

manches quelles sont les dimensions du diamètre transverse maximum de cette tête.

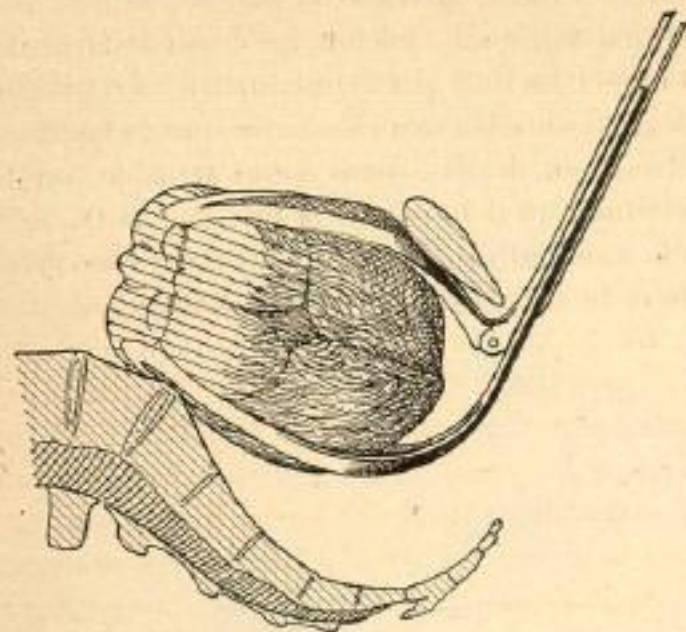


Fig. 509. — Engagement profond de la bosse pariétale postérieure et abaissement de la tempe au niveau du promontoire, obtenus par le relèvement du bout du levier, levier appuyé sous les doigts non représentés qui s'interposent entre le manche et le sous-pubis, afin de presser sur le manche et d'éviter l'écrasement des parties molles. Avec une bosse sanguine, nul intervalle ne resterait entre le cuir chevelu et sa coiffe d'acier.

et quels sont les principes d'extraction. Chaque cuiller sort en refaisant à l'envers le chemin qu'elle a fait pour entrer. L'antérieure, par exemple, une fois son manche luxé du côté du front, serait d'abord conduite par torsion sur le côté, puis en arrière; alors seulement commencerait son extraction par le relèvement du manche vers le ventre de la femme. C'est par un tel relèvement, mais plus prononcé, que la cuiller postérieure se retire; rien n'empêche de l'enlever la première.

VII. *Engagement et descente.* — Les manœuvres à faire pour tenter l'engagement et, si l'on réussit, pour terminer l'extraction, sont très simples

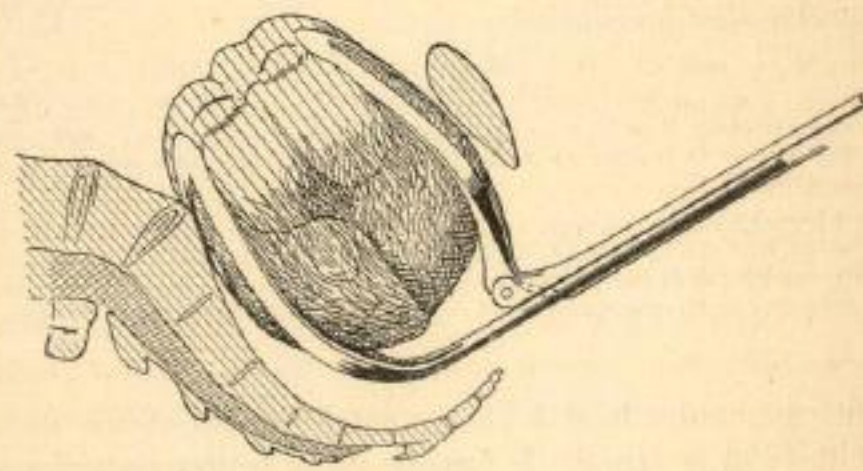


Fig. 510. — Engagement de la bosse pariétale antérieure, obtenu par la pression sous-pubienne (non représentée) exercée sur l'instrument et par la liberté de s'abaisser donnée au bout du manche, peu à peu et parcimonieusement afin d'empêcher la bosse postérieure de remonter. C'est ici qu'il faut de la modération: car la manœuvre n'est efficace que grâce à la réduction du diamètre temporo-pariétal, c'est-à-dire à la dépression de la tempe postérieure par le promontoire. La longue cuiller de cette figure ne permet pas cette dépression comme la petite.

et deviennent instinctives pour celui qui connaît le mécanisme naturel et n'a pas de mauvaises habitudes.

La tête étant bien prise, il faut, d'une main, relever les crochets au maximum pendant que l'autre appuie très fort et *très longtemps* sur le manche au point même où il meurtrirait le sous-pubis, si elle ne l'en empêchait: il s'agit de faire descendre le plus possible la bosse pariétale postérieure, d'amener la tempe au promontoire. Il n'est pas nécessaire d'imposer à la tête la position transversale pure, c'est-à-dire de relever les manches juste sur la ligne médiane; un peu de diagonalisation vaudra souvent mieux.

Après avoir, par ce relèvement des crochets et cette pression soutenue sur le manche, engagé le pariétal postérieur dans l'excavation (fig. 509), il faut tâcher de l'y maintenir pendant qu'on abaissera à son tour la bosse antérieure, afin de l'engager derrière les pubis. C'est pour cela que la main qui appuie sur l'instrument à l'entrée du vagin, continue à le faire énergiquement, tandis que l'autre, qui relève les crochets, se borne à les soutenir, attentive à les laisser s'abaisser aussitôt que la tête paraît vouloir s'engager.

Comment deviner que la tête s'engage et descend? Au rapprochement qui s'opère entre la partie pressée du manche et le périnée (fig. 510). Du reste, la main qui presse est toujours libre de sentir ce qui se passe au fond du vagin sans cesser sa pression, en détachant un seul doigt pour apprécier la distance qui sépare la tête du plancher osseux coccyx-sacré.

D'après Farabeuf, le préhenseur-levier-mensurateur peut faire aussi la rotation et le reste de l'extraction. On adapte facilement aux pédicules des cuillers soit un ruban, soit un tracteur rigide et arqué.

Ce manuel opératoire, complet et minutieux, de l'application du levier-préhenseur-mensurateur est le résumé des recherches entreprises par L.-H. Farabeuf dans son laboratoire. Il ne nous est point encore possible de nous prononcer sur la valeur du *levier-préhenseur-mensurateur* au point de vue pratique, c'est-à-dire employé chez la femme en travail et bien que nous l'ayons l'un et l'autre employé avec avantage pour extraire la tête après symphyséotomie, nos documents personnels et ceux qui sont publiés ne sont pas encore assez nombreux pour juger l'instrument.

A. Martin (de Rouen) a publié le résultat de ses observations cliniques et expérimentales dans un mémoire¹ que Farabeuf a illustré de dessins; avant de lire ce travail, il est important de connaître certaines objections qui ont été faites, en particulier par P. Budin, à l'emploi du levier.

P. Budin² a expérimenté le levier-préhenseur-mensurateur sur des bassins en fonte moulés sur des bassins viciés. Il a constaté que si l'on prenait une tête ayant un diamètre bi-pariétal voisin du diamètre rétréci du bassin, elle descendait toute seule sans difficulté si on pressait sur elle par-dessus le pubis; qu'elle franchissait plus facilement encore l'obstacle si on l'extrayait seconde après version, qu'elle passait même avec le forceps appliqué en oblique. Au contraire la même, saisie avec le levier-préhenseur-mensurateur,

¹ Application clinique du préhenseur-levier-mensurateur (instrument de Farabeuf) avec ou sans symphyséotomie. (*Normandie médicale*, 1896.)

² *Société obstétricale de France*, avril 1896.

ne s'engageant pas; il en était de même si l'on appliquait le forceps suivant le diamètre antéro-postérieur du bassin. P. Budin pense que ces difficultés tiennent à ce que la cuiller du forceps et la cuiller du levier-préhenseur sont trop larges: elles ne s'adaptent ni l'une ni l'autre à la concavité de la paroi postérieure des pubis; les cuillers forment une sorte de pont jeté sur l'axe antérieur du bassin: la tête qui descend ne peut plus utiliser le diamètre dont l'extrémité antérieure aboutit à la symphyse, mais seulement le diamètre qui va jusqu'à la corde de l'axe pubien. L'espace ainsi perdu varie, suivant les bassins, de 7 millim. 5 à 11 millim. 5.

P. Budin a fait les mêmes recherches comparatives sur un bassin rétréci (65 millimètres de diamètre promonto-pubien minimum): après symphyséotomie et écartement de 4 centimètres, une tête ayant 78 millimètres de diamètre bi-pariétal descend plus ou moins facilement par pression simple, à l'aide du forceps appliqué obliquement: ou par traction sur le tronc la tête venant dernière; dans les mêmes conditions d'écartement, la tête saisie par le forceps placé suivant le diamètre antéro-postérieur ou par le levier ne put descendre. Avec un écartement de 5 centimètres, les applications antéro-postérieures du forceps réussirent comme les obliques, mais le levier échoua encore, sa cuiller trop large (mesurant 54 millimètres) ne pouvant se loger dans l'intervalle inter-pubien. Pour que cet inconvénient disparaisse, il faut que l'écart des deux pubis atteigne 6 centimètres.

Farabeuf et A. Martin (de Rouen) ont répondu¹ à ces critiques en faisant remarquer que si cet instrument portait trois noms, c'est qu'il remplit trois fonctions dont la plus importante est celle de levier; de plus, pour en obtenir de bons résultats, il faut, après avoir redressé la tête fœtale, engager d'abord la bosse pariétale postérieure, puis la bosse pariétale antérieure, jamais les deux à la fois. Enfin, si cet instrument échoue là où le forceps appliqué en oblique réussit, c'est qu'il n'exerce pas de compression dangereuse. — Au point de vue expérimental, Farabeuf, reprenant les expériences de Budin, a montré que la bosse pariétale se loge dans la fenêtrure de la cuiller et qu'elle vient toucher la symphyse et son bourrelet de telle sorte qu'il n'y a point en réalité d'espace inutilisé au niveau de la partie antérieure du diamètre promonto-pubien minimum.

La tête est d'ailleurs étroitement casquée par la cuiller du levier qui a été moulé sur une tête moyenne. « Quand la tête et les cuillers sont descendues dans l'excavation, certainement il y a un vide derrière la partie inférieure de la symphyse: ce n'est pas le fait de la cuiller, puisque celle-ci a ses jumelles appliquées on ne peut mieux sur la tempe et le zygoma, c'est le fait de la tête qui est encore en position transversale. Otez la cuiller, la tête nue laissera le même espace, car elle touche derrière chaque branche horizontale des pubis ou chaque muscle obturateur: sa face latérale fait la corde de l'axe pubien, où se logent l'urètre et le col vésical. »

Farabeuf et A. Martin ont également montré, l'un par l'expérimentation, l'autre par des faits cliniques, qu'il n'était point nécessaire, après sym-

¹ Application clinique du préhenseur-levier-mensurateur. (*Normandie médicale*, 1896.)

physéotomie, de produire un écartement de 6 centimètres afin d'extraire la tête avec le levier. D'abord l'écartement pubien ne se fait pas absolument symétrique et jamais l'instrument ne se trouve tout à fait dans le plan médian, de sorte que l'une des jumelles reste derrière le pubis correspondant, pendant que l'autre est dans l'intervalle des os. De plus, « il n'est pas nécessaire que l'écartement des pubis soit au moins égal à 6 centimètres, pour que le diamètre céphalique qui répond au promonto-inter-pubien soit réduit par pénétration d'une partie de la convexité crânienne, entre les deux pubis ».

CHAPITRE IV

DES PELVITOMIES

Les diverses *pelvitomies* qui consistent à sectionner le bassin pour en permettre l'agrandissement momentané ont été toutes indiquées par Aitken peu de temps après que Sigault en eut fait connaître la variété la plus importante, la *Symphyséotomie*.

En effet, la pelvitomie la plus souvent employée en obstétrique et en chirurgie est la *symphyséotomie* ou *pubiotomie*, c'est-à-dire la section du bassin sur la ligne médiane ou dans son voisinage immédiat; c'est elle que nous allons d'abord décrire avec détails.

Nous résumerons ensuite l'opération imaginée par L.-H. Farabeuf pour les bassins ankylosés d'un côté, l'*ischio-pubiotomie*, et qui a été une fois pratiquée avec succès par Pinard sur la femme vivante. Enfin signalons une autre opération, la *coccytomie*, destinée à remédier à l'ankylose du coccyx (voy. p. 1104).

A. — DE LA SYMPHYSÉOTOMIE

La *symphyséotomie* consiste à sectionner les ligaments inter-pubiens, ensuite à produire, grâce au jeu des articulations ilio-sacrées, un écartement momentané des parties antérieures des deux os iliaques et par suite un agrandissement du bassin osseux.

Historique. — Ce serait un des chapitres les plus intéressants de l'histoire de l'obstétricie que celui des phases d'enthousiasme et d'abandon par lesquelles a passé cette opération depuis plus d'un siècle.

Elle fut imaginée par J.-R. Sigault et pratiquée pour la première fois par lui-même en présence d'Alph. Leroy à Paris, le 50 septembre 1777, sur la femme Souhot, mariée à un soldat du guet; la mère et l'enfant guérirent. Quatre ans auparavant, J.-R. Sigault, qui était alors encore étudiant en