

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'obstétrique 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

médecine, avait intitulé sa thèse inaugurale : *An in partu contra naturam, sectio symphyseum ossium pubis sectione cesarea promptior et tutior*; cette thèse avait été soutenue le 22 mars 1775 devant l'École d'Angers. Les travaux de Sigault furent mal accueillis par l'Académie de chirurgie; la Faculté de médecine au contraire décréta que « pour récompenser l'inventeur d'une découverte si utile à l'humanité, on ferait graver une médaille en son honneur comme témoignage de reconnaissance et d'admiration ».

Bientôt les succès arrivèrent; dans les trois opérations suivantes faites par Sigault, les trois enfants moururent; dans la cinquième la mère et l'enfant succombèrent. Un certain nombre d'opérations furent faites tant en France qu'à l'étranger avec des succès divers. On se décidait à tort et à travers — voilà pour les indications; — on opérât n'importe comment — voilà pour la technique. Une réaction se produisit contre l'opération nouvelle; il s'établit à ce sujet entre symphyséotomistes et césariens une polémique des plus violentes¹. On manqua de sang-froid d'un côté et de bonne foi de l'autre.

L'un des adversaires les plus acharnés de la symphyséotomie fut Baudelocque qui, dès 1776, s'était prononcé contre la section du pubis. « L'anathème de Baudelocque, dit Pinard, fut répété par Mme Lachapelle; aussi, bien qu'Antoine Dubois eût opéré pour la deuxième fois avec succès la femme Delaplace, et malgré le judicieux plaidoyer de Gardien en faveur de la symphyséotomie, cette opération ne tarda pas à disparaître de la pratique des accoucheurs français. P. Dubois et Désormaux la condamnent à peu près. Si Velpeau, Jacquemier, Cazeaux ne la repoussent pas absolument et pensent même qu'elle peut avoir ses indications dans quelques cas, ils ne la pratiquent pas. Stoltz, bien qu'il ait songé à un procédé de symphyséotomie sous-cutanée, lui préfère l'opération césarienne. »

Tarnier, il y a trente ans, dans l'Atlas de Lenoir, M. Sée et Tarnier, dit « qu'il n'est peut-être pas audacieux ni téméraire de penser que la symphyséotomie sera un jour le complément de l'accouchement prématuré ». Dans son cours de 1886, il se demandait si la symphyséotomie ne devait pas être employée dans les rétrécissements du détroit inférieur. Bouchacourt, dans l'article Pubiotomie du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, rapporte quelques expériences cadavériques et se montre favorable à l'opération en s'appuyant sur les résultats obtenus par l'École de Naples.

Malgré tout, ni en France ni ailleurs, personne ne cédait aux objurgations des Italiens. C'est en Italie, en effet, que, partout délaissée, la symphyséotomie s'était réfugiée. Grâce à Galbiati, Jacolucci et surtout grâce à Morisani, cette opération était en honneur à l'École de Naples. Dès 1865, dans un travail sur les rétrécissements du bassin, Morisani consacrait un chapitre important à la symphyséotomie et à la pelvitomie. A différentes reprises (1867, 1874, 1881, 1886), il publie de nouveaux travaux sur la symphysé-

¹ Desfrances. Thèse de Paris 1892. — Voir également la thèse d'E. Gotchaux. Paris 1895, et la Discussion à la Société obstétricale de France. *Ann. de gynéc.*, 1895.

tomie. Au fur et à mesure que l'antisepsie se perfectionne, les résultats qu'il obtient pour la mère et pour l'enfant deviennent meilleurs et finissent par être excellents.

A la fin de 1891, Spinelli, ancien assistant de Morisani, vient à Paris, appelle l'attention de Pinard et de Varnier sur les résultats obtenus à Naples : sur 24 opérations, 24 mères guéries et 25 enfants vivants.

Pinard commence immédiatement, avec L.-H. Farabeuf et Varnier, des expériences¹ sur l'agrandissement du bassin obtenu par la symphyséotomie; ébranlé par la mortalité des enfants dont on a provoqué la naissance avant terme, par le dégoût de la basiotripsie faite sur un enfant vivant, par les expériences de Farabeuf sur le forceps, et surtout par les succès de Morisani, Pinard se décide : après avoir étudié l'opération, il fait publiquement connaître sa décision le 7 décembre 1891, dans une leçon qu'il termine en disant que, grâce à la symphyséotomie, « la vie de bien des femmes et de bien des enfants sera sauvegardée et les accoucheurs n'auront plus à s'imposer le supplice de broyer des enfants pleins de vie qu'ils ont mission de sauver ».

Enfin, en février 1892, après avoir attendu quelque temps l'occasion, il pratique cette opération qui, depuis longtemps, ne l'avait pas été en France. A partir de ce moment la symphyséotomie qui, malgré les efforts persévérants des accoucheurs italiens : Morisani, Novi, Mangiagalli, Corradi, etc., n'avait pu se vulgariser à l'étranger, entre dans une voie nouvelle : on la reprend dans toute l'Europe et en Amérique et le 51 mars 1895 Varnier peut rassembler quatre-vingt-deux observations nouvelles de symphyséotomie².

Peu de temps après, Fochier voulant montrer l'influence des écoles italienne et française sur la renaissance de la symphyséotomie, dit que la reconnaissance des accoucheurs « doit tout d'abord s'adresser à Morisani qui, avec une clairvoyance et une ténacité admirables, a su persévérer dans la pratique de cette opération discréditée par ses revers, plutôt que par son inefficacité. Elle doit aller ensuite à Pinard, dont le sens et l'expérience cliniques ont dirigé les premières applications de cette vieille nouveauté, dont la voix autorisée a su, comme une trompette éclatante, porter la bonne nouvelle aux quatre coins du globe. »

Depuis 1891 L.-H. Farabeuf s'est livré avec enthousiasme et sans relâche à l'étude du bassin et des pelvitomies³, a fait en un mot d'une manière complète et nouvelle l'étude anatomique expérimentale et technique de la symphyséotomie; ce qui lui a permis d'indiquer des préceptes opératoires et d'inventer une instrumentation qu'il prend la peine de prouver et de montrer dans son laboratoire à tous les accoucheurs qui répondent à son appel. Ses travaux, que nous allons largement mettre à contribution, ont ce but pratique : fournir aux accoucheurs des notions anatomiques et experimen-

¹ *Annales de gynécologie*, janvier 1892.

² En outre 49 autres observations d'opérations pratiquées dans la même période ont été publiées depuis le mémoire de Varnier (statistique de Neugebauer).

³ *Annales de gynéc.*, mai-juin, 1894. *Gazette heb.*, 9 juin 1894. — La symphyséotomie, anatomie, instrumentation et technique du professeur Farabeuf par P. A. Lop. *Gazette des hôp.*, 1895, n° 47, 50, 55. — Précis de médecine opératoire, 4^e édition, 1895.

tales qui soient pour l'obstétrique des assises véritablement positives. Aux praticiens d'en tirer parti dans la mesure du possible, en particulier dans la symphyséotomie dont l'antisepsie a si profondément modifié le pronostic.

Il faut remarquer que ce n'est pas seulement la mortalité maternelle par infection qui a fait abandonner autrefois la symphyséotomie : c'est plutôt la mortalité infantile de cause mécanique; elle est aujourd'hui bien diminuée.

La vérité est que des calculs démonstratifs et rassurants — mais impératifs — n'avaient jamais été faits; que l'architecture, la mobilité et le mode de résistance des articulations postérieures étaient fort négligés, ainsi que l'anatomie de la symphyse pubienne et des organes voisins.

Depuis plusieurs années, Farabeuf démontrait l'épouvantable puissance du forceps, toujours nuisible quand il est appliqué pour forcer le détroit supérieur. Aussi vit-il tout de suite qu'après la section pubienne la tête, si on la tirait par le forceps sans avoir au préalable ouvert le bassin, devrait faire elle-même cette ouverture, qu'elle le pourrait certainement, mais en subissant trop souvent l'écrasement de ses os pariétaux. Son premier précepte « coupez et dilatez », « symphyséotomie en avant, arthroclasia double et symétrique en arrière » est celui auquel il tient le plus et celui qui, entre les mains de ceux qui le suivent attentivement, a presque supprimé la mortalité infantile.

Il y avait en outre à déterminer pour chaque degré de rétrécissement, c'est-à-dire pour chaque bassin, l'écartement pubien nécessaire afin qu'en n'allant pas au delà, on ne fit courir à la paroi vaginale antérieure aucun risque de déchirure. Il fallait ensuite chercher à assurer la restauration de la solidité pelvienne.

Après avoir contribué, avec Pinard¹ et Varnier, à convaincre le praticien de la valeur de l'opération, Farabeuf voulut rendre tous les médecins désireux de l'entreprendre et capables de la mener à bien, à la première occasion urgente. Aussi multiplia-t-il ses démonstrations orales, écrites ou dessinées, et répandit-il partout les détails anatomiques et les conseils techniques les plus minutieux.

En résumé, nous sommes dans une phase nouvelle de l'histoire de la symphyséotomie. Celle que nous faisons en connaissance de cause, sur un terrain étudié, avec une instrumentation non indispensable, mais commode, avec des précautions fondées sur l'expérimentation, l'anatomie et le calcul, n'est plus tout à fait celle que les plus habiles faisaient il y a cent ans (chloroforme et antisepsie mis à part). Ce n'est pas non plus la symphyséotomie de ceux qui à l'heure actuelle coupent et tirent au petit bonheur et accusent l'opération de ne pas toujours réussir.

Notions d'anatomie sur la symphyse pubienne. — Nous n'avons pas à rappeler ici toute l'anatomie de la symphyse pubienne non plus que celle des articulations sacro-iliaques (Voy. pages 274 et suivantes) : il nous faut cependant la compléter à l'aide du texte et des dessins avec légendes de

¹ Lire les leçons publiées par Pinard chaque année dans le numéro de janvier des *Annales de Gynécologie*.

Farabeuf. Car nous avons réservé à dessein pour ce moment-ci l'étude anatomique de la région symphysienne et du bassin tout entier au point de vue de la symphyséotomie ainsi que l'indication des résultats produits sur le calibre pelvien par l'écartement des pubis.

Les deux os pubis sont séparés par un bloc, cartilagineux de chaque côté, fibreux-cartilagineux au milieu, dont l'épaisseur diminue avec l'âge; l'os



Fig. 511 (Farabeuf). — Coupe transversale voisine du bord supérieur d'une symphyse pubienne. Os teintés gris; en dessus le manchon péri-osseux réduit au périoste pelvien, passe d'un côté à l'autre; en dessous le manchon péri-osseux, véritablement fibro-tendineux, est très épais; au milieu de ses fibres transversales qui viennent en majeure partie des muscles adducteurs, on distingue la coupe des deux faisceaux internes des grands droits de l'abdomen, confondus au moment où ils se croisent pour changer de côté.

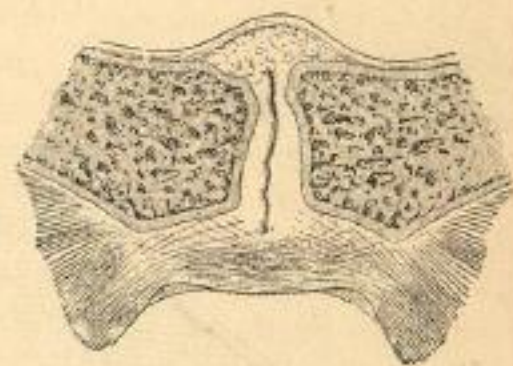


Fig. 512 (Farabeuf). — Symphyse à gros bourrelet, bourré de faisceaux fibreux-cartilagineux obliques ou longitudinaux, largement fissurée et sans autres fibres transversales que celles du manchon fibro-tendineux péri-osseux.

et le bloc interosseux sont contenus dans le manchon périostique qui passe d'un côté à l'autre et mérite, au droit de la symphyse, le nom de manchon péri-osseux fibro-tendineux.

Chaque surface pubienne est recouverte d'une croûte cartilagineuse qui reste hyaline sur une petite épaisseur et se transforme en fibro-cartilage en approchant de la ligne médiane où presque toujours il se forme une cavité ou fente médiane. Au pourtour de ce bloc interosseux, le fibro-cartilage dure longtemps, montrant une striation bien disposée pour l'union des os; mais au centre et

un peu en arrière, la fissure médiane le fend de très bonne heure d'une manière très variable suivant les sujets et s'étend ensuite.

Ce qui donne de la solidité à la symphyse, c'est donc principalement le manchon péri-osseux fibro-tendineux. Du côté du bassin, ce manchon est réduit au périoste, qui est épais comme celui qui forme le ligament sacro-iliaque antérieur; il couvre les bords saillants et rembourrés (fig. 511 et 512) des facettes pubiennes dont la juxtaposition forme le bourrelet qu'on sent avec le doigt derrière le milieu de la symphyse.

À la partie supérieure de la symphyse, derrière les tendons des muscles droits (fig. 515), le périoste manchon devient épais : on y voit aboutir ces

faisceaux multiples, qui, après avoir couvert les lignes innominées, bordent les crêtes des pubis.

En bas, en-dessous, au sommet de l'arcade, c'est une masse ligamenteuse, triangulaire, haute de 15 millimètres, qui arrondit en arcade (*ligamentum arcuatum* de Lauth) l'angle des chevrons pubiens.

Enfin, en avant, le manchon péri-osseux n'est plus homogène : un grand nombre d'éléments tendineux viennent se tresser avec les siens et, en

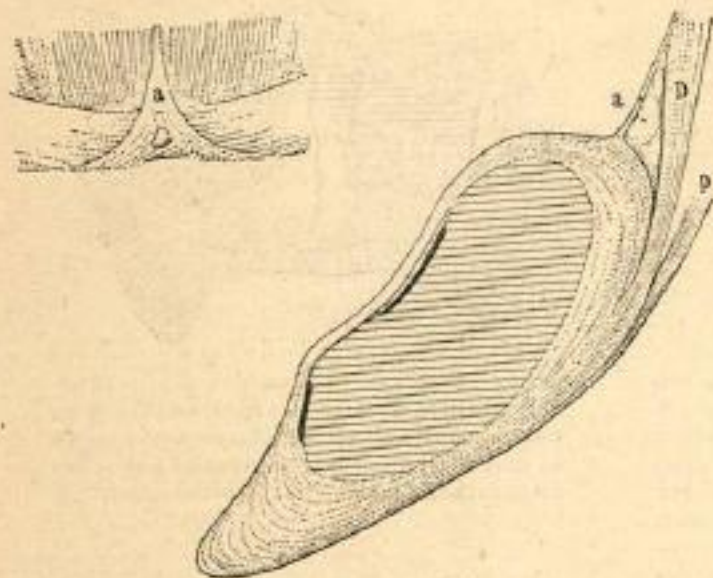


Fig. 515 (Farabeuf). — Coupe médiane sagittale ayant ouvert dans toute son étendue, qui est on ne peut plus grande, la fissure totale du bloc fibro-cartilagineux interosseux de cette symphyse.

Le manchon fibro-tendineux péri-osseux se montre tel qu'il est : mince en arrière où l'on distingue deux cavités synoviales sous-jacentes; épais sur le bord supérieur qui donne attache à l'admiculum *a* et sur la face antérieure où les insertions des muscles droit *d* et pyramidal *p* viennent l'épaissir encore; très épais en bas où, sous le nom de *ligamentum arcuatum*, il forme le bord mince de la symphyse. — En haut et à gauche de la figure principale : face postérieure des tendons droits qui descendent en avant et de l'admiculum *a* qui s'attache au bord supérieur des pubis, comme les tendons conjoints, ici extraordinairement développés, des muscles transverse et petit oblique de l'abdomen qu'on voit de chaque côté.

suspendent le corps du clitoris à une hauteur très variable d'une femme à l'autre.

Si le doigt parcourt de haut en bas cette face antéro-inférieure de la symphyse, il sent bientôt qu'elle se creuse en une gouttière qui atteint son maximum de largeur et de profondeur au niveau de l'*arcuatum*, à la place qu'occupe le clitoris.

Cette gouttière, plus large que la pulpe du doigt, a pour limites latérales les deux berges ou collines osseuses d'où partent les muscles fémoraux, et qui descendent jusque sur les piliers de l'arcade en dehors des solides attaches des corps caverneux du clitoris. Les collines osseuses commencent en haut par une saillie majeure où naît la moitié du tendon adducteur moyen correspondant et la moitié de celui du côté opposé. Plus bas, les fascicules tendineux du grêle interne et même des adducteurs sous-jacents se compor-

tent de même. De sorte que les faisceaux transversaux qui vont d'un pubis à l'autre sont en grande partie les tendons originels des muscles adducteurs croisés sur la ligne médiane.

Des piliers de l'anneau inguinal, l'interne envoie ses faisceaux croiser sur la ligne médiane avec leurs homologues et s'attacher à la colline osseuse du côté opposé. L'externe s'attache presque complètement du côté où il est né. En partie, il descend avec quelques autres faisceaux venus des environs de l'épine pubienne, pour former ce ruban superficiel qui couvre et solidarise les origines des tendons adducteurs (fig. 515). C'est surtout dans la profondeur de la partie prépubienne du manchon qu'il faut chercher des faisceaux descendants importants, ceux qui continuent la moitié interne du tendon des droits.

En descendant sous la couche à fibres obliques croisées sur la ligne blanche et qui représente les tendons des muscles larges de l'abdomen dont nous venons de parler, le muscle pyramidal s'élargit et s'écarte un peu en dehors pour s'attacher devant le pubis de son côté, au-dessus de la saillie du moyen ad-

ducteur, à un doigt au-dessous du bord supérieur de l'os (fig. 514, *p*). Derrière le pyramidal, le tendon plat du grand droit (*d*) rétréci arrive, large seulement de 25 à 30 millimètres. Sa moitié externe reste plate et se fixe directement de son côté, devant le bord supérieur du pubis, au-dessus

tent de même. De sorte que les faisceaux transversaux qui vont d'un pubis à l'autre sont en grande partie les tendons originels des muscles adducteurs croisés sur la ligne médiane.

Des piliers de l'anneau inguinal, l'interne envoie ses faisceaux croiser sur la ligne médiane avec leurs homologues et s'attacher à la colline osseuse du côté opposé. L'externe s'attache presque complètement du côté où il est né. En partie, il descend avec quelques autres faisceaux venus des environs de l'épine pubienne, pour former ce ruban superficiel qui couvre et solidarise les origines des tendons adducteurs (fig. 515).

C'est surtout dans la profondeur de la partie prépubienne du manchon qu'il faut chercher des faisceaux descendants importants, ceux qui continuent la moitié interne du tendon des droits.

En descendant sous la couche à fibres obliques croisées sur la ligne blanche et qui représente les tendons des muscles larges de l'abdomen dont nous venons de parler, le muscle pyramidal s'élargit et s'écarte un peu en dehors pour s'attacher devant le pubis de son côté, au-dessus de la saillie du moyen ad-

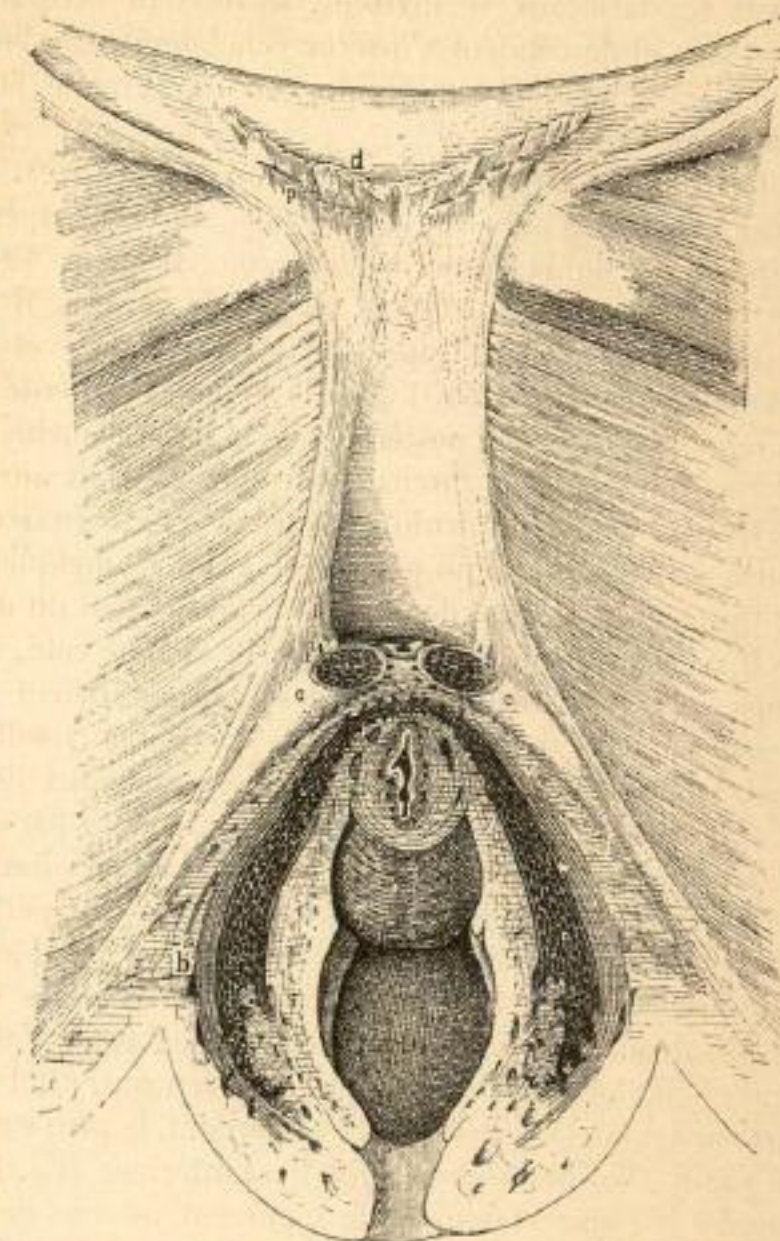


Fig. 514 (Farabeuf). — Coupe transverse des organes génitaux externes de la femme à ras de la face antéro-inférieure des pubis et de leur symphyse.

La coupe n'a laissé en haut que des traces des insertions des muscles droits *d* et pyramidal *p*. Plus bas, elle a emporté le clitoris et son suspenseur, mis à nu la gouttière et ses rubans, ouvert la voie sous-symphysienne, tranché les racines cavernouses *c* un peu avant leur union et leur condure et la veine dorsale du clitoris, puis le réseau veineux intermédiaire des bulbes et de l'urèthre, enfin les lèvres de la vulve avec leur bulbe *b* et leur glande, pour finir devant la commissure postérieure ou fourchette vulvaire.

du pyramidal. Sa moitié interne descend un peu plus bas sans se fusionner avec le manchon (fig. 515); puis elle commence à adhérer et s'entre-croise, en totalité ou en partie, avec celle du côté opposé, d'un seul coup (fig. 511) ou par faisceaux séparés et étagés, avec ou sans séreuses interposées. Finalement ses faisceaux se divisent, se tressent avec les fibres transverses du manchon et descendent s'insérer échelonnés, sur la colline osseuse du côté opposé à celui de leur origine, sur une grande longueur, jusque sur les piliers de l'arc.

Les tendons des muscles droits, vous le voyez, adhèrent, non pas sur mais devant les pubis, à une distance du bord supérieur des os qui croît en approchant de la ligne médiane où elle peut atteindre 15 millimètres. Derrière les tendons droits et un peu de graisse, il est commun de rencontrer, attachée au bord supérieur de la symphyse et des pubis, la base d'un triangle fibreux (fig. 515) dont le sommet remonte haut se confondre avec la ligne blanche (pied postérieur de la ligne blanche, soutien, *adminiculum*) et recevoir quelques fascicules du muscle droit auxquels il sert de tendon.

La base de l'*adminiculum* est trouée par des vaisseaux perforants minuscules accompagnés d'un peloton de graisse, quelquefois assez gros pour que le trou, un peu élargi de force, accepte le bout du doigt (fig. 519).

Il n'est pas rare de voir aboutir, de chaque côté, à ce même bord pubien supérieur, et se fusionner avec les angles basilaires et le commencement des bords latéraux de l'*adminiculum*, une bande tendineuse de 1 ou 2 centimètres de hauteur, venue des derniers faisceaux des muscles petit oblique et transverse qui n'envoient plus leurs tendons par-devant les droits, comme le font les faisceaux plus haut situés des mêmes muscles.

Rapports de la symphyse pubienne. — Du périoste interne de chaque branche ischio-pubienne épais et renforcé par l'insertion de l'aponévrose du muscle obturateur interne naissent deux plans aponévrotiques parallèles et peu distants qui semblent destinés à fermer l'ouverture en s'unissant à leurs homologues du côté opposé. Ils rencontrent l'urètre et le canal vaginal sur lequel ils s'insèrent et se perdent, le plan supérieur en remontant sur le vagin (feuillet ischio-vaginal); l'inférieur (fig. 515) en descendant suspendre le bulbe et doubler le tégument interne de la vulve (feuillet ischio-bulbaire ou vulvaire). Entre les origines de ces deux feuillets rampent le nerf, l'artère et les grosses veines honteuses internes. L'insertion sur le canal génital a lieu au niveau de l'hymen et contribue à créer ce qu'on appelle l'orifice vulvo-vaginal, orifice résistant complet en arrière et en avant par les parties du plancher que n'interrompent ni l'urètre ni le vagin. En avant, c'est une bandelette sus et pré-urétrale, le ligament transverse; son bord antérieur reste séparé de l'arcuatum symphysien par la fissure de la veine dorsale médiane du clitoris qui envoie, dans son épaisseur qui est feuilletée, ses branches de bifurcation, c'est-à-dire les origines des honteuses (fig. 514 et 515). — En arrière, ce ne sont que des trainées aponévrotiques qui, nées de l'ischion, viennent se perdre avec des muscles dans la masse périnéale ano-vulvaire. Cet ensemble forme une *sangle inter-ischiatique* avec laquelle l'accoucheur a toujours à compter chez les primipares.

Tout ce qui est au-dessus du plancher et du releveur de l'anus, est pelvien, ampoule rectale, ampoule vaginale, ampoule vésicale; tout ce qui est au-dessous appartient au périnée anatomique, aux organes génitaux externes :

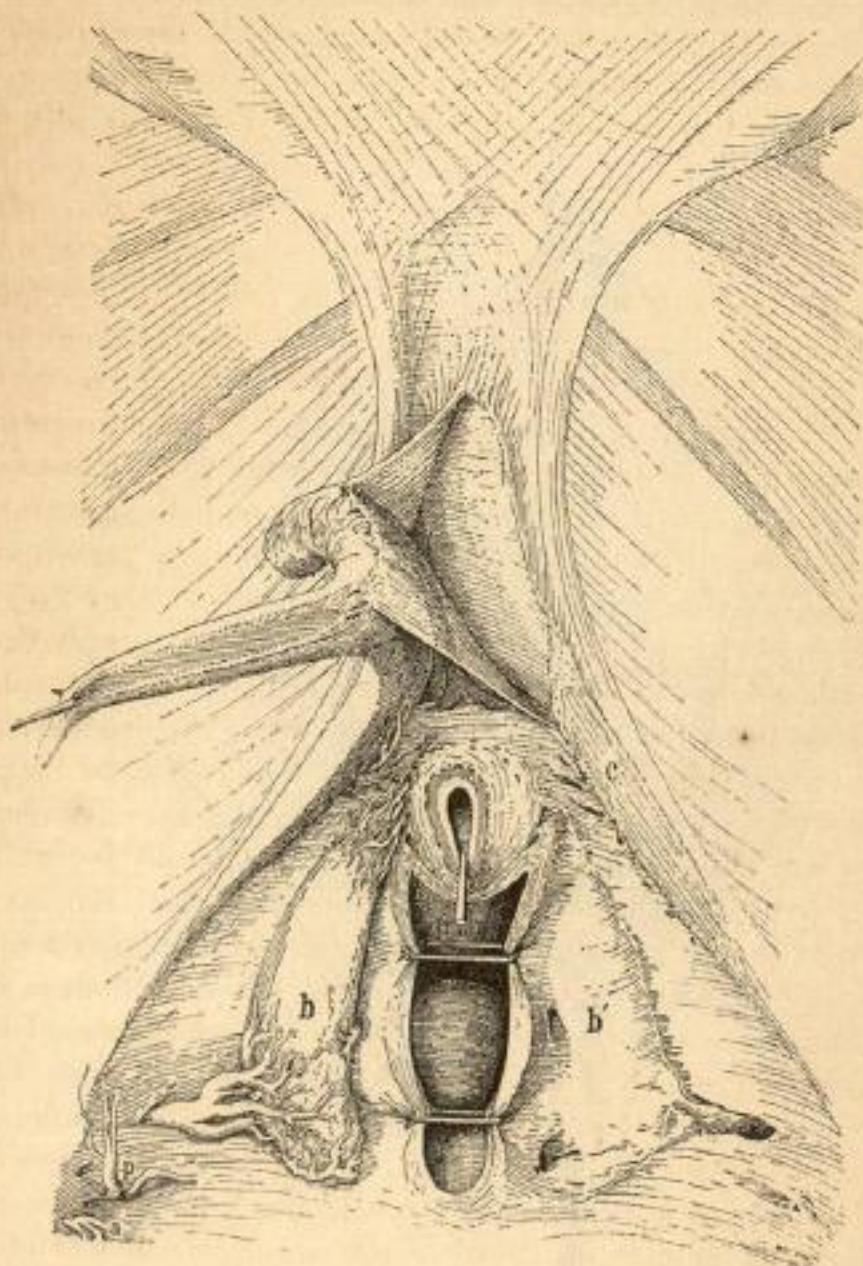


Fig. 515 (Farabeuf). — Les parties profondes de la région vulvaire : symphyse, clitoris, bulbe, feuillet inférieur du plancher.

Urètre tiré par une épingle; canal vulvo-vaginal tenu par deux ligatures. — La racine gauche du clitoris a été arrachée de l'arcade *c* et transportée à droite en l'air, par un crochet. Le bulbe gauche extirpé n'est plus à sa place *b'*. — L'excision de la moitié gauche du ligament suspenseur permet de voir sortir du bassin, par-dessous l'arcuatum, le feuillet celluleux sous lequel sont les veines du col vésical, de l'urètre et du clitoris. Celle-ci, la dorsale, se bifurque et pénètre dans le plancher. — Le bulbe droit *b* en place émet en haut les veines du réseau intermédiaire qui, over celles de l'urètre et de l'entre-cuisse caverneux, alimentent les branches de bifurcation de la dorsale, les origines des honteuses; en bas, la bulbaire principale gagne la honteuse dans le plancher, non loin des périnéales superficielles *p* et anales *a*. Plusieurs veines accessoires, ici deux, s'unissent à celles de la vulve et des colonnes du vagin.

vulve, glande, bulbe, corps caverneux clitoridien et muscles enveloppant ces organes.

Lorsque la symphyse est sectionnée, qu'y a-t-il pour fortifier en avant l'anneau vulvo-vaginal? Il y a l'entre-cuisse du clitoris, la partie pré-uré-

thrale du plancher, c'est-à-dire le ligament transverse et quelques faisceaux musculaires, peut-être même les attaches pubiennes de la vessie. L'écartement des pubis tend tous ces organes et se trouve modéré par leur tension; poussé trop loin, il les déchire et fend le vagin à côté de l'urèthre. On fortifie donc le vagin en limitant cet écartement.

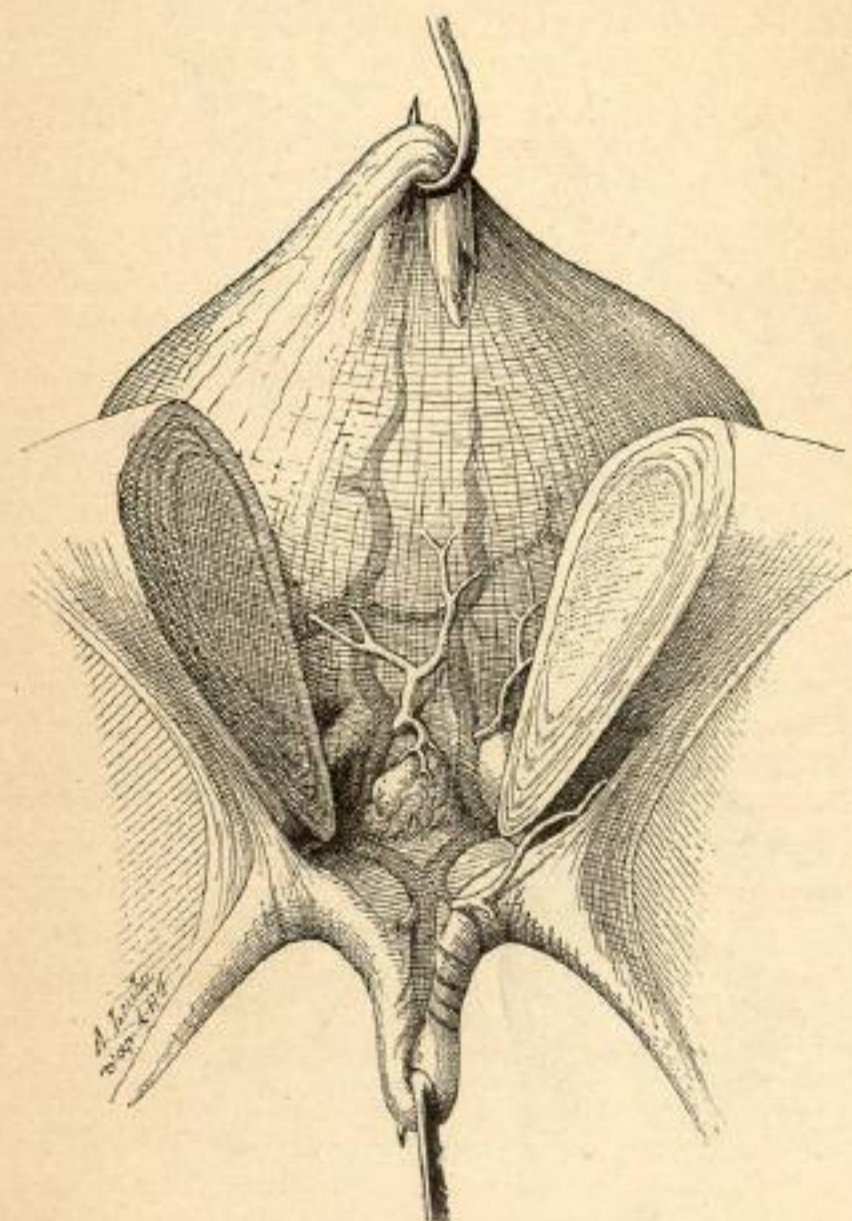


Fig. 516 (Farabeuf). — Entre les pubis écartés : vessie, dessus de l'urèthre et du clitoris; veines et veinules pré-ou rétro-symphysiennes seules à nu; le riche et dangereux réseau que montre la figure suivante 517, ne se devine que par transparence de la mince toile fibro-celluleuse qui le couvre et qu'on voit distendue sur la figure précédente 515.

Le tissu caverneux est entouré d'une coque fibreuse incomplète en ce sens que, sur l'étroite surface de contact (fig. 515, c) de la racine clitoridienne et de l'arcade osseuse, le périoste semble remplacer l'albuginée réduite à une minceur extrême. Les adhérences de la coque fibreuse au périoste sont très fortes et remontent plus ou moins haut sur la colline d'insertion des muscles adducteurs qui limite la gouttière symphysienne (fig. 514 et 515).

Au droit de cette gouttière, le *clitoris n'adhère pas*. Les deux cuisses libres, continuent à monter et s'unissent, suspendues par des filaments élastiques qui viennent du pénis et des os; le corps se coude à une hauteur très

variable, quelquefois au niveau de l'arcuatum, quelquefois au-dessus du milieu de la symphyse.

Lorsqu'on a incisé sur la ligne médiane le *mont de Vénus* (Voy. p. 1184) et qu'on écarte les lèvres de la plaie, on aperçoit des lamelles et des fila-

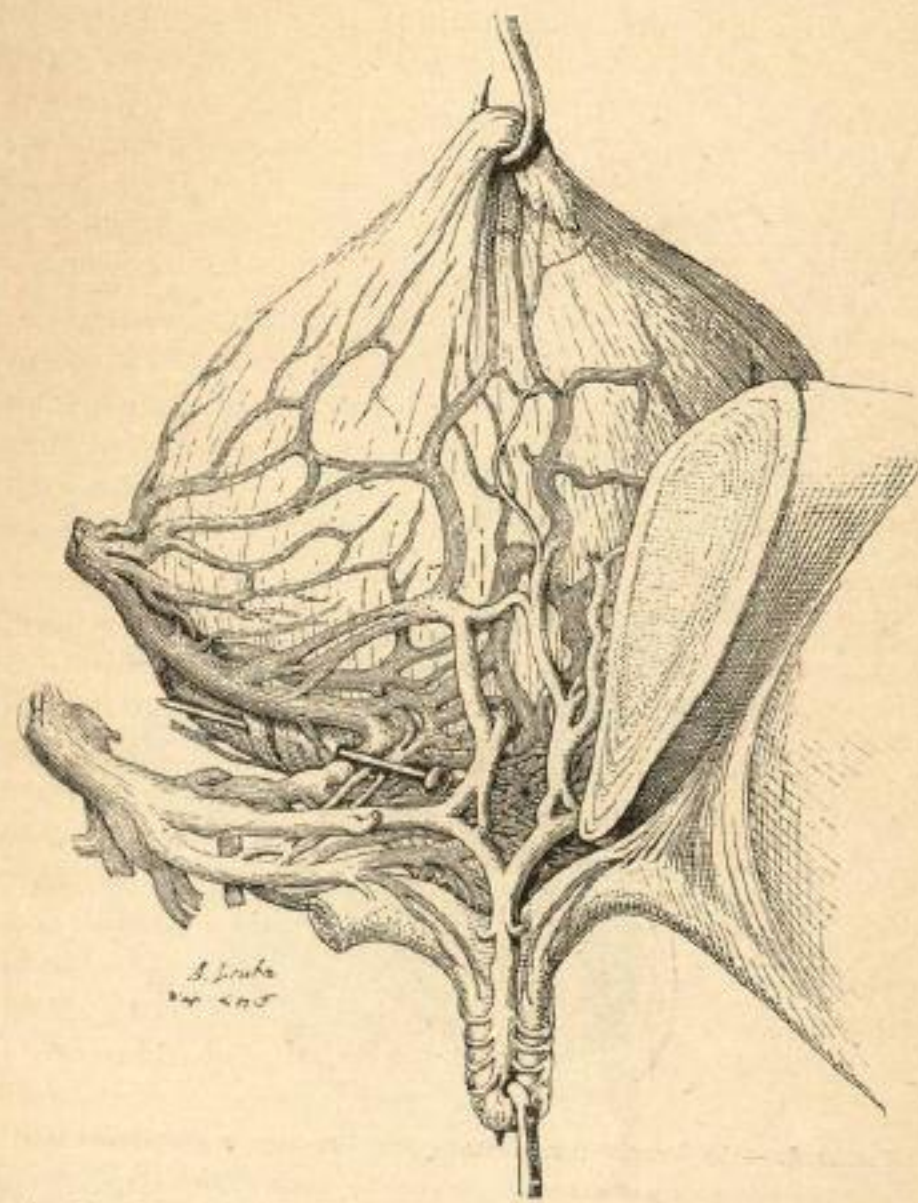


Fig. 517 (Farabeuf). — Face antérieure de la vessie insufflée dont le sommet est tiré par un crochet; face supérieure du clitoris dont le corps et le gland sont abaissés par une érigne, dont la cuisse droite est coupée; — pubis gauche sont conservés. — L'on voit les veines dorsales, caverneuses, uréthrales et vésicales antérieures, tributaires de la honteuse interne H qui reçoit par-dessous celles du bulbe, du périnée et de l'aus coupées. L'on voit, d'autre part, les affluents des vésicales V.

L'épingle sépare les deux courants: le supérieur pelvien dans le bassin, au-dessus du muscle releveur; l'inférieur périnéal, dans l'épaisseur du plancher uro-génital.

ments dont l'ensemble constitue le *ligament suspenseur médian du clitoris*. Les fibres de ce ligament s'insèrent au dos du clitoris et à la partie voisine de ses cuisses, jusqu'au point où chacune d'elles s'attache si solidement à la berge du fossé symphysien. Celui-ci, large de 20 millimètres au moins, a pour fond l'arcuatum. L'entre-cuisse du clitoris qui monte et le ligament suspenseur médian qui descend le couvrent et le remplissent. Si l'on détruit le ligament suspenseur tout à fait comme dans la figure 515 on

simplement, par exemple, en le coupant en travers comme plus loin (fig. 528), le corps du clitoris et l'entre-cuisse non adhérents peuvent être abaissés ou découverts alors, à nu, l'arcuatum dont le bord inférieur net semble fait pour être chargé sur une large sonde cannelée bien courbée (fig. 518).

Rapports de la symphyse avec les vaisseaux. — Le clitoris abaissé, abaisse avec lui ses vaisseaux, notamment la veine dorsale médiane qui, par

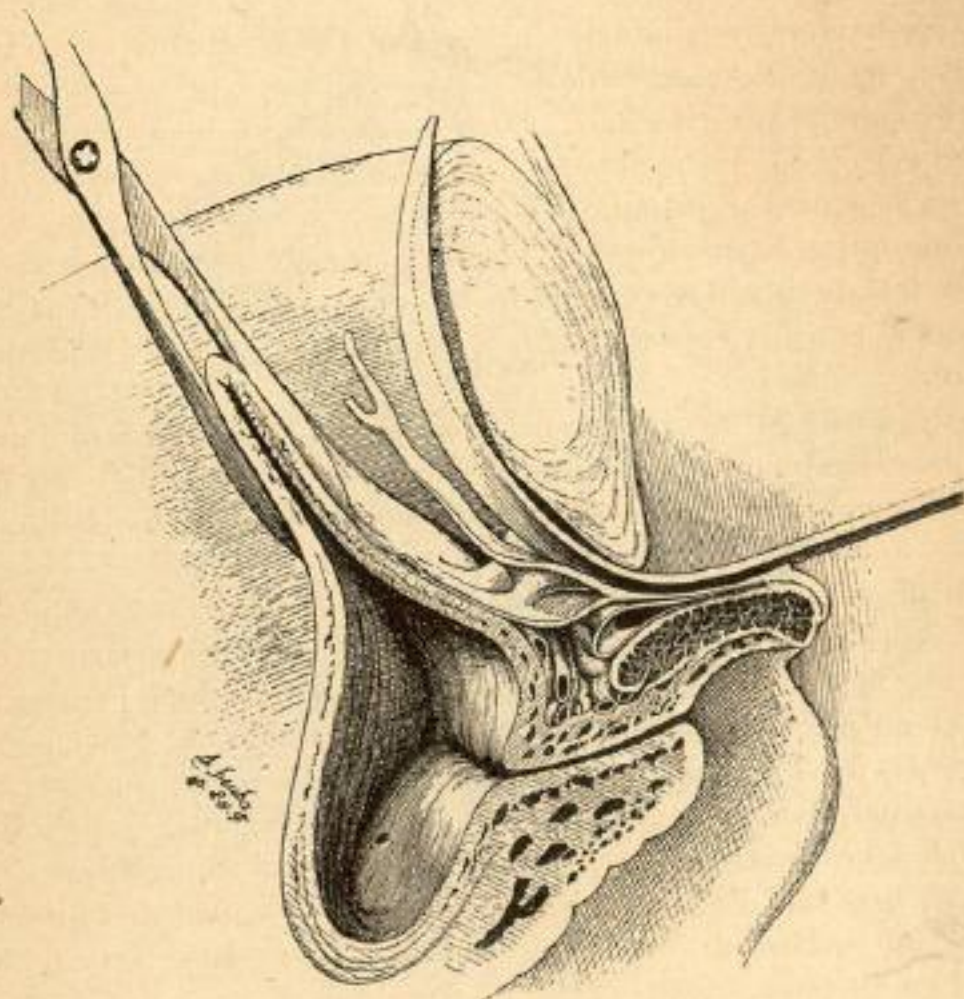


Fig. 518 (Farabeuf). — La Sécurité par la sonde, gouttière arquée passée sous la symphyse. Coupe médiane de la vessie (tirée par une pince), de l'urèthre et du clitoris. Les veines de ces organes sont refoulées par le dos de la gouttière métallique arquée qui a pris au bourrelet symphysien. Cette large sonde cannelée, de courbure appropriée, protège les vaisseaux et les organes contre toute échappade du bistouri.

sa bifurcation, engendre les veines honteuses internes. Celles-ci divergent tout de suite et reçoivent chacune une grosse vésicale antérieure, au moment même où elles pénètrent dans l'épaisseur des insertions du ligament transverse, c'est-à-dire dans l'intervalle des feuillets du plancher uro-génital. Ni ces veines vésicales, ni la dorsale médiane du clitoris ne sont visibles à nu. Elles sont voilées par une couverture fibro-cellulose qui applique les vésicales à la vessie, les uréthrales à l'urèthre et la dorsale au clitoris.

Peu importe que cette couverture soit percée par quelques veinules afférentes pré-ou rétro-pubiennes : il suffit qu'elle applique la grosse dorsale au clitoris, les gros plexus uréthro-vésicaux à l'urèthre et au col de la vessie,

qu'elle force ces vaisseaux à suivre leurs organes quand on écarte ceux-ci de la symphyse naturellement isolée (Rev. fig. 516 et 517).

Les vaisseaux auxquels il vient d'être fait allusion sont seuls menacés par le bistouri : ce sont les plus gros, les plus dangereux. Les autres qui, appartenant à la symphyse elle-même, sont nécessairement coupés, sont insignifiants.

Quels sont donc les vaisseaux volumineux dont on doit éviter la section et la rupture ?

L'artère honteuse affaiblie par le départ de l'anale et surtout de la grosse périnéale superficielle ou labiale, s'avance le long de la branche ischio-pubienne dans le plancher fibreux sus-jacent à la racine cavernuse du clitoris. Sa dernière branche notable, l'artère du bulbe de la vulve, qui naît à 5 centimètres de l'arcuatum, l'épuise plus d'à moitié. Viennent ensuite l'urétrale qui n'est pas grosse, la cavernuse qui ne l'est pas non plus ; enfin, la dorsale du clitoris artériole terminale qui, malgré les ramuscules qu'elle doit fournir, vésical, rétro- et pré-pubien, n'a pas 1 millimètre de diamètre.

Si par hasard ces diverses branches de la honteuse venaient d'une vaginale, elles viendraient, comme dans la norme, à un doigt de la ligne médiane, sur le côté, où il faudrait vouloir aller les chercher pour les couper.

Quant aux veines, quoique dix fois, vingt fois plus grosses et plus nombreuses, elles ont une distribution analogue à celle des artères : elles ne versent que le sang apporté par celles-ci. Elles peuvent bien l'emmagasiner, et c'est ce qu'elles font, quand la circulation en retour est gênée pendant le travail, mais elles se laissent aplatir par le moindre tampon ; et une fois qu'elles ont jeté leur accumulé qui épouvante les débutants, elles ne donnent que ce que leur apportent leurs artérioles. C'est pourtant quelque chose si l'opérateur bave une demi-heure à chercher la place à lier ou à pincer, dans une plaie qui suinte partout et qu'il déchire encore davantage, au lieu de terminer en quelques minutes l'extraction du fœtus.

Évidemment, il est au moins inutile, quand on peut le modérer, de laisser l'écartement des pubis déchirer les plexus vésico-uréthraux. Il est plus qu'inutile de les couper, puisque l'on peut s'en dispenser en chargeant la symphyse sur une lame ou gouttière protectrice métallique après l'avoir isolée avec précaution.

Pour la symphyse elle-même, il n'y a pas de vaisseaux dans le fibro-cartilage symphysien ; il n'y en a que de capillaires dans le manchon fibro-tendineux péri-osseux.

A la surface pelvienne, c'est-à-dire sur le bord supérieur et sur la face postéro-supérieure des pubis, deux artérioles de chaque côté, avec des veines satellites, ont une existence constante et une distribution régulière (fig. 518).

De l'épigastrique, artère de la paroi abdominale, naît un rameau sus-pubien qui marche en dedans, à quelques millimètres au-dessus du bord supérieur du pubis, donnant des rameaux obliques ascendants aux muscles larges et aux droits. Il se termine en formant arcade simple ou double avec

l'homonyme, derrière la ligne blanche et derrière l'adminiculum, par le trou médian desquels un ramuscule perforant vient jusqu'à la graisse du pénis (fig. 519).

Cette arcade artérielle accompagnée d'une arcade veineuse en tout sem-

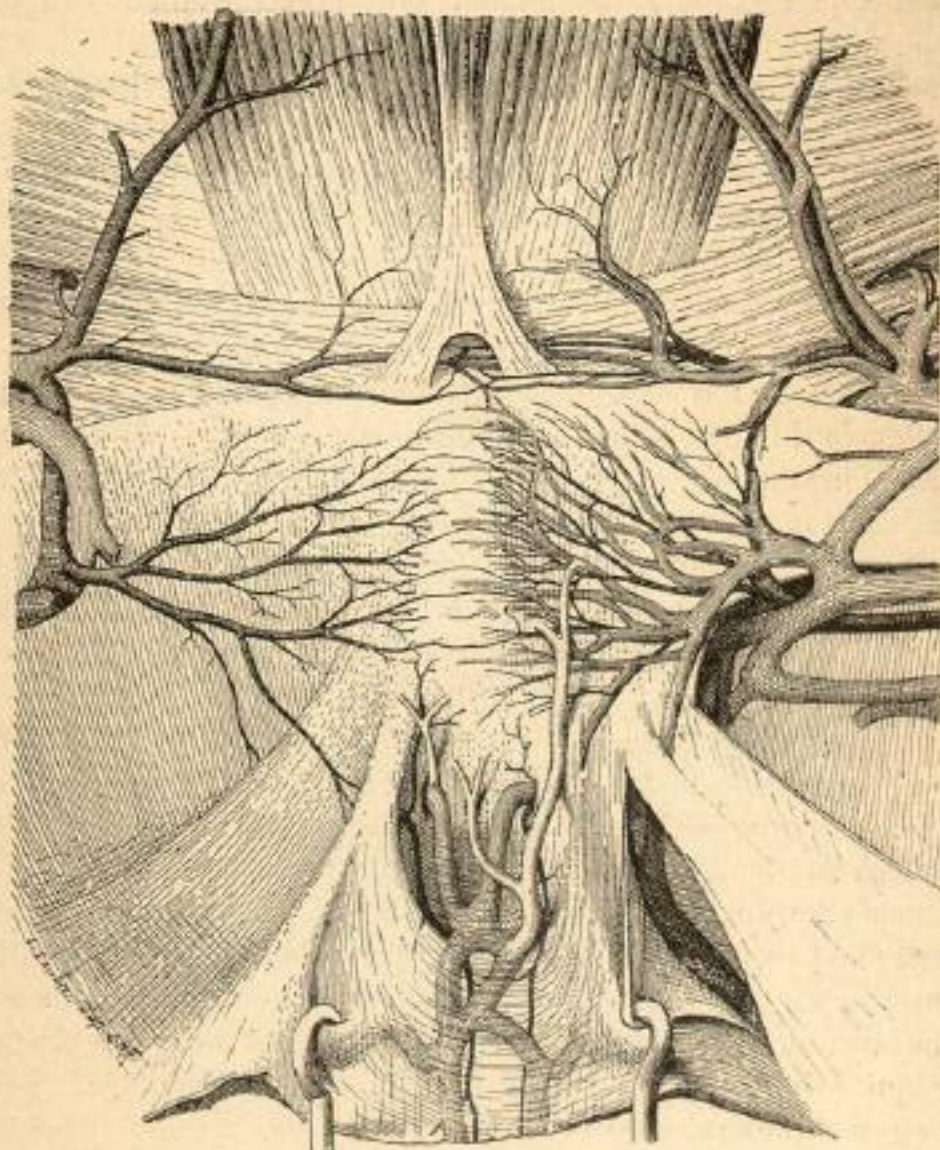


Fig. 519 (Farabouf). — Les vaisseaux que l'on aperçoit, après injection, sur la face postérieure de la symphyse. Au-dessus, on voit descendre l'adminiculum et les grands droits derrière lesquels s'insinue de chaque côté le tendon conjoint du petit oblique et du transverse.

Du côté gauche, il n'y a que les artères : l'obturatrice y naît de l'épigastre. — Du côté droit, les veines sont conservées avec les artères; mais les arcades veineuses sont coupées juste sur la ligne médiane du bourrelet. Une grande fenêtre pratiquée à la loge aponévrotique de l'obturateur interne, montre les vaisseaux homonymes. — Deux crochets tirent la vessie en arrière; ils tendent les ligaments pubio-vésicaux de chaque côté de la fosse médiane où plongent une veine adipeuse libre et deux vésicales antérieures affluents des honteuses; le crochet droit relève un lambeau aponévrotique, pour montrer la honteuse droite dans l'épaisseur du plancher uro-génital.

blable, volume à part, est nécessairement coupée par le symphyséotomiste qui ne s'en aperçoit pas, parce que, grosse comme une aiguille de couturière, elle ne saigne pas.

Les véritables vaisseaux des pubis et de la symphyse (la figure 519 les montre) dépendent des vaisseaux obturateurs.

L'artère pubienne ou rétro-pubienne naît de l'obturatrice avant l'entrée de celle-ci dans le canal sous-pubien. Son premier rameau est ascendant et

s'unit avec un rameau descendant de la sus-pubienne née de l'épigastrique comme il vient d'être dit. C'est par le développement de cette anastomose (côté gauche de la figure) que se produisent les anomalies d'origine, si fréquentes, de l'épigastrique et surtout de l'obturatrice.

L'artère pubienne couvre ensuite de ses branches et de ses rameaux le périoste pubien de l'excavation. Après maintes divisions, des dizaines d'artérioles entrent dans l'os, notamment au voisinage du bourrelet, et une dizaine au moins que les injections fines pénètrent seules, franchissent le bourrelet, formant avec celles du côté opposé dix arcades artérielles qu'il faut couper. Elles sont capillaires! Il est vrai qu'il y a autant de veines dont quelques-unes beaucoup plus grosses, c'est-à-dire pouvant atteindre 2 millimètres de diamètre. Où prendraient-elles du sang, ces veines publiennes, si elles saignaient?

En résumé, il n'y a que les plexus veineux uréthro-vésicaux qui puissent dégorger du sang, d'abord assez abondamment, surtout chez la femme en travail, si on les incise ou si on les déchire largement. Il est vrai qu'un opérateur ayant perdu la tête, qui descendrait le long du pilier de l'arcade, à plusieurs centimètres de l'arcuatum, en dedans de la tubérosité de l'ischion, trouverait à blesser à côté de ses veines une artère honteuse capable de donner un jet, car elle serait atteinte avant d'avoir été affaiblie par la naissance des branches qu'elle donne aux organes génitaux externes.

Disjonction ou arthroclasié sacro-iliaque. — Lorsque la symphyse est coupée, les deux moitiés du bassin peuvent être éloignées l'une de l'autre par un mouvement de charnière dont l'axe passe en arrière des articulations sacro-iliaques sur la ligne d'insertion des ligaments ilio-transversaires; pour que cet écartement se produise, il est de toute nécessité que ces articulations existent et le permettent. Un os iliaque ankylosé ne peut que rester immobile.

L'immobilité n'arrive qu'après le début de l'écartement lorsque — particulièrement sur des sujets âgés — un contact osseux s'établit trop tôt en arrière de la charnière, entre la tubérosité iliaque et l'un ou l'autre des tubercules conjugués sacrés trop développés.

Lorsque l'écartement des pubis est porté au delà de 5 ou 4 centimètres, l'articulation sacro-iliaque s'entr'ouvre en avant et bientôt se produit le décollement du périoste qui constitue le ligament antérieur de cette articulation. Ce sont les fibres les plus éloignées de l'axe de la charnière qui passe par les cornes des auricules, par conséquent celles qui correspondent et s'attachent à la ligne innommée, qui ont le plus à souffrir de la disjonction et se décolent les premières. C'est sur l'ilium seul que se produit le décollement qui porte sur le périoste des premiers centimètres de la ligne innommée parce que ces premiers centimètres en allant en dehors, s'en vont aussi en arrière du plan de l'aileron sacré (fig. 520). Toute la série des ligaments postérieurs, seuls importants, si, ne subit aucun tiraillement puisque leur insertion iliaque se rapproche de l'apophyse épineuse du sacrum. Quand on supprime l'écartement et qu'on laisse revenir les deux pubis au contact, « les surfaces de l'articulation sacro-iliaque se

rapprochent et il faut y regarder de près pour retrouver traces du décollement » (Pinard.)

Parmi les nombreux arguments invoqués par Baudeloque étaient des « lésions épouvantables » constatées à l'autopsie dans les articulations sacro-iliaques. Il est établi par les observations les plus récentes que ces

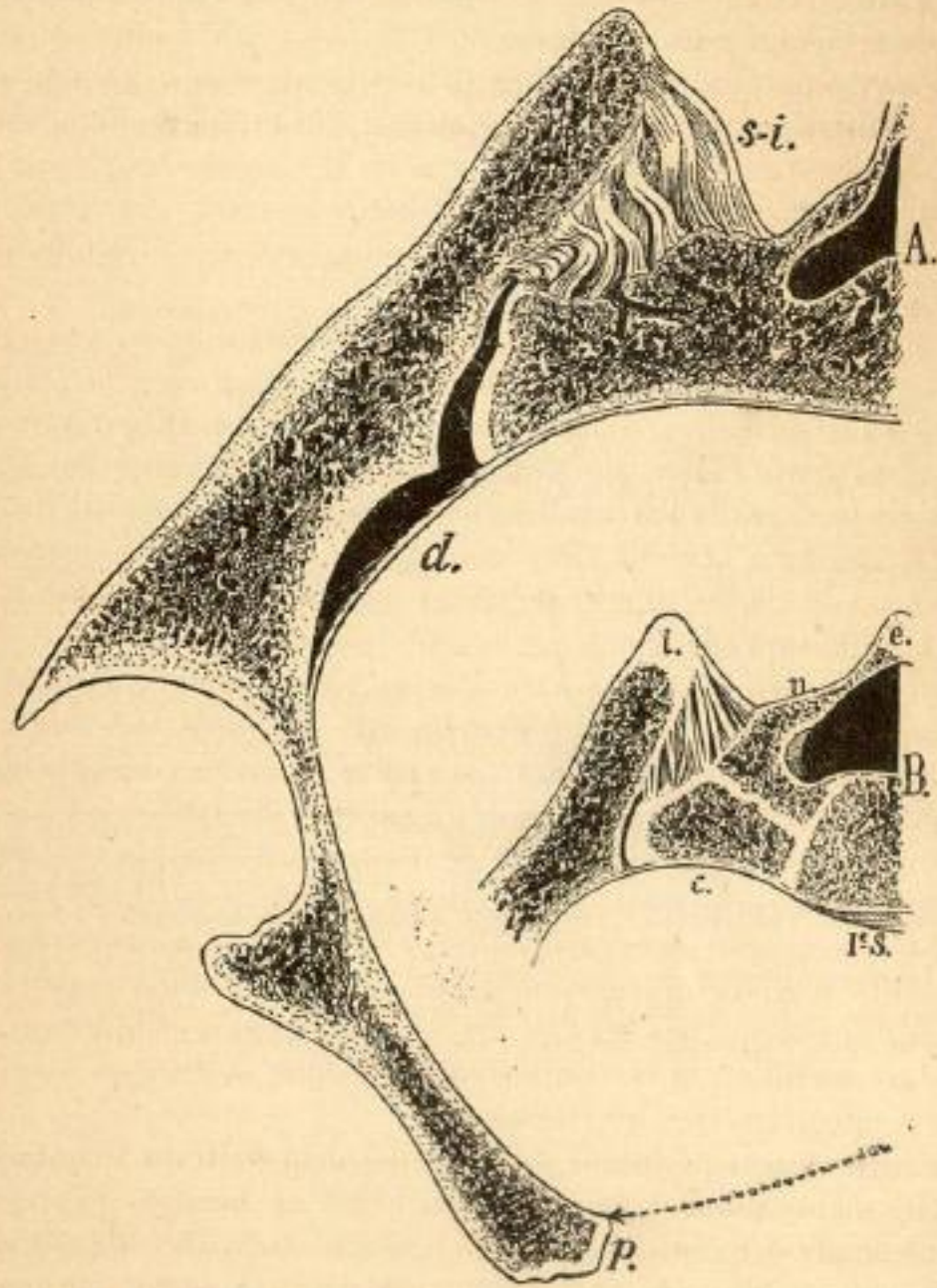


Fig. 520 (Farabeuf). — Coupes parallèles au détroit supérieur, côté droit.

A. D'un bassin adulte dont l'articulation sacro-iliaque a subi la disjonction après symphyséotomie : d, périoste décollé; si, ligaments sacro-iliaques relâchés.

B. D'un bassin de nouveau-né pour montrer e la pièce costale qui fera l'aillon sacré ou, si elle ne se développe pas et s'ankylose avec l'ilium, produira un bassin oblique ovalaire.

lésions articulaires, insignifiantes chez une femme non infectée, ne sont point dues à l'opération elle-même, et ne deviennent graves que par la suppuration septique si souvent observée à l'époque où vivait Baudeloque.

Par quels procédés peut-on produire l'écartement des pubis? — Lorsque toutes les fibres interpubiennes sont coupées, les surfaces sym-

physiennes s'écartent spontanément de quelques millimètres par suite de l'élasticité des parties pelviennes postérieures. Le seul poids des cuisses fléchies tombant en abduction, porte l'écartement pubien à un centimètre environ. Pour aller au delà, il faut employer un peu de force et se servir, soit d'un instrument gradué qui écarte progressivement et directement les pubis, soit des mains qui agissent par le fémur et les muscles adducteurs de la cuisse devenus abducteurs du bassin.

La disjonction manuelle peut être faite de deux manières différentes et dans deux attitudes différentes des cuisses. Celles-ci peuvent être, en effet,



Fig. 521 (Farabeuf). — Flexion-adduction-apuyée de la cuisse droite pour sceller l'ilium droit au sacrum, pendant qu'un autre aide, par l'abduction forcée de la cuisse gauche, disjoint la partie antérieure de la seule articulation sacro-iliaque gauche.

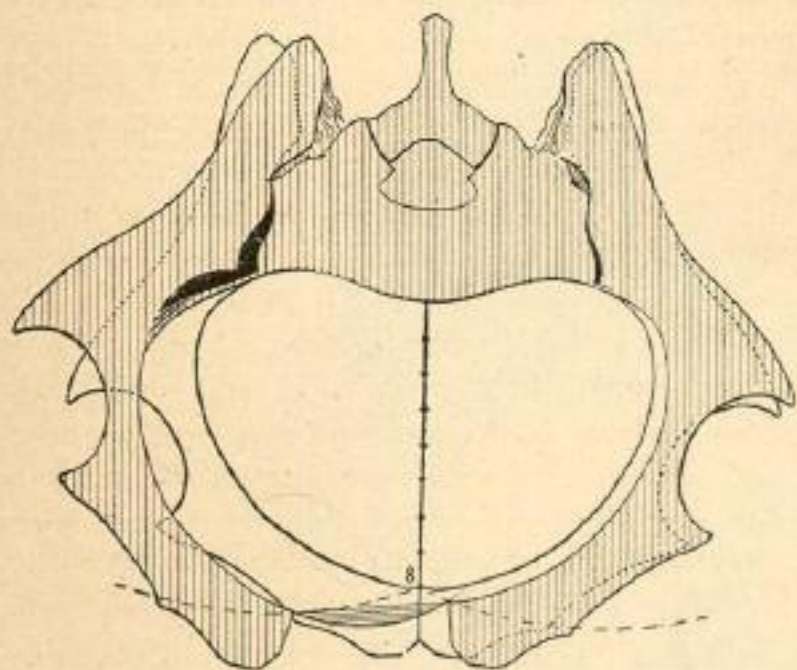
Un disjoncteur métallique interpubien peut en faire autant que l'abduction manuelle. Pour exercer sans peine toute sa puissance, l'aide qui fait la flexion-adduction-apuyée, monte sur un tabouret et pèse sur le genou de tout le poids de la moitié supérieure de son corps.

fléchies à angle droit en position obstétricale ou au contraire étendues, pendant que les mains agissent sur les genoux soit d'une manière progressive et continue, soit par des pressions brusques et intermittentes. Par l'abduction insensiblement progressive, l'opérateur charge peu à peu les ligaments de tout son poids; c'est beaucoup trop, car, lorsque les ligaments se mettent à céder tout à coup, l'opérateur n'est pas sûr de suspendre assez vite son action pour empêcher la disjonction d'aller au delà du nécessaire. Farabeuf conseille, quand on produit l'écartement à l'aide des cuisses, de les mettre dans l'abduction maxima et d'imprimer à chacune d'elles, dans le sens de l'abduction, des ébauches de petites secousses synchrones, assez violentes, mais brèves, limitées et pour ainsi dire retenues. On va ainsi pas à pas et l'on sent ce que l'on fait.

De quelque manière qu'on opère, on observe de temps en temps du bout du doigt ce que devient le plancher périnéal, et l'on favorise son élongation

en appuyant de chaque côté près des piliers de l'arcade pour l'en désinsérer peu à peu.

On reconnaît, encore par le doigt, que l'écartement est symétrique, comme il convient, à ce que les pubis qui en s'écartant descendent, se maintiennent au même niveau. L'un des angles pubiens est-il plus bas que l'autre, l'écartement est asymétrique et ne se fait que peu ou pas de l'autre côté : on arrête la disjonction du côté où elle est suffisante, en mettant la cuisse dans la flexion-adduction appuyée (fig. 521), qui réapplique l'ilium au sacrum et l'y tient scellé pendant que l'on continue les efforts abducteurs sur l'autre cuisse.



g. 522 (Farabeuf). — Après symphysectomie, écartement symétrique. — L'augmentation de la distance sacro-pubienne résulte de ce que le bord postérieur de chaque pubis part du chiffre 8 à suivi l'arc pointillé tracé autour du centre rétro-auriculaire marqué d'un point blanc; elle croît très vite, mais s'arrête bientôt.

L'épaisseur du segment de tête enclavé, teinte gris foncé, insignifiante au début de l'écartement, devient considérable lorsque celui-ci atteint 7 centimètres, comme sur cette figure; elle l'est d'autant plus qu'il s'agit de la région de la bosse pariétale dont le rayon est plus petit que le rayon moyen de la tête.

Cet enclavement de la tête est le plus fort élément du bénéfice total, et c'est pour cela que dans les rétrécissements sérieux il faut porter l'écartement à 5, 6, 6 1/2 et quelquefois 7 centimètres. Ce dernier écartement ajoute plus de 50 millimètres au diamètre antéro-postérieur de l'ouverture offerte à la tête. Farabeuf ajoute qu'un bassin qui a tels besoins est extrêmement rare et cause généralement d'autres défauts auxquels la symphysectomie ne peut remédier.

Des expériences de Morisani, de Bouchacourt, de Farabeuf, de Pinard et Varnier, etc., on peut conclure qu'un écartement de 5, 6 et même 7 centimètres (on n'a jamais besoin de plus et très rarement d'autant) ne produit aucune lésion redoutable des symphyses sacro-iliaques, mais qu'il est dangereux pour les parties molles antérieures de dépasser cet écartement de 7 centimètres et même de l'atteindre sans une surveillance spéciale du décollement des parties attachées à l'arcade ischio-pubienne.

Quelles modifications apporte la section inter-pubienne aux différents diamètres du bassin? — Tout d'abord le diamètre antéro-postérieur médian n'existe plus dès que l'on commence à écarter les deux pubis l'un de l'autre. Il est remplacé par deux lignes obliques partant du promontoire pour aller à chaque pubis et qui toutes deux, sensiblement égales, sont plus grandes que le promonto-pubien minimum (fig. 522). La différence de longueur est

environ de 2 millimètres pour chaque centimètre d'écartement; de telle sorte qu'avec un écartement symétrique de 6 centimètres les distances sacro-pubiennes augmentent de 12 millimètres environ. En outre les pubis, en s'écartant, s'abaissent dans le plan oblique descendant du détroit. Mais ce qui est plus important au point de vue de l'agrandissement du bassin, ce que Farabeuf a tant de fois répété à ceux qui se servent de mauvais calculs pour dénigrer l'opération, c'est que dans la brèche antérieure interpubienne il se loge, pendant l'engagement et la descente, un segment de la sphère céphalique d'autant plus épais que la brèche est plus large et le rayon de la tête plus petit. C'est la bosse pariétale dont le rayon est justement plus petit que celui de la tête en général qui profite de l'intervalle pubien dans lequel un segment pariétal épais de 20 millimètres peut s'engager et descendre.

Farabeuf a montré : 1° que le bénéfice total en majeure partie dû à l'enclavement de la bosse antérieure, n'était pas proportionnel à l'écartement des pubis, qu'il était progressif et que par conséquent il fallait aller jusqu'à 5 ou 6 centimètres pour commencer à recueillir une notable dilatation du calibre pelvien; 2° que l'autre élément de bénéfice total, l'agrandissement de la distance sacro-pubienne (qui est le contraire de progressif), variait, pour un même écartement, suivant les dimensions initiales du diamètre antéro-postérieur, c'est-à-dire que, plus un bassin est aplati, plus le pubis s'éloigne du sacrum en s'écartant de son homonyme. Exemple : Avec un bassin ayant un sacrum de largeur à peu près normale, et un diamètre antéro-postérieur réduit à 6 centimètres, l'écartement des deux pubis, porté successivement à 5 et 6 centimètres, donne à la distance sacro-pubienne 10 et 12 millimètres, tandis qu'avec un bassin de 9 centimètres les mêmes écartements n'en donnent que 8 et 9. Voici d'ailleurs, d'après les calculs, les tracés géométriques et les expériences de Farabeuf, le bénéfice total obtenu, pour chaque bassin de 5, 6, 7, 8, 9, 10 centimètres, ayant subi un des écartements publiens praticables de 5, 6 ou 7 centimètres.

Nous ferons observer que tous ces chiffres sont faibles parce que la partie du bénéfice due à l'enclavement a été ici estimée au-dessous de sa valeur, le calculateur ayant voulu supposer au segment un grand rayon et une irréductibilité absolue.

AGRANDISSEMENT DU BASSIN.

AGRANDISSEMENT DU BASSIN.

AGRANDISSEMENT DU BASSIN.

ÉCARTEMENT INTER-PUBIEN DE :	AUGMENTATION OBTENUE POUR CHAQUE BASSIN DE					
	5 cent.	6 cent.	7 cent.	8 cent.	9 cent.	10 cent.
5 cent.	25 mill.	24 mill.	19 mill.	17 mill.	16 mill.	14 mill.
6 cent.	29 —	26 —	25 —	21 —	19 —	18 —
7 cent.	54 —	51 —	28 —	25 —	25 —	21 —

Il résulte donc de ces recherches que la symphyséotomie faite sur un bassin de 7 centimètres, non atrophié, permet, avec un écartement approchant de 7 centimètres, le passage d'une tête de fœtus à terme *supposée irréductible* et dont le diamètre bi-pariétal mesurerait 9 cent. 5. Pour les bassins tout à fait exceptionnels, c'est-à-dire dont le diamètre antéro-postérieur aurait moins de 7 centimètres, l'agrandissement ne permettrait le passage d'un fœtus à tête dure qu'autant que celle-ci aurait un bi-pariétal inférieur à 9 cent. 5. Pour les bassins ayant au contraire plus de 7 centimètres de diamètre promonto-pubien minimum, la symphyséotomie permet le passage d'une tête fœtale ayant plus de 9 cent. 5 de diamètre bi-pariétal, c'est-à-dire d'une tête appartenant à un fœtus volumineux.

Nous voyons ici, une fois de plus, que, pour le pronostic de l'accouchement dans les bassins rétrécis, il ne faut pas tenir seulement compte des dimensions plus ou moins étroites du bassin, squelette et parties molles, mais encore des principaux diamètres et du degré de réductibilité de la tête fœtale.

Par la symphyséotomie ce n'est pas seulement le diamètre défectueux, celui qui nous importe le plus, l'antéro-postérieur, qui est augmenté : il va de soi que tous les diamètres de l'excavation, tous ceux des détroits supérieur ou inférieur participent à l'agrandissement.

Les diamètres obliques augmentent plus que l'antéro-postérieur; les transverses davantage encore, d'environ la moitié de l'écartement des pubis sur toute la hauteur du bassin. Quant au diamètre bi-ischiatique, son augmentation est presque égale à l'écartement inter-pubien, parce qu'en raison de l'obliquité descendante en arrière des axes des charnières, les ischions sont à peu près aussi éloignés de ces axes que les pubis.

Ainsi, d'après Aug. Pollosson, 4 centimètres d'écartement des symphises donnent 50 millimètres d'agrandissement au diamètre bi-ischiatique, 8 centimètres donnent 62 millimètres.

Fochier (*Soc. obstétricale de France*, avril 1895) est revenu sur cette question de l'agrandissement des différents diamètres conjugué, transverse maximum, transverse médian, de trois types de bassin (bassin normal, bassin aplati, bassin aplati généralement rétréci).

Comme c'est naturellement le diamètre transverse qui s'agrandit le plus, Fochier conclut qu'il est nécessaire de placer la tête en position transversale et en flexion modérée, qu'elle vienne première ou dernière.

Pour faire ressortir et graver dans la mémoire l'augmentation que donne la symphyséotomie à l'orifice ou calibre pelvien utilisable et utilisé, Farabeuf a calculé et vérifié quels étaient les rapports de diamètre et de volume de deux têtes, ou plus simplement de deux sphères, pouvant passer tout juste dans un même bassin rétréci, *avant* et *après* symphyséotomie. — Un bassin ayant un diamètre promonto-pubien minimum de 8 centimètres, coupé et écarté de 60 millimètres, peut laisser passer une sphère d'un diamètre de 98 millimètres (une très grosse tête), tandis qu'intact il n'admet qu'une sphère d'un diamètre de 80 millimètres (petite tête). On est bien plus frappé encore du bénéfice dû à l'opération, en apprenant que le *volume* de la pre-

mière sphère est à celui de la deuxième, comme 488 est à 267, c'est-à-dire *presque le double*. En d'autres termes, un fœtus de 5000 grammes est plus petit pour le bassin coupé qu'un fœtus de 2000 grammes pour le bassin intact!

Un rétrécissement plus marqué gagnerait davantage, nous l'avons vu. Supposons un diamètre promonto-pubien de 6 centimètres au lieu de 8, avec l'écartement de tout à l'heure 60 millimètres : le diamètre de la sphère admise après et avant la symphyséotomie atteint 84 au lieu de 60; et son volume 310 au lieu de 113, c'est-à-dire *presque le triple!*

Ces chiffres comparés montrent bien que *plus le bassin est aplati, plus il gagne à l'opération*.

Il est une vieille manœuvre, prônée par quelques Allemands, sous le nom de *Walcher* : elle consiste à mettre les cuisses dans l'hyperextension de manière à agrandir le diamètre promonto-pubien minimum par l'abaissement des pubis¹ : les expériences cadavériques faites sur des femmes dans l'état puerpéral prouvent qu'en portant les cuisses, de l'attitude ordinaire en hyperextension, le diamètre ne s'agrandit pas en moyenne de 5 millimètres par le fait de cette contre-nutation forcée, connue depuis Zaglas. Pour Farabeuf, cette manœuvre, même après symphyséotomie, est peu importante, vu les habitudes de décubitus dorsal des parturientes, car les pubis sont déjà abaissés du fait de leur écartement, de la poussée utérine et des tractions de l'accoucheur. Et d'autre part il montre que si l'abaissement des pubis agrandit un peu le détroit supérieur, il rétrécit l'excavation et surtout le détroit inférieur en rapprochant le sous-pubis de la pointe du sacrum. La figure 523 montre ces faits, faciles à démontrer sur le cadavre.

Opération de la symphyséotomie. — Les procédés opératoires sont nombreux, et comme l'a dit Pinard à l'Académie, tous les procédés imaginables de la méthode de Sigault ont été imaginés par Aitken à la fin du siècle der-

¹ Lire sur la manœuvre de Walcher une étude critique et expérimentale de H. Varnier : *Les bassins rétrécis sont-ils dilatables sans symphyséotomie?* (Ann. de gynéc., déc. 1894.)

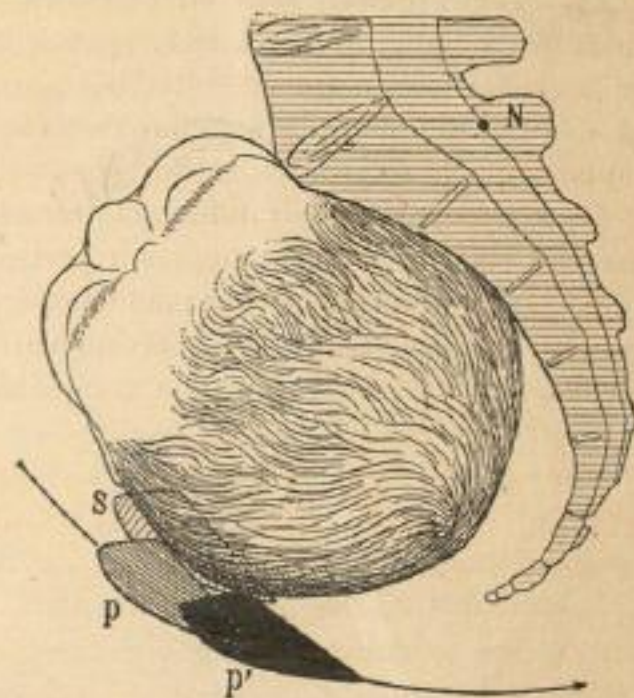


Fig. 523 (Farabeuf). — Coupe médiane d'un bassin rétréci.

¹ Effets de la symphyséotomie et de l'écartement des pubis : S représente la position initiale de la symphise; p, la position des pubis après leur écartement qui les a préputés et abaissés. La tête, pour plus de clarté, figurée comme si elle ne saillait pas dans l'intervalle des pubis, est là pour montrer que les deux diamètres promonto-sus-pubien et mi-sacro-sous-pubien ont gagné tous deux à l'opération. 2° Effet de l'abaissement forcé des pubis par l'hyperextension des cuisses (contre-nutation); p' c'est p qui a tourné suivant la flèche autour du centre de nutation N. Dans ce mouvement, le détroit supérieur gagne, mais l'excavation perd et le détroit inférieur se ferme; p' arrête maintenant la tête qui passait bien derrière p.

nier. Il en est d'anciens tels que l'incision *sous-cutanée* et *muqueuse*; ils avaient leur raison d'être à l'époque où l'on craignait la pénétration de l'air au niveau des plaies. Ces procédés consistaient à faire pénétrer, généralement de bas en haut, un instrument recourbé qui glissait derrière la face postérieure de la symphyse dont on sectionnait petit à petit le cartilage sans intéresser la peau.

Plus perfectionnés sont les procédés de Novi, Morisani dont les temps principaux sont : incision de la peau à la région supérieure du pubis, glissement du doigt à travers cette boutonnière derrière la symphyse, faucille de Galbiati conduite jusqu'au bord inférieur de la symphyse qu'elle sectionne de bas en haut.

C'est en modifiant ces différents procédés de l'école italienne, en se basant sur des recherches anatomiques expérimentales faites avec Farabeuf et Varnier que Pinard a précisé un manuel opératoire qui, avec quelques variantes, est employé par la plupart des accoucheurs.

Plus récemment Farabeuf a complété cette description par une étude

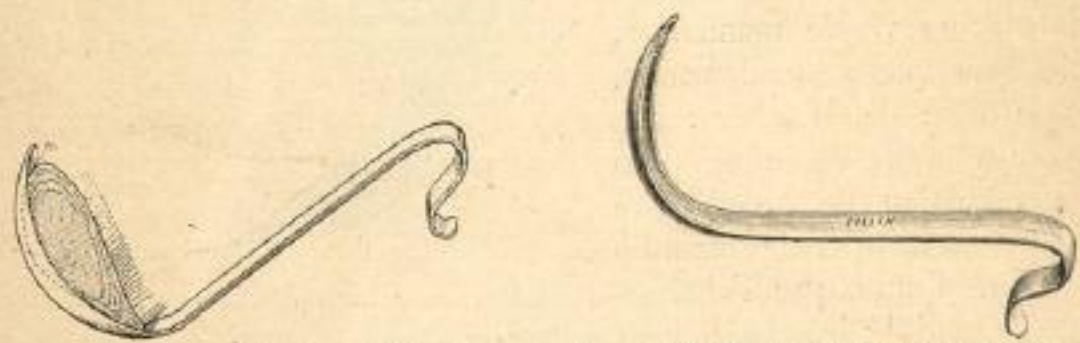


Fig. 524 (Farabeuf). — Sonde gougette, l'une est placée, appliquée sous et derrière la symphyse.

expérimentale pour ainsi dire. — vrai programme des études à faire sur le cadavre, dit L. H. Farabeuf, — dans laquelle chaque détail opératoire est précisé et où l'on se sert des instruments imaginés par Farabeuf. Avant de décrire le manuel opératoire indiqué par Pinard, nous allons exposer la technique conseillée par Farabeuf et indiquer les instruments qu'il préconise et dont quelques-uns sont encore à l'étude.

Instruments. — Outre les instruments ordinaires (bistouris, serpette de Dominique Larrey, ciseaux, écarteurs, pinces à disséquer, mince ciseau à frapper au maillet, pinces hémostatiques, aiguilles, etc.), Farabeuf en a imaginé de spéciaux qui sont :

a. Un bistouri à lame courte et forte, pisciforme puisque le dos en est plus mince que le ventre et dont l'épaisseur, quoique inférieure à 24 millimètres, assure une grande solidité. C'est donc un *bistouri mince* dont les flancs convexes permettent de suivre les défilés ondulés et étroits de certaines symphyses.

b. La *sonde gougette arquée* (fig. 524), qui se compose d'une simple lame d'acier, mousse partout, transformée en gougette arquée sur une longueur un peu supérieure à celle de la symphyse. Le bec de cette sonde sert à abaisser le clitoris et à gratter la face postérieure de la symphyse; la sonde

est introduite dessous et derrière la symphyse pour protéger vaisseaux et vessie. A la rigueur cette gougette peut être remplacée par un ruban métallique quelconque, fer, cuivre, zinc, large de 10 millimètres au plus, courbé par les doigts de l'opérateur.

c. Un *tranche-pubis* (fig. 525); il se compose d'une lame, qui s'articule avec la gougette protectrice fortifiée *ad hoc* et qui s'abat comme un rayon de roue sur la symphyse ou à côté; os et cartilage, il divise tout d'un seul coup, du bord supérieur à l'inférieur, avec une facilité et une netteté surprenantes.

d. Un *écarteur* ou *divulseur des pubis* à vis et inflexibles — un autre (fig. 526) qu'on manœuvre à deux mains — tous deux gradués.

Le grand instrument ici figuré est muni : *a.* d'une crémaillère qui par ses

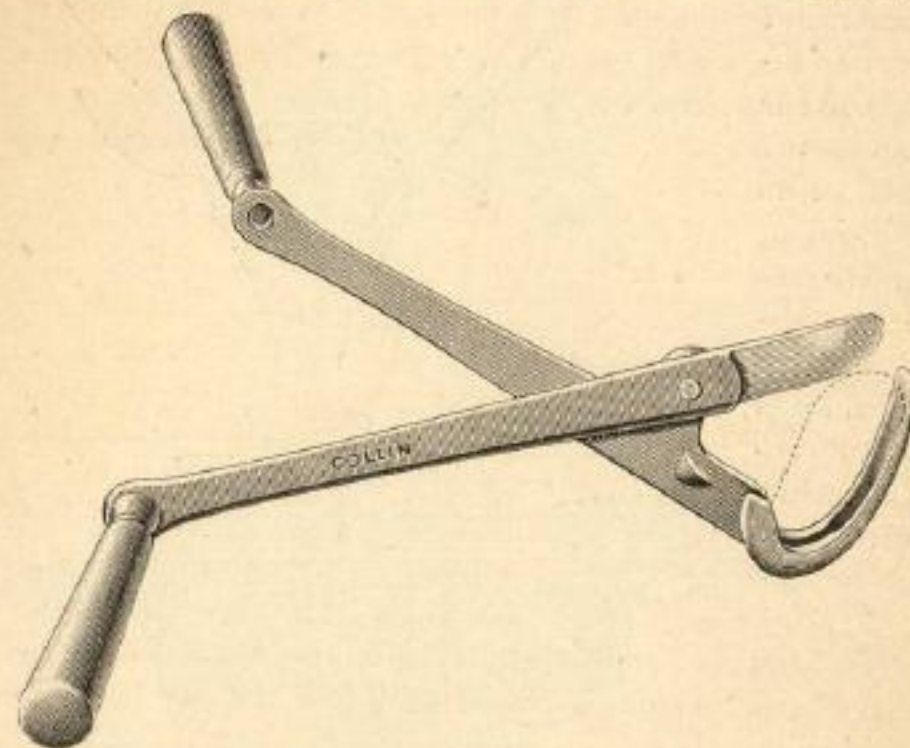


Fig. 525 (Farabeuf). — Tranche-pubis à deux mains, lame tournant, s'abattant comme un rayon, et coupant du sus- au sous-pubis dans l'intérieur de l'arc excavé protecteur.

petits crans, conserve l'écartement obtenu et indique en chiffres l'étendue de cet écartement; *b.* de crans de halte plus profonds qui obligent l'opérateur à compter les étapes à l'approche du danger et à n'en faire qu'une à la fois, après avoir appuyé sur une touche.

e. Une *pince à tête ou bec de coq*, c'est-à-dire à pénétration limitée (le bec pique, la tête limite), qui, pour la suture, rapproche les pubis et les tient étroitement accolés. Elle peut servir encore à limiter l'écartement des sous-pubis, notamment pendant l'extraction.

f. Le *levier-préhenseur-mesurateur* qui, après avoir servi à mesurer la tête, voire à tenter de l'engager avant l'opération, est fait pour l'extraire, lorsqu'elle ne descend pas spontanément après agrandissement du bassin. Loin de la tirer en avant, cet instrument la pousse en arrière, fatigue le coccyx et le périnée; par conséquent, il ménage la fragile paroi vaginale antérieure.

g. Un perforateur porte-fil pour le passage des fils perdus en vrillant sous toute l'épaisseur du manchon, au contact même de l'os que sa pointe ne craint pas.

Incision des parties molles, mise à jour et isolement de la symphyse. — Avant de faire l'incision, marquez à la teinture d'iode, elle est antiseptique, les deux épines pubiennes, repères, et réunissez ces deux points par une ligne

transversale que doit couper en deux moitiés l'incision verticale. À 4 centimètres au-dessous de cette barre transversale, tracez-en une seconde qui passe sur les grandes lèvres et le clitoris, là où va s'arrêter l'incision, à 1 centimètre au-dessus du bord sous-pubien, repère.

L'incision aura donc en tout 8 centimètres, plus même si la femme est grasse, 4 centimètres au-dessus et 4 centimètres au-dessous du bord supérieur des pubis. Une longue incision « rend tout facile, tout visible, tout remédiable. Un trou est obscur, dangereux et incommodé. On peut terminer en bas : sur le clitoris, ou à côté, ou de chaque côté en lambda, λ . La peau du clitoris, si peu qu'il en reste, ne se déchire pas, tant elle est mobile et élastique. » Il faut inciser juste sur le prolongement de la ligne médiane clitorido-vulvaire.

Dans les deux tiers supérieurs de la plaie, la peau et la graisse sont divisées hardiment de manière que « dès le deuxième passage du bistouri, le milieu de l'incision ait toute sa profondeur sinon toute sa netteté. Deux écarteurs étant bien placés et bien manœuvrés, permettent au bistouri de parfaire la dénudation des croisements de la ligne blanche qu'il sent durs et

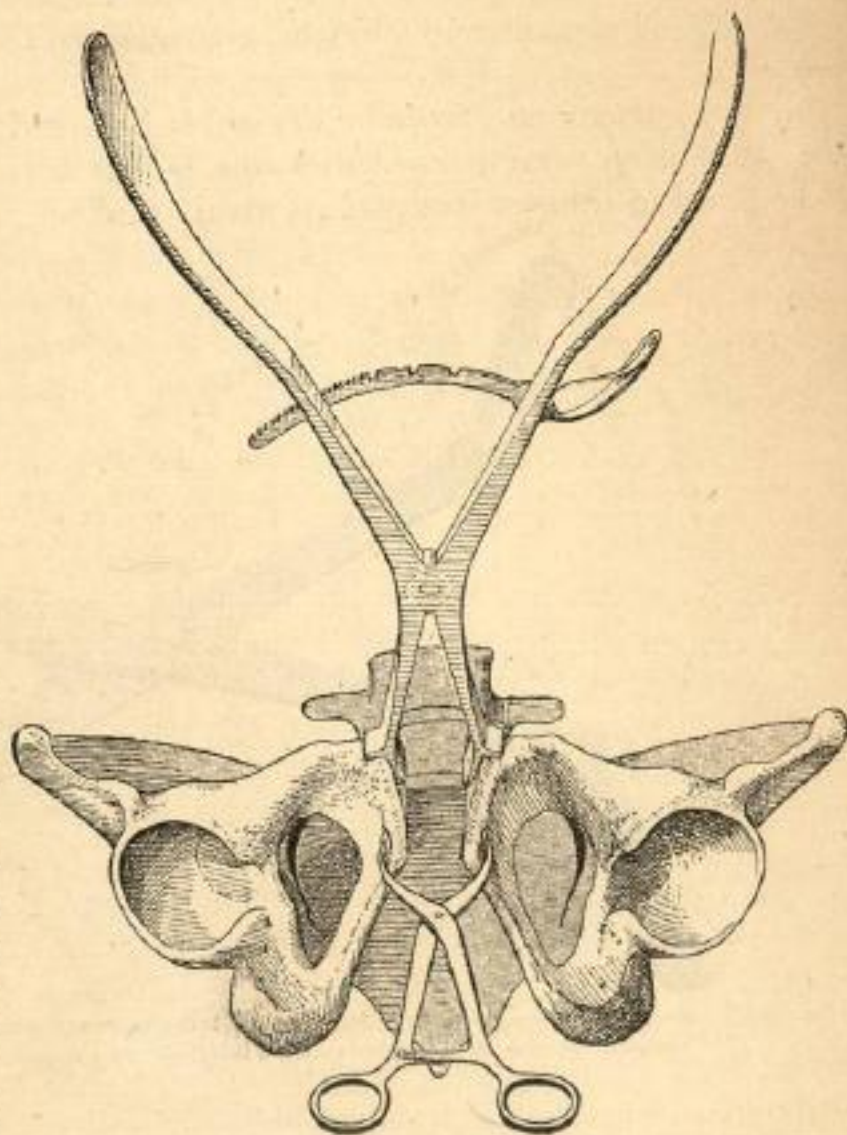


Fig. 526 (Farabeuf). — En dessus, un disjoncteur à deux mains appliqué entre les sus-pubis.

En dessous, modérateur quelconque pour montrer comment on peut limiter l'écartement des sous-pubis et la distension des parties molles, un peu pendant la disjonction, beaucoup pendant l'extraction.

que l'œil voit blancs; ils découvrent en outre les collines osseuses d'où procèdent les tendons originels des muscles adducteurs et les rubans qui les couvrent. Je vous conseille de toucher ces collines osseuses et entre elles, dans la partie basse de la plaie, en abaissant le clitoris, de sentir la gouttière présymphysienne à travers les filaments suspenseurs ».

On donne ensuite deux coups de bistouri descendants et divergents en

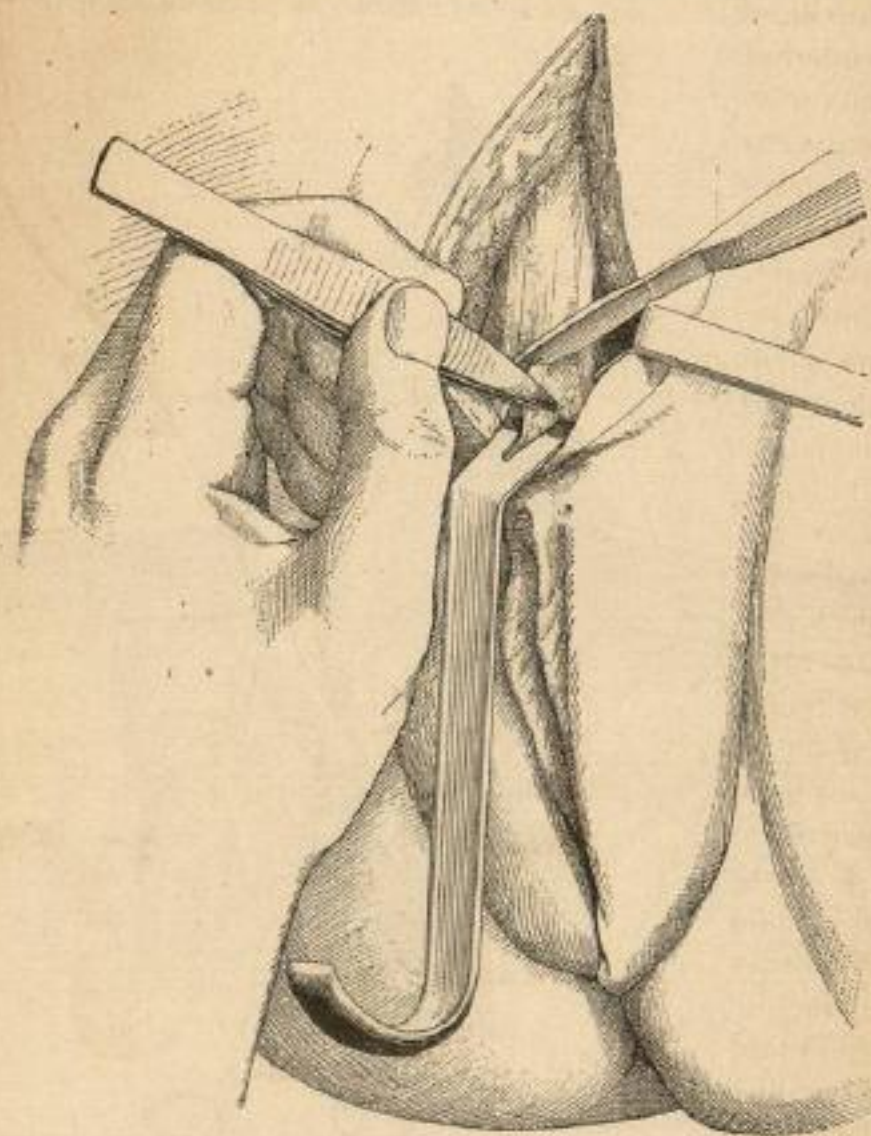


Fig. 527 (Farabeuf). — La peau et la graisse coupées du haut en bas, la plaie rendue béante par les écarteurs appuyés du bout sur les os, la queue fourchue de la sonde, ayant gratté de haut en bas devant la symphyse, se trouve à cheval sur le suspenseur clitoridien; elle le tend, car elle abaisse et tire le clitoris avec la commissure inférieure de la plaie; elle le laisse saillir entre ses dents, comme le filet de la langue pris dans la fente du pavillon de la sonde cannelée.

Ainsi présenté (ce n'est pas indispensable), le ligament pincé largement et à fond (c'est nécessaire) par la gauche de l'opérateur, est offert au bistouri, qui le tranche.

chevrons au-dessus du clitoris, de manière à isoler au milieu la masse filamenteuse qu'il faut couper en travers, au-dessous du tiers moyen, c'est-à-dire à un doigt au-dessus du sous-pubis, repère toujours tangible au pouce dans le vestibule. Pour faire cette section, deux écarteurs sont placés bas et tenus symétriquement; on aperçoit les rubans descendant de chaque côté et l'on a senti les berges qu'ils couvrent; avec la pulpe de l'index gauche, on abaisse le clitoris, on sent de nouveau la gouttière, pendant que le pouce qui

toucher le sous-pubis permet de déterminer le niveau (un doigt au-dessus) qui convient à la section : un vigoureux coup de tranchant donné en travers, à ras de l'ongle de l'index, allant d'une colline à l'autre, divise sûrement tous les éléments du suspenseur et fait une espèce de bouche dont la lèvre inférieure abaissée va montrer l'arcuatum (fig. 528). « Cependant, on peut prendre de plus grandes précautions, isoler la masse des faisceaux suspenseurs entre deux petites incisions en lambda; la prendre dans la fourche de

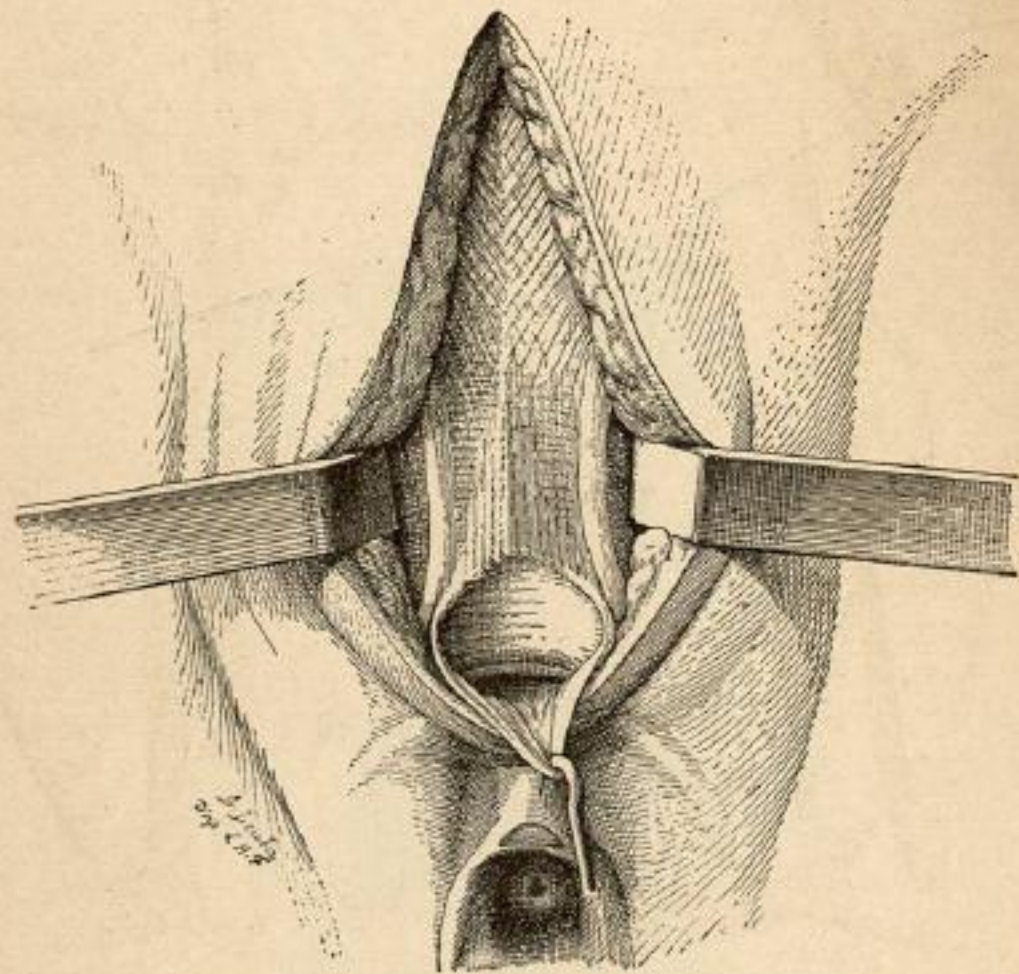


Fig. 528 (Farabeuf). — Ouverture de la voie sous-symphysienne.

La peau et la graisse, coupées à fond et écartées, ont laissé voir les faisceaux blancs du grand oblique de l'abdomen croisant sur la ligne médiane dans le haut de la plaie. En bas, la masse des filaments suspenseurs du clitoris, rendus saillants par la traction de cet organe, a été coupée en travers, à fond. Ici, un crochet tire en bas la lèvre inférieure, pour montrer l'arcuatum et l'entrée de la voie sous-symphysienne.

la sonde gouttière, qui abaisse le clitoris au lieu du doigt (fig. 527), réminiscence de la sonde cannelée et de l'opération du filet de la langue; enfin pincer en bloc tout ce que peuvent ramasser en travers les mors d'une pince, plongés entre le dos du clitoris et le manchon symphysien (fig. 527). Le résultat se voit (fig. 528). »

Lorsque cette boutonnière transversale est faite au ligament suspenseur médian, le bec de la sonde-gouttière, tenue la queue très basse, s'y introduit et, raclant la symphyse, force en bas la lèvre inférieure : en une seconde, l'arcuatum est visible; au-dessous de son bord on aperçoit, nette et pure de toute déchirure, la fissure arquée et béante de la voie sous-symphysienne

naturelle (fig. 528). Tout autre instrument terminé par une extrémité qui gratte sans couper, même le doigt armé d'un ongle un peu long, peut en faire autant, mais moins bien.

Avant de retirer de la voie sous-symphysienne le bec de la sonde-gouttière, on le retourne et on l'insinue doucement à quelques millimètres seulement sous et derrière la symphyse, sans quitter le contact avec l'os. On

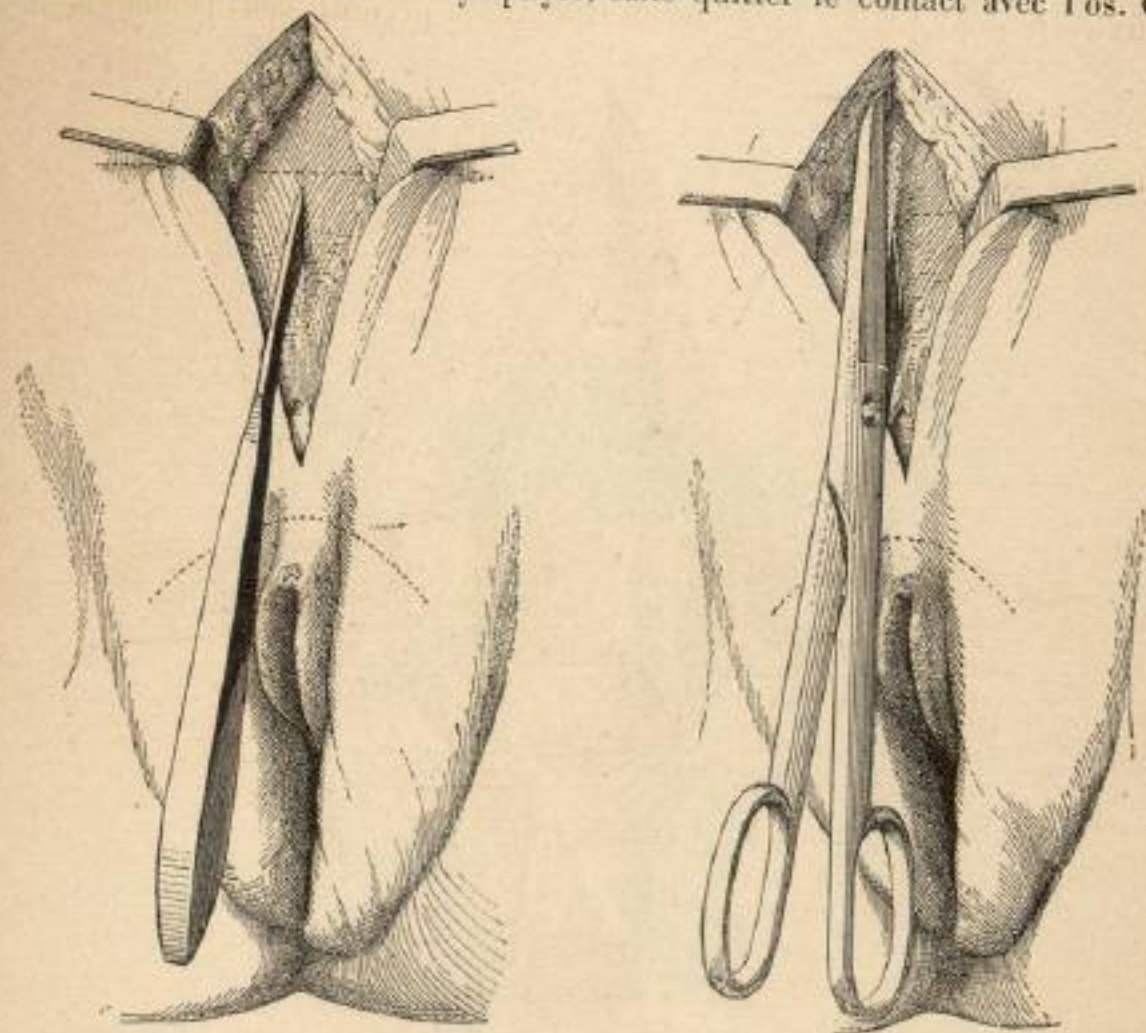


Fig. 529 (Farabeuf). — Où et comment se donne sans danger le coup de bistouri, entre les droits, devant la symphyse-billot. Le manche étant très abaissé, c'est le tranchant qui coupe; ce n'est pas la pointe qui pique. Il n'y a aucun danger pour la vessie ni pour l'utérus. Quand même on donnerait un coup de marteau sur le dos du bistouri, la lame n'irait pas à moitié chemin de l'épaisseur de la symphyse.

Fig. 550 (Farabeuf). — Usage des ciseaux mousses ordinaires pour diviser la ligne blanche après que le bistouri a fait la voie pré-pubienne à la branche pénétrante. Comme tout à l'heure le bistouri, les ciseaux sont couchés devant la symphyse, les anneaux dans la vulve.

fait cette manœuvre avec la douceur d'un cathétérisme délicat, une fois seulement, sans piocher ni farfouiller.

Pour inciser la ligne blanche, les écarteurs reportés dans le haut de la plaie montrent bien les entre-croisements tendineux. Du niveau et au-dessous de la ligne de teinture (fig. 529) qui marque les bords pubiens supérieurs, on descend un trait de pointe qui fait une courte boutonnière verticale par laquelle on introduit de bas en haut une branche de ciseaux (fig. 550) pour couper la paroi abdominale médiane jusqu'à la limite supérieure de l'incision cutanée.