des suites opératoires excellentes dans ses douze symphyséotomies.

Quoi qu'il en soit, si le chirurgien doute de l'efficacité du simple bandage de corps, il pourra toujours avoir recours soit au bandage plâtré, soit à la gouttière de Bonnet.

M. Pinard emploie depuis quelque temps un lit spécial construit par MM. Collin qui permet de mobiliser la femme sans la remuer, son bassin étant fixé par le lit. Dans ces conditions, les soins que l'on donne aux organes génitaux sont facilités et les garde-robes sont rendues plus commodes, sans que l'opérée soit remuée le moins du monde.

Quant à la plaie des parties molles, on la suture au moyen de



quelques points profonds et de points superficiels intermédiaires, au catgut, au fil de soie et au crin de Florence.

Un pansement antiseptique est ensuite appliqué, puis le bandage immobilisateur.

9° *Suites de couches.* — Le traitement des suites de couches, quand on a disjoint la symphyse, ne présente comme particularité que la surveillance qu'on doit exercer sur la consolidation des pubis et sur la cicatrisation de la plaie des parties molles. Les fils de soie des sutures cutanées sont enlevés du cinquième au septième jour.

L'opérée est sortie de son appareil contentif du dixième au quinzième jour ; elle peut se lever du vingtième au trentième jour.

Nous ne dirons que quelques mots du manuel opératoire de l'ischio-pubiotomie, la symphyséotomie faisant seule l'objet de ce travail.

C'est sur une ligne verticale parallèle à la ligne médiane et séparée d'elle par un intervalle de 4 centimètres que Farabeuf pratique l'incision des téguments. Le cadre osseux du trou ovale est ensuite dénudé en deux points, près de l'ischion d'abord, au côté du périnée, de manière à faire passer la scie à chaîne derrière la branche ascendante de l'ischion, qui forme l'un des piliers de l'arcade pubienne, pour la faire sortir par le trou ovale. C'est le pubis qui est dénudé ensuite à un doigt en dehors de l'épine pubienne : le ligament de Poupert, le ligament de Gimbernat et le ligament de Cowper sont donc successivement incisés. On scie de cette façon le pilier de l'arcade pubienne, près de l'ischion, et la branche pubienne horizontale, à 5 centimètres de la symphyse ; on détache le bord interne de la membrane obturatrice et l'on sépare les os divisés.

#### CONCLUSIONS.

1° La symphyséotomie n'est légitime que lorsqu'elle est pratiquée sous le couvert de l'antisepsie : l'origine de ses succès réels coïncide avec l'application rigoureuse de la méthode de Lister.

2° Elle est facile, à la portée de tous les praticiens et n'exige que de simples instruments de trousse.

3° Elle constitue une opération d'urgence, que tout médecin doit savoir pratiquer au même titre que la kélotomie ou la trachéotomie.

4° Elle produit un écartement des os pubiens qui peut atteindre, sans danger, 6 centimètres. Cet écartement correspond à 20 ou

22 millimètres d'allongement du diamètre antéro-postérieur utile, 13 à 15 millimètres provenant de l'allongement des lignes sacro-pubiennes, 6 à 8 millimètres résultant de la diminution relative du diamètre bipariétal du fœtus, par suite de l'engagement d'une des bosses pariétales entre les pubis divisés.

5° La limite inférieure de son indication, à terme, doit être fixée à 6.7 centimètres. En effet, un bassin de 6.7 centimètres, augmenté des 22 millimètres que l'on gagne par la divulsion de la symphyse, atteindra 8.9 centimètres. Le diamètre bipariétal de l'enfant, à terme, peut être évalué à 9.5 centimètres; il se réduit de 6 millimètres par suite de la compression exercée sur la tête dans l'engagement et la descente. Un enfant à terme passera donc facilement à travers un bassin de 6.7 centimètres, dont les pubis ont été divisés.

6° La symphyséotomie est très avantageuse pour l'enfant : la statistique des opérations pratiquées dans ces dernières années ne signale qu'une mortalité insignifiante.

7° Elle est favorable pour la mère : la même statistique ne signale ni décès, ni accidents, au point de vue maternel. Les suites de l'intervention, au point de vue de la consolidation de la symphyse, de la station debout et de la marche, sont excellentes. Une femme dont le bassin est vicié peut donc subir impunément la symphyséotomie, pourvu que l'opération soit pratiquée antiseptiquement et dans les limites ci-dessus indiquées.

8° A terme, après des tentatives infructueuses du forceps ou de la version, la symphyséotomie doit toujours être pratiquée si l'enfant est vivant et le diamètre conjugué vrai supérieur à 6.7 centimètres.

9° Avant terme, on pourrait y avoir recours même dans des bassins inférieurs à 6.7 centimètres, mais supérieurs à 4.5 centimètres, si l'on fait l'accouchement prématuré artificiel. En effet, à 7 mois, le diamètre bipariétal de l'enfant est de 7 centimètres; il se réduit à 6.5 centimètres, grâce à la compression exercée sur la tête fœtale.

L'accroissement du bassin, au point de vue utile, est de 20 millimètres au moins. Un bassin de 4.5 centimètres, augmenté de 20 millimètres par la section pubienne, atteindra 6.5 centimètres et laissera passer la tête du fœtus à 7 mois.

10° La symphyséotomie rendra donc l'accouchement prématuré artificiel praticable dans les rétrécissements où, jusqu'ici, l'avortement était considéré comme la seule ressource, si l'on ne voulait pas attendre et recourir, au terme de la grossesse, à des interventions plus graves.

11° Pratiquée concurremment avec l'accouchement prématuré artificiel, elle permettra d'intervenir à une époque plus tardive de la grossesse, c'est-à-dire à une époque où l'enfant aura plus de résistance vitale.

12° L'embryotomie n'est plus légitime, dans le cas où le fœtus serait vivant, que si le médecin est consulté par une parturiente arrivée au terme de la grossesse et que le bassin soit inférieur à 6.7 centimètres.

13° L'opération césarienne n'est plus admissible qu'à terme et dans les rétrécissements inférieurs à 4 centimètres, à moins que la parturiente ne réclame cette intervention en lieu et place de l'embryotomie.

14° Si le praticien est consulté avant le terme de la grossesse, il doit recourir à l'accouchement prématuré artificiel dans les bassins ayant moins de 8 centimètres; il choisira pour intervenir le mois de la grossesse qui correspond à la longueur du diamètre bipariétal de l'enfant.

Au-dessus de 8 centimètres, la même méthode trouverait son indication dans le cas où les accouchements antérieurs auraient été difficiles ou se seraient terminés par la naissance d'enfants volumineux ou d'enfants morts.

15° Dans les bassins obliques ovalaires, quand la partie ankylosée du bassin est tellement étroite qu'elle rend la version inefficace, l'ischio-pubiotomie remplacera avec avantage la symphyséotomie.

## Pièces justificatives.

## Résumé des quarante-quatre observations de symphysiotomie publiées en 1892 et recueillies dans les journaux médicaux.

Nos d'ordre.	OPÉRATEURS.	Diamètre de Baudelocque.	Diamètre promonto-sous-pubien.	Diamètre conjugué vrai.	Diamètre bipariétal.	ÉTAT de l'enfant.	Observations.
1	MORISANI, Naples, 1887 et 1888.	16	8.5	7	9.2	vivant.	Opération à terme. Présentation du sommet avec proci-dence d'un bras. Tentatives infructueuses de forceps et de version. Extraction à l'aide de tractions nodérées. Délivrance spontanée. Guérison complète. Quelques fils suppurent.
2	Idem.	18	8.8	7	9.5	idem.	Terme. Sommet transversal gauche. Extraction facile. Délivrance spontanée. Guérison complète. Première intention.
3	Idem.	16	8.1	6.6	8.5	idem.	Terme. Sommet transversal gauche. Extraction facile. Délivrance spontanée. Guérison complète. Première intention.
4	Idem.	18	8.8	7	9	idem.	Terme. Sommet transversal gauche. Extraction facile. Version. Délivrance spontanée. Guérison complète. Première intention.
5	Idem.	..	8.8	7	9.5	idem.	Terme. Sommet transversal gauche. Dilatation au colpeurynter de Braunn. Symphyséotomie. Extraction par la version. Délivrance spontanée. Guérison. Première intention.
6	Idem.	15.8	9.4	7.5	9.5	idem.	Terme. Sommet transversal gauche. Extraction facile au forceps. Délivrance spontanée. Guérison complète. Première intention.
7	Idem.	15	8.7	7.2	8.5	idem.	Terme. Présent. du sommet. Extraction au forceps. Délivrance spontanée. Guérison complète.
8	Idem.	...	10	8	..	idem.	Terme. Sommet transversal gauche. Extraction au forceps. Délivrance spontanée. Guérison complète.

10	Idem.	...	8 5	7	9.7	idem.	Sept grossesses antérieures terminées par des accouchements prématurés spontanés à 7 mois, enfants morts. Terme. Sommet transversal gauche. Extraction facile au forceps. Délivrance spontanée. Guérison complète. Première intention.
11	Idem.	15	8 5	7	9.5	idem.	Terme. Sommet transversal droit. Extraction au forceps. Délivrance spontanée. Guérison complète. Première intention.
12	Idem.	...	8.1	6.3	8 5	idem.	Deux accouchements prématurés spontanés à 7 mois, enfants morts. Terme. Sommet transversal gauche. Extraction facile au forceps. Délivrance spontanée. Guérison complète. Première intention.
13	DRS NOVI et MANCUSI. Maternité des incurables, à Naples.	...	8.5	7	..	idem.	Terme. Siège. Extraction au forceps. Délivrance spontanée. Guérison complète. Première intention.
14		...	...	8.1	...	idem.	Terme. Présent. occip. postér. Bassin ostéomalacique. Bi-ischio 4 c. Forceps. Délivrance spontanée. Guérison. Deuxième intention.
15	Idem.	...	8	6.7	10	idem.	Terme. Sommet transversal droit. Extraction au forceps difficile. Délivrance spontanée. Guérison complète. Deuxième intention.
16	Idem.	...	...	7.4	...	idem.	Terme. Sommet transversal gauche. Forceps. Délivrance spontanée. Guérison. Deuxième intention.
17	Idem.	...	...	7	...	idem.	Terme. Présent. du sommet. Forceps. Délivrance spontanée. Guérison. Deuxième intention.
18	Opér. prat. en ville par les mêmes accoucheurs.	...	8.5	7	8.8	idem.	Terme. Sommet transversal droit. Pubiotomie avec scie à chaîne. Forceps. Délivrance spontanée. Guérison complète.
19	Idem.	19	10	6.5	9.2	idem.	Premier accouchement : céphalotripsie. Grossesse à terme. Sommet transversal droit. Version. Délivrance spontanée. Guérison.
20	Idem.	...	...	...	9	idem.	Terme. Sommet transversal droit. Forceps. Délivr. spontan. Guérison.
21	Id. (12 sept. 1889).	..	9.3	7.8	9	idem.	Première grossesse : embryotomie. Grossesse à terme. Sommet transv. droit. Symphys. Forceps. Déliv. spontan. Guéris. Première intent.
22	Id. (1 <sup>er</sup> fév. 1891).	..	...	...	0	idem.	La même femme caccinte une troisième fois.

N <sup>o</sup> d'ordre.	OPÉRATEURS.	Diamètre de Baudelocque.	Diamètre promonto-sous-pubien.	Diamètre conjugué vrai.	Diamètre bipartétal.	ÉTAT de l'enfant.	Observations.
23	Opérations pratiquées en ville par les mêmes accoucheurs.	...	..	...	8.7	vivant.	Bassin rachitique; impossible d'introduire le doigt entre les branches ischio-pubiennes. Diam. bi-isch. 3.2. Grosseuse à terme. Sommet. Forceps. Version puis symphys. Guérison. Première intention.
24	Idem.	...	...	6.9	...	idem.	Bassin ostéomalacique. Guérison.
25	PORAK. (10 juin 1892). <i>Ann. Gynéc. et Obstét.</i> , sept. 1892.	...	9.6	8	...	idem.	Rachitisme avec toutes ses déformations caractéristiques du squelette. Grosseuse à terme. Applications de forceps infructueuses, puis symphyséotomie. Extraction facile au forceps. Guérison. Pas de chevauchement. Marche facile Première intention.
26	PINARD.	...	9.7	...	9.8	idem. mort le 3 <sup>e</sup> jour.	Bassin rachitique. 1 <sup>er</sup> accouch. Présentation de l'épaule et prociende du cordon. Embryot. rachidienne, basiotripsie et extract. au forceps de la tête dernière. - 2 <sup>e</sup> grosseuse. Acc. prémat. artif. à 8 1/2 mois. Symphys. Version (excès de liquide amniotique empêchant de ramener la tête au détroit supérieur). Guérison. Pas de chevauchement.
27	Idem. 24 fév. 1892.	?	?	?	9.3	vivant.	Grosseuse à terme. Sommet. Tentat. infruct. de forceps. Écartem. de 1 c. porté à 3 1/2 c. par l'abduction des cuisses, à 6 1/2 c. pendant la descente de la tête. Guérison. Pas de mobilité anormale des pubis.
28	Idem. 23 mars 1892. Femme, P., 30a. IV pare.	...	9	...	9.7	idem.	1 <sup>er</sup> acc. à terme : enf. mort ; 2 <sup>e</sup> acc. prémat. artif. à 8 mois : enf. mort ; 3 <sup>e</sup> acc. à terme : forceps, enfant mort ; 4 <sup>e</sup> acc. à 8 1/2 mois : symphyséotomie. Trois applic. success. de forceps au préalable. Écart. de 2 centim., porté à 4.8, puis à 6.5 centim. Guérison. Pas de mobilité des pubis.
29	TARNIER. Acad méd. de Paris. 28 juin 1892.	...	9	7 1/2	9	idem.	Déformation rachitique du squelette caractéristique. 1 <sup>er</sup> accouchement en 1881 : céphalotripsie par Marchand. 2 <sup>e</sup> — 1882 — par Charpentier. 3 <sup>e</sup> — 1884 — par Doléris. 4 <sup>e</sup> — 1887 : basiotripsie par Pinard.

30	MÖLLERHJEM. Centralbl. für Gynäkologie. Jun 1892.	17 1/2	8 3/4	6 3/4	9 3/4	idem.	tentatives de forceps Guérison complète.
31	LEOPOLD. Centralbl. für Gynäkologie. Jun 1892.	16	8 1/2	6 3/4	9 3/4	idem.	Deux premiers accouch. en 1884 et en 1888, terminés par l'extraction au forceps d'enfants morts, à terme; 3 <sup>e</sup> acc. en 1890, prém. artificiel, enfant mort; 4 <sup>e</sup> acc. Symph. Écart. 7 centim Forceps. Guérison complète sans accidents. Marche le 30 <sup>e</sup> jour.
32	Idem.	...	9.8	...	8 2	vivant, mort le 3 <sup>e</sup> jour de faiblesse congé- nitale.	1 <sup>er</sup> acc. 1891, perforation à terme; 2 <sup>e</sup> acc. 1892, symphys. Écartement 6.5 centim. Guérison Suites de couches norm. Pas d'acrid.
33	Femme R..., 26 ans. IV pare. — PINARD. 3 mai 1892.	...	9.3	...	9.1	vivant.	1 <sup>er</sup> acc. 1886, embryotomie; 2 <sup>e</sup> acc. 1887, provoqué à 8 mois, version, enfant mort le lendemain; 3 <sup>e</sup> acc. 1890, provoqué à 8 mois, basiotripsie; 4 <sup>e</sup> acc., position sommet transversal gauche. Symphyséot. Écart. 3 centim. Extraction au forceps. Mort le 3 <sup>e</sup> jour de faiblesse congénitale (pas de lésions à l'autopsie). Suites de couches pathologiques. Abcès de la grande lèvres sans connexion avec plaie opératoire. Marche 26 <sup>e</sup> jour. Aucun trouble de la marche ni de la miction.
34	Femme A..., VI pare. — PINARD. 29 mai 1892.	...	9	...	9.4	idem.	Bassin annelé. 1 <sup>er</sup> acc., 1885, basiotripsie; 2 <sup>e</sup> acc. 1887, provoqué à 7 1/2 mois, enf. mort; 3 <sup>e</sup> acc. 1888, provoq. à 7 mois, forceps, mort; 4 <sup>e</sup> et 5 <sup>e</sup> grossesse, avortement à 2 1/2 mois; 4 <sup>e</sup> acc., sommet transv. gauche. Symph. Écart. 2.5 porté à 4.5 pendant applic. de forceps. Extraction facile. Suites de couches normales. Se lève le 26 <sup>e</sup> jour. Aucun trouble, miction, ni marche.
35	M F, 32 ans, I pare. — PINARD. 29 juin 1892.	...	10.4	...	10	idem.	Bassin génér. rétréc. Sommet transvers gauche. Symphys. Écart. 3.5 porté à 6.2 pendant applic. de forceps. Suites de couches normales. L'opérée se lève le 20 <sup>e</sup> jour. Aucun trouble, miction, ni marche.
36	A., 23 ans, I pare. — PINARD. 7 juillet 1892.	...	9.7	...	9.5	idem.	Sommet transv. gauche. Symphys. Écart. 1 centim. porté à 5 centim. pendant applic. de forceps. Suites de couches pathol. (tempér. 38°5 pendant quelques jours). Se lève le 24 <sup>e</sup> jour. Pas de trouble, miction, ni marche.
37	M..., 26 ans. II pare. — LEPAGE. 30 juillet 1892.	...	...	...	...	idem.	Bassin annelé. 1 <sup>er</sup> acc. 1887, à terme, spontané, enfant vivant; 2 <sup>e</sup> acc. 1892. Sommet transv. gauche. Application infructueuse de forceps. Symphys. Écart. 2.6 porté à 5 centim. pendant applic. de forceps. Suites de couches path. Abcès de la grande lèvres droite sans connexion avec plaie opératoire. La malade se lève le 30 <sup>e</sup> jour. Aucun trouble de la marche ni de la miction.

Nos d'ordre.	OPÉRATEURS.	Diamètre de Baudelocque.	Diamètre promonto-sous-pubien.	Diamètre conjugué vrai.	Diamètre bipariétal.	ÉTAT de l'enfant	Observations.
38	Femme B... II pare. VARNIER. 13 sept. 1892.	...	9.2	...	9 5	vivant.	Bassin rachitique annelé. 1 <sup>er</sup> acc. 1889, basiotripsie; 2 <sup>e</sup> acc. 1892, à terme, symphys. Écart 3.5 porté à 7 centimètres pendant applic. de forceps. Suites de couches path. (tempér. oscillant autour de 38°5 pendant quelques jours). La malade se lève le 19 <sup>e</sup> jour. Aucun trouble, marche ni miction.
39	A. P..., 25 ans. II pare. PINARD. 1 <sup>er</sup> oct. 1892.	...	10	...	9	idem.	1 <sup>er</sup> acc. 1891, éclampsie, acc. gémellaire, enf. vivants, morts peu après; 2 <sup>e</sup> acc. 1892, sommet transv. gauche, symphys. Écart. 3 centim. Enfant vivant. Suites de couches normales. Se lève le 19 <sup>e</sup> jour. Aucun trouble à signaler.
40	A. B..., 28 ans. II pare. PINARD. 6 oct. 1892.	...	10	...	8.4	idem.	1 <sup>er</sup> acc. 1889, à terme, forceps, enfant vivant; 2 <sup>e</sup> acc. 1892, sommet transv. gauche, symphys. Écart. 3 centim porté à 5.8 centim. pendant applic. de forceps. Suites des couches; tempér. oscille autour de 38°. La malade se lève le 23 <sup>e</sup> jour. Aucun trouble à signaler.
41	M... III pare. WALLICH. 21 oct. 1892.	...	10 5	...	9.5	idem.	Bassin annelé. 1 <sup>er</sup> acc. 1888, spontané, à terme, enfant vivant; 2 <sup>e</sup> acc. 1889, spontané, enfant mort; 3 <sup>e</sup> acc. 1892, sommet transv. gauche, obliquité de Ncegelé prononcée, déflexion de la tête exagérée, enfant volumineux. Symphys. Écart. 2.5 porté à 4.5 centim. pendant l'application de forceps. Tempér. oscille autour de 38° pendant quelques jours. La malade se lève le 19 <sup>e</sup> jour. Aucun trouble à signaler.
42	M. P..., 38 ans. II pare. POROCKI. 13 nov. 1892.	...	9.7	...	9.5	mort. (Applicat. irrégul. de forceps.)	1 <sup>er</sup> acc. 1880, à terme, céphalotripsie; 2 <sup>e</sup> acc. 1892, présentation du siège transformée en prés. du sommet par manœuvres externes. O. I. transvers. droite. Symphys. Écart. 3 centim. porté à 5.7 cent. pendant l'applic. de forceps. Enfant mort (fracture du frontal, saisie irrégulière de la tête). Tempér. oscille autour de 38°. Suites excell. Rien à mentionner. Se lève le 22 <sup>e</sup> jour.
43	X... — I pare. C. JEWETT (Brooklyn). 30 sept. 1892. (The Med. News.)	...	...	...	...	mort.	Peu de renseignements. Occiput à la vulve fixé par le rapprochement des ischions (diam. bi-tsch. 7.8). Forceps inefficace. Symphyséotomie. Enfant mort. Suites de couches normales.
44	X... — I pare. BARON COOKE HINER (The Med. News.)	...	...	7 3/4	9	vivant.	Rien à mentionner. Enfant et mère bien portants.



## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

(DEPUIS L'ANNÉE 1892).

De nombreux mémoires ont été publiés sur cette question à la fin du siècle dernier et au commencement de notre siècle : Desforges, dans sa thèse, énumère cette longue suite de travaux. Nous ne mentionnerons ici que les publications qui ont vu le jour depuis la renaissance de la symphyséotomie (année 1892).

1. DESFORGES. Recherches historiques et critiques sur la symphyséotomie. Thèse de Paris, 1892.
2. PINARD. Leçon donnée à la clinique Baudelocque. (*Ann. gynéc. et obst.* Février 1892, XXXVII.)
  - Symphyséotomie. (*Intern. m. mag. Phil.*, 1892, I, 623-629.)
  - Trois cas de symphyséotomie. (*Mercredi médical.* Paris, 1892, III-269.)
  - Ueber Symphyseotomie. (*Wien. med. Presse.* 1892, XXXVIII, 453-458.)
  - De la symphyséotomie à la clinique Baudelocque pendant l'année 1892. (*Ann. gynéc. et obst.*, XXXVIII, décembre 1892.)
3. MORISANI. Sulla sinfisiotomia. (*Riforma med.* Napoli, 1892, VIII, pt. I, 709-713.)
  - Also tranal. (*Ann. gynéc. et obst.* Paris, 1892, XXXVII, 241-251.)
  - Sulla sinfisiotomia. (*Gior. intern. d. sc. med.* Napoli, 1892, n. s. XIV, 121-126.)
4. PORAK. Communication au premier Congrès international de gynéc. et d'obst., tenu à Bruxelles en 1892.
  - Symphyséotomie pratiquée chez une rachitique en travail. Succès pour la mère et pour l'enfant. (*Ann. gyn. et obst.*, XXXVIII, septembre 1892.)
5. TARNIER. Un cas de symphyséotomie. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Paris*, 28 juin 1892.)
6. SPINELLI. Les résultats de la symphyséotomie antiseptique à l'école obstétricale de Naples. (*Ann. gynéc. et obst.* Paris, XXXVII, janvier 1892.)
7. ROBERT MÜLLERHEIM (Strasbourg). Note sur un cas de symphyséotomie. (*Centralblatt für Gynäk.*, 30 juillet 1892.)
8. LÉOPOLD. Deux cas de symphyséotomie. (*Centralbl. für Gynäk.*, 30 juillet 1892.)
9. ZWEIFEL. Id. n° 44, p. 857. 1892.
10. VELITS. Id. n° 48, p. 777. 1892.
11. D<sup>r</sup> CH. JEWETS (Brooklyn). *The Med. News*, 16 octobre 1892.
12. D<sup>r</sup> BARTON COOKE HIRST. Id.
13. D<sup>r</sup> A. TONGREEN (Helsingfors). *Britis. med. Journ.* 1892.
14. HERNANDEZ (E). Sinfisiotomia. (*Crón. med. quir. de la Habana*, 1892, XVIII, 287-296.)

15. CHARPENTIER. De la symphyséotomie. (*Nouv. arch. de gynécologie et d'obstétr.*, 25 mai 1892.)  
— *Bull. de l'Acad. de méd. de Paris*, n° 11, 1892.
16. VARNIER. De la symphyséotomie. (*Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie*, juillet et août 1892.)
17. WALLICH. Une nouvelle opération d'urgence, la symphyséotomie. (*Bull. méd. de Paris*, 23 octobre 1892.)
18. CARUSO. Contributo alla pratica della sinfisiotomia. (*Annali di ostetricia et gynecologia*, XIV, n° 4, avril 1892.)
19. BRUZZI. *Per la riabilitazione della sinfisiotomia*. Milan, 1892, 2<sup>e</sup> semestre.
20. HARRIS. In the remarkable results of antiseptic symphysiotomy. (*Gynecological Transactions*, v. XVII, 1892.)
21. FARABEUF. De l'agrandissement momentané du bassin oblique ovalaire par l'ischio-pubiotomie. (*Ann. gynéc. et obst.*, XXXVIII, déc. 1892.)
22. CHARLES. Cours d'accouchements donné à la Maternité de Liège. Nouvelle édition, 1892. Article : Symphyséotomie.
23. BIEMER. Zur wissenschaftlichen Begründung der Symphyseotomie, in *Centralbl. für Gynäk.*, 1892, n° 51.

## TABLE DES MATIÈRES

---

	Pages.
Avant-propos. Historique . . . . .	97
Chapitre I. — De la valeur absolue de la symphyséotomie. . . . .	102
Agrandissement notable du bassin; étendue et mécanisme de cette ampliation pelvienne. Limites de l'indication opératoire. Résultats immédiats et consécutifs pour la mère. Résultats pour l'enfant. Facilité et bénignité de l'opération.	
Chapitre II. — De la valeur relative de la symphyséotomie. . . . .	110
Parallèle entre elle et les autres opérations obstétricales pratiquées dans les angusties pelviennes. Conduite à tenir dans les rétrécissements du bassin.	
Chapitre III. — Indications de la symphyséotomie . . . . .	124
Chapitre IV. — Manuel opératoire . . . . .	126
Memento anatomique. Diverses méthodes employées pour la divul- sion de la symphyse. Ischio-pubiotomie proposée par Farabeuf dans les bassins obliques ovalaires.	
Conclusions. . . . .	137
Pièces justificatives. . . . .	140
Résumé des quarante-quatre observations de symphyséotomie publiées en 1892 et recueillies dans les journaux médicaux.	
Index bibliographique . . . . .	145

---