

« Dans cette fente achevée par les ciseaux et suffisamment longue pour embrasser tout à l'heure obliquement la base même de l'index gauche, cherchez à mettre le bout de ce doigt sur la symphyse : s'il s'y rencontre un *adminiculum*, seul ou flanqué de *conjoints*, effondrez sans brutalité, et n'allez pas loin sans appeler le secours de la sonde-gouttière arquée, afin que son bec dénude absolument bien le bourrelet de haut en bas, c'est-à-dire

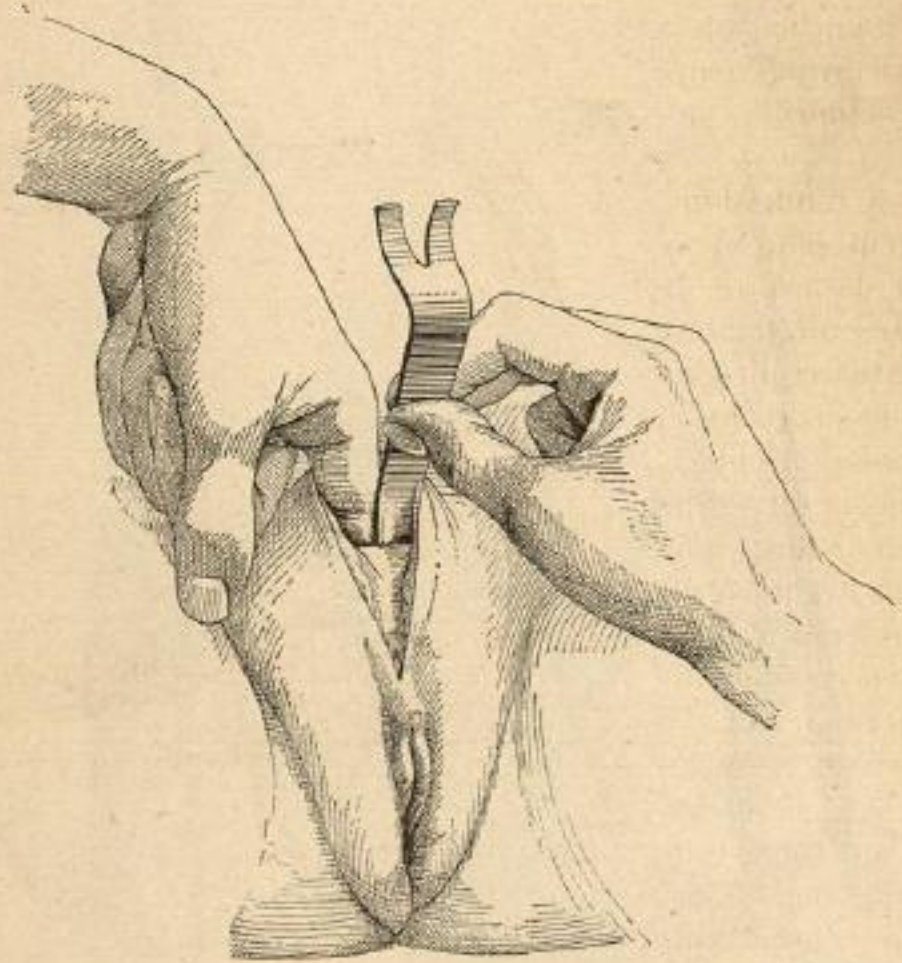


Fig. 551 (Farabeuf). — Pénétration par la voie sus-pubienne du doigt et de la sonde-gouttière pour dénuder absolument toute la hauteur de la face pelvienne de la symphyse. Le doigt est là, à côté du bourrelet, non dessus, pour faire de la place en soulevant la vessie, l'utérus et la tête, pour surveiller et guider le travail que fait, au contact même du périoste, le bec de la sonde non tranchant mais grattant.

La droite, qui manie le petit instrument, le relève tant qu'elle peut, justement afin que le bec reste toujours sur le périoste du bourrelet et plus bas, tout au fond, sur l'*arcuatum* qu'il faut priver de toute adhérence médiane jusqu'à son bord inférieur précédemment dénudé en avant.

afin qu'il en sépare, dans leur graisse et leur tissu cellulaire, toutes les veines que nous ne voulons ni trancher, ni déchirer (fig. 551).

« Votre doigt a besoin de sentir, ne le laissez ni écraser par la tête du fœtus qu'un aide peut écarter, ni étrangler par les tendons droits dont vous pouvez débrider de chaque côté les insertions. Enfoncez-le à côté du bourrelet pour guider et surveiller le travail de l'instrument qu'il doit accompagner, jamais précéder, car il est trop gros et déchire au lieu de soulever.

« Le bec de l'instrument ne coupe pas, vous le savez, il gratte seulement. Pour qu'il gratte dans la partie profonde, derrière l'*arcuatum*, il faut que l'opérateur en relève la queue extrêmement. Ne croyez pas avoir fini avant

d'avoir atteint le bord inférieur de l'*arcuatum*, c'est-à-dire introduit toute la longueur de l'index et senti de chaque côté de la fossette médiane les ligaments de la vessie. Il peut y avoir quelques fibres presque médianes assez fortes dont il faut se débarrasser doucement par la rupture.

« Dans ce fond intra-pelvien, laissez l'index profondément engagé, la pulpe sur le bord même de l'*arcuatum*, afin qu'elle sente tout de suite le bec de la sonde-gouttière (fig. 552) ramené dans la voie antérieure inférieure ou inter-clitorido-pubienne.

« Pour y réintroduire l'instrument, imitez l'ancien tour de maître du cathétérisme urétral ou bien faites placer un écarteur par-dessus le dos et l'entre-cuisse du clitoris afin d'abaisser cet organe et la commissure inférieure des téguments : vous comprendrez à ce moment la nécessité d'une longue incision.

« Le bec de la sonde-gouttière engagé au-dessous et au contact de l'*arcuatum* (fig. 552), poussé en haut et sans quitter ce contact ferme et sensible auquel il s'attache, comme l'aveugle à la muraille, surtout s'il se rencontre quelque résistance à vaincre, est reçu par le doigt, puis comme remorqué par ce pilote qui l'attend, le coiffe, le conduit et finalement l'abandonne visible dans la fente médiane sus-pubienne (fig. 553).»

Section de la symphyse. — Tout est bon maintenant, du bistouri au ciseau frappé au marteau, pour couper sans danger les tissus rétro-pubiens, protégés par une sonde cannelée, large de 10 millimètres, profonde de 5, qui, tenant le bourrelet, indique par cela même l'interligne, ou sur un simple manche de petite cuiller amputé, courbé et purifié au feu.

La section au bistouri doit être faite avec un instrument ayant une lame *mince, plate, sans dos, étroite et courte* parce qu'il n'y a que les premiers centimètres qui servent à couper. Rien n'est plus facile que de diviser le

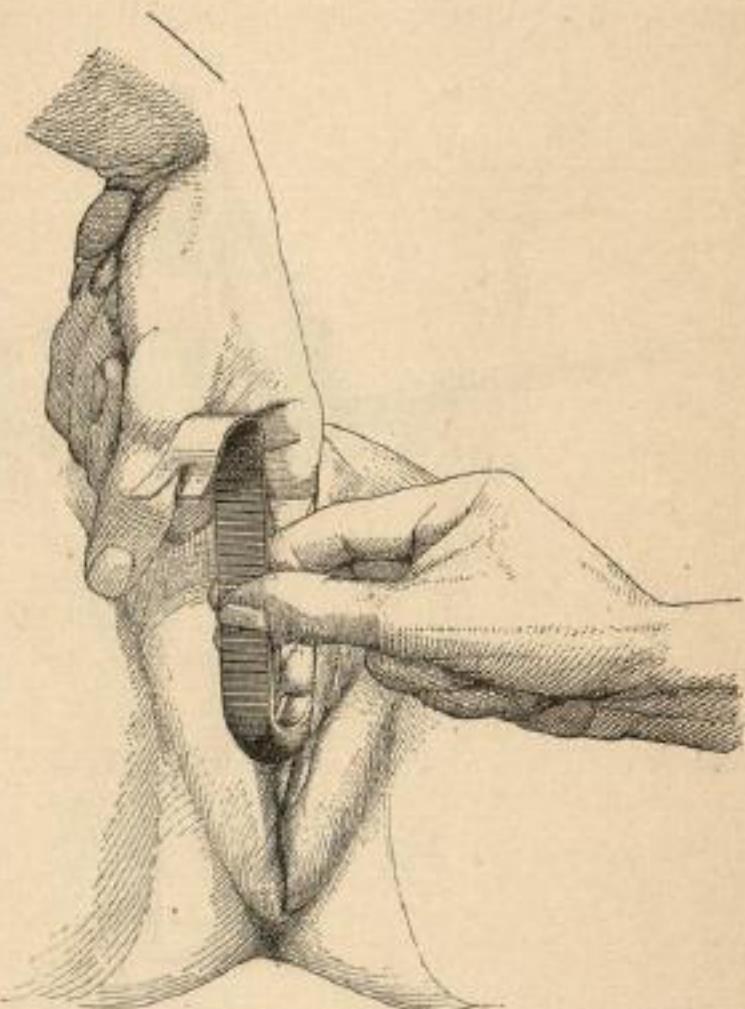


Fig. 552 (Farabeuf). — 1° La voie sus-pubienne ayant été pratiquée garde le doigt gauche dans l'attente du bec de la gouttière; 2° celui-ci, ramené dans l'orifice sous-pubien préparé, est bientôt senti par le bout du doigt-pilote, qui le coiffe et remonte à reculons avec lui et devant lui, jusqu'à ce qu'il l'abandonne visible entre les droits (fig. 553).

manchon fibro-tendineux en dessus, en avant et en dessous jusques y compris l'arcuatum; on fait ainsi, bien au milieu de la gouttière qui tient le bourrelet et dont on voit les deux bouts, une incision de 1 centimètre de profondeur moyenne. Il reste à traverser la partie étroite occupée par le fibro-cartilage et sa fissure centrale; on y arrive en tenant le bistouri absolument sagittal, la pointe toujours dans la même voie, n'oubliant pas de commander une légère abduction des genoux pour écarter les pubis de

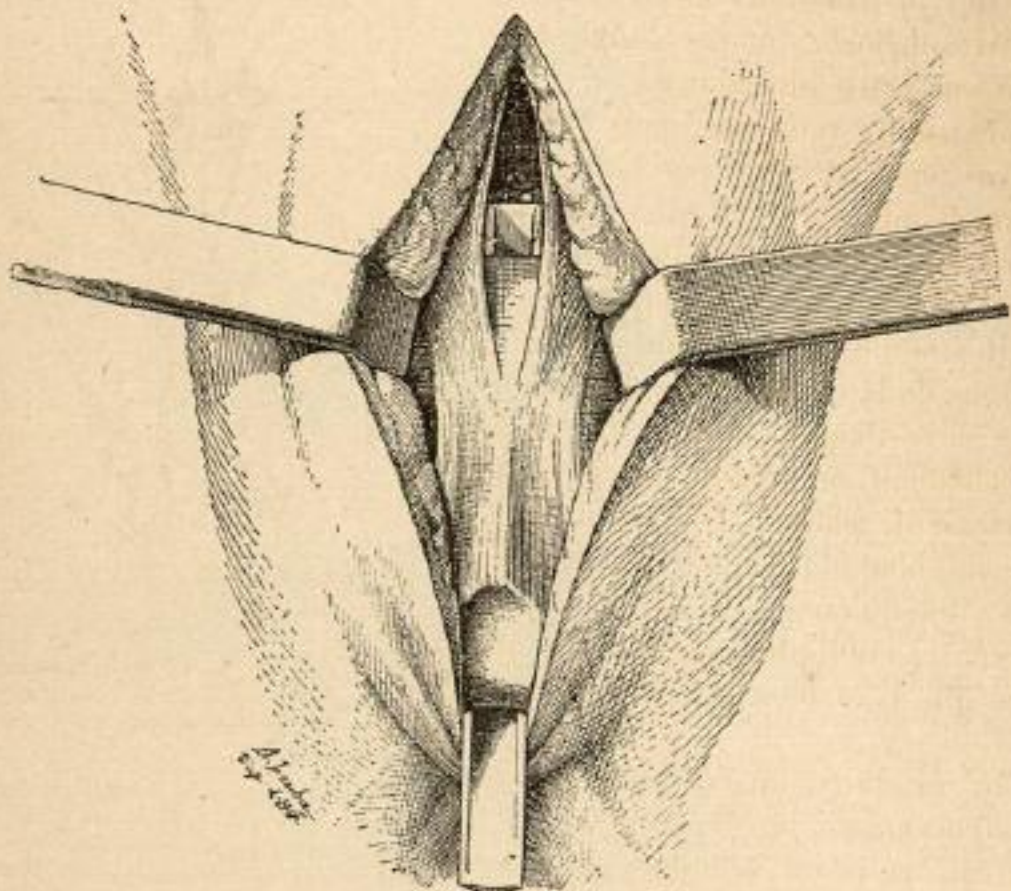


Fig. 555 (Farabeuf). — Symphysectomie : la dénudation est terminée, la sécurité garantie. Le bec de la sonde-gouttière arquée introduit en avant dans l'ouverture de la voie sous-symphysienne a été conduit jusqu'au-dessus de la symphyse, où il se montre dans la fente qui sépare les tendons des muscles droits.

1 millimètre, 1 millimètre 1/2, 2 millimètres, à mesure qu'on approche de la dernière couche, le périoste pelvien.

Au lieu du bistouri qui ne peut passer qu'entre les pubis, nous avons la ressource du *tranche-pubis* qu'on a vu (fig. 526). Pour s'en servir avec le plus de facilité, il faut, si l'on n'est grand, se grandir en montant sur un tabouret; la poignée de la branche d'appui doit être en effet tenue haute et ferme, immobilisée par la main gauche. La branche tranchante manœuvrée par la main droite est d'abord articulée, puis sa lame est abaissée à la place choisie sur la symphyse ou à côté; enfin la poignée étant relevée vivement, le tranchant pénètre, traverse et finit en un instant.

Écartement des pubis et disjonction des articulations sacro-iliaques. — Lorsque la symphyse est coupée complètement et la sonde-gouttière enlevée, on commence la divulsion par le simple écartement des

genoux, ce qui amène un écartement de 2 centimètres et permet de passer le doigt entre les deux pubis.

Comme l'écartement ne va pas sans abaissement, si un seul os s'est écarté, le doigt en sent l'angle plus bas que l'autre resté immobile. Ce dénivellement fait reconnaître la résistance de l'une des articulations sacro-iliaques, soit par ankylose, soit par simple contact osseux rétro-auriculaire.

On essaie d'y remédier, dans le dernier cas on y parvient, par la flexion-abduction appuyée de la cuisse du côté disjoint, attitude qui rescelle l'ilium au sacrum pendant que l'abduction forcée à petites secousses de la cuisse rebelle triomphe de la résistance de son articulation sacro-iliaque. Pour savoir si le dénivellement se produit au cours de l'écartement manuel, l'opérateur surveille du bout du doigt les angles des pubis : lorsqu'on se sert d'*instrument diducteur*, l'obliquité qu'il prend annonce que l'écartement des os est inégal.

Pour produire un écartement *progressif et symétrique* et pour triompher d'un côté résistant, le mieux est de se servir d'un instrument disjoncteur gradué et puissant; lorsque l'instrument marque un écartement de 4 centimètres, on explore la plaie avec l'index gauche toujours propre, pour juger de la tension de l'entre-cuisse, du clitoris, de la bande transversale pré-urétrale et même des ligaments vésicaux. A chaque nouveau centimètre d'écartement, si l'on est obligé d'aller plus loin, on contrôle avec le doigt l'état des parties molles en même temps que par pression de la pulpe ou de l'ongle on aide le plancher pelvien et les racines du clitoris à se détacher des piliers ischio-pubiens.

A-t-on des craintes pour ces parties molles antérieures, une pince de pré-

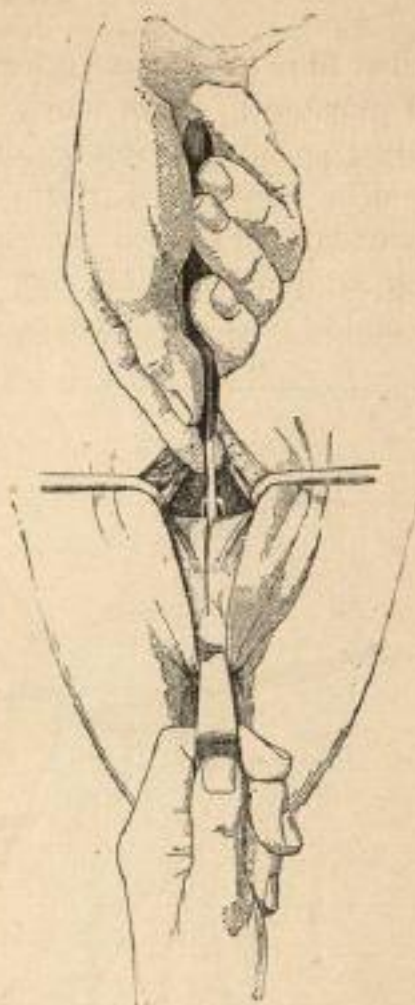


Fig. 554 (Farabeuf). — La symphysectomie brillante du chirurgien, avec les instruments indispensables : bistouri mince, gouttière protectrice, écarteurs.

Après l'introduction de la sonde-gouttière, qui est large, profonde, fermement tenue sur la ligne médiane, bien appliquée au bourrelet et montrant son bec au-dessus des pubis, dans l'intervalle des droits, le tranchant a d'abord descendu un vigoureux trait de pointe sur la ligne médiane, pour couper le plus possible des durs et criants faisceaux du manchon, pour ouvrir la tranchée et tracer en avant l'interligne que la sonde tient en arrière dans sa concavité. — C'est pour le deuxième et dernier trait que le chirurgien élève le poignet de la main armée, laisse tomber celle-ci en pronation, plonge le tranchant et fend la symphyse dans le plan que le premier trait et les deux bouts de la sonde lui indiquent si bien. Comme le représente la figure, le bistouri mince et court enfonce le dos rond de sa pointe au contact de la gouttière qui lui donne appui et fait pénétrer le tranchant, moyennant qu'il soit mince, lorsque l'opérateur abaisse le manche. Il n'y a de risque que pour la pointe du bistouri qui finalement s'ébrouse sur le fer de l'instrument protecteur. Cette manœuvre très élégante enchante les spectateurs, qui n'ont pas vu fonctionner le tranche-pubis. — Mais on peut couper sur la gouttière, tout simplement en renouvelant le premier trait autant de fois qu'il est nécessaire; on le pourrait aussi en usant d'un ciseau frappé large et mince.

caution posée (fig. 555) sur les branches descendantes limite l'écartement des sous-pubis sans empêcher les sus-pubis de céder encore au diducteur.

Extraction du fœtus. — A l'aide du ballon de Champetier de Ribes on a préalablement dilaté toute la filière molle. Il semble préférable de laisser l'utérus expulser spontanément le fœtus, si les bruits du cœur sont bons : il faut n'user qu'avec prudence du forceps, qui a causé presque toutes les déchirures vaginales antérieures. Mais l'un des inconvénients de l'accouchement spontané après symphyséotomie est le défaut de rotation de la tête fœtale qui résulte de ce que les ischions peuvent s'écarter et que par suite

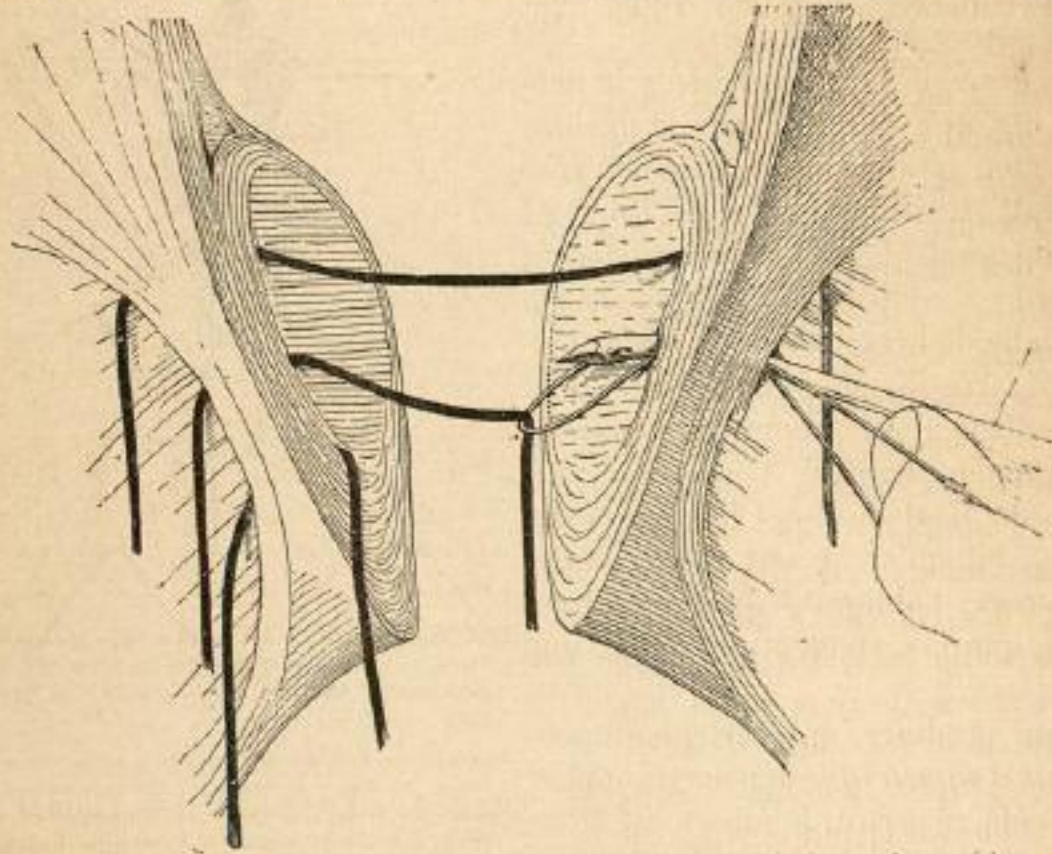


Fig. 555 (Farabon). — Manière de passer les grosses soies sous toute l'épaisseur du manchon avec un poinçon à pointe perforée d'un chas armé d'une anse de fil fin, métallique ou non, et taillée de manière à supporter le contact de l'os sans se briser.

Il faut percer, appliquer la pointe en dehors des rubans, dans les insertions musculaires, aller jusqu'à l'os, en vrillant autant que le permet la légère courbure de l'instrument, et commencer du côté droit qui est le côté incommode.

il n'y a pas nécessité pour la tête de s'accommoder au bassin mou. Elle tente de se dégager en position transversale, et quand elle y réussit cela produit un écartement pubien dangereux pour les parties molles antérieures, surtout lorsque la tête est grosse et légèrement défléchie. La pince de précaution qui limite l'écartement au gré de l'accoucheur et automatiquement peut remédier à ce danger.

D'autre part, le levier-préhenseur-mensurateur fait l'engagement, la descente, la rotation, en ne demandant jamais aux pubis 1 centimètre d'écartement au delà de l'indispensable, puisqu'il utilise la concavité sacrée, puisque les pubis qui ont été écartés au maximum nécessaire calculé d'avance sont maintenant abaissés au maximum, tant par l'extension des cuisses que par la pression de la tête poussée par l'utérus et appuyée par l'accoucheur.

Lorsque la tête, bosse après bosse, a franchi l'obstacle osseux, qu'elle est dans l'excavation, on modère l'écartement des pubis, soit en posant une pince modératrice, soit en faisant agir des mains d'aides sur les trochanters. Le bassin étant donc tenu à moitié refermé, le préhenseur-levier appuie sur le périnée postérieur la tête encore transversalement placée et qui a dû être fléchie si elle était défléchie; il appuie longtemps pour faire céder le coccyx et ses freins latéraux musculaires et autres; quand il les sent vaincus, il termine la rotation qu'il avait ébauchée peu à peu. Obstinez-vous, au risque d'appuyer en arrière et de tirer pendant quelques minutes, à passer le détroit inférieur et à sortir de la vulve sans recourir à un écartement notable des sous-pubis.

Suture. — Il n'est pas besoin de suture osseuse, puisque, bien faite, la suture des parties fibreuses est aussi solide. « Il faut trois grosses soies qu'on engage sous toute l'épaisseur du manchon fibro-tendineux, en piquant en dehors des rubans, à fond, jusqu'aux os (fig. 555). On doit serrer et nouer avec le plus grand soin pendant que les pubis sont en contact parfait, ce que réalise admirablement la pince à tête de coqui-dessus représentée (fig. 556). Il ne semble pas qu'on puisse espérer une abondante production de tissu inodulaire. Mais il importe bien moins d'avoir entre les pubis des liens épais que de les avoir courts.

La pratique de la symphyséotomie. — Maintenant que nous sont connus tous les principes de la pelvitéomie, toute la région qu'elle intéresse, tous les actes chirurgicaux à accomplir et tous les instruments qu'on peut employer, nous allons aborder la description de la symphyséotomie au point de vue clinique et montrer comment on peut exécuter cette opération d'une manière très simple et presque sans instrumentation spéciale. C'est la pratique de Pinard et de ses élèves et aujourd'hui, à peu de choses près, celle de la grande majorité des accoucheurs.

Préparatifs. — L'accoucheur doit s'occuper d'abord des préparatifs :

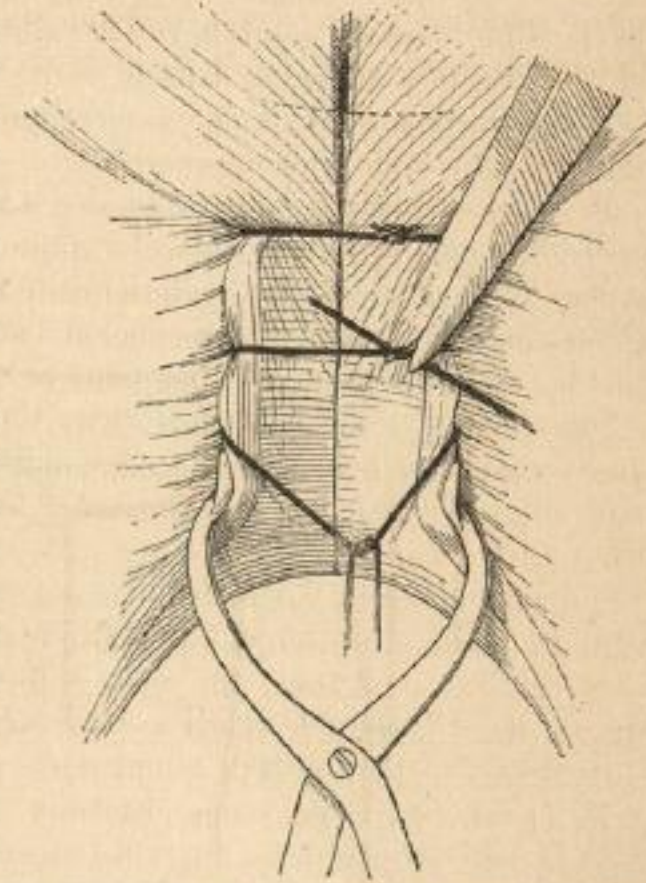


Fig. 556 (Farabon). — Manière de serrer les soies passées sous toute l'épaisseur du manchon fibro-tendineux périosseux.

1° Le contact des surfaces de section est absolu grâce à la pince à tête de coq dont le bec plonge jusque sur les os mêmes; 2° le premier demi-nœud étant serré au maximum, doit être immobilisé dans les mors d'une pince sur l'un desquels le nœud sera terminé et serré. Il faut donc que ce mors soit facile à dégager, c'est-à-dire demi-conique à l'extérieur et dépourvu de crans transversaux à l'intérieur; il faut que tous deux pincent bien, ce que l'on obtient avec trois stries longitudinales creusées sur les faces pinnées.

1° *Exploration.* — Il explore avec soin la région, établit le niveau du bord supérieur des pubis par le toucher des épines, celui du bord inférieur ou arqué de la symphyse, en le sentant dans le vestibule, au-dessus du méat; il détermine ainsi la situation en hauteur du clitoris; enfin il recherche s'il existe, derrière l'articulation, un bourrelet saillant pouvant servir de guide.

Il va de soi que le diagnostic obstétrical aura été fait aussi complètement que possible, tant au point de vue des dimensions du bassin qu'au point de vue de l'attitude du fœtus dans la cavité utérine et du volume de sa tête. Il est également important de s'assurer que le fœtus est bien vivant, que sa vitalité n'est pas encore compromise.

2° *Aides.* — Quatre aides sont nécessaires et, parmi eux, au moins un médecin, pour l'anesthésie chloroformique.

Deux aides quelconques maintiennent les jambes de la femme; le quatrième, précieux, seconde directement l'accoucheur si c'est un confrère et, dans le cas contraire, ne fait que tenir ce qu'on lui met en main.

Tous doivent avoir les mains et les vêtements d'une propreté absolue et observer ponctuellement les recommandations, qui sont faites au cours de l'opération, d'écartier ou de rapprocher les cuisses de la femme suivant que cela est nécessaire.

Quiconque touche un instrument ou met le doigt dans la plaie doit, de toute nécessité, être rompu à la pratique de l'antisepsie.

Si, en cas d'urgence, un aide, suffisamment aseptique, ne peut être trouvé, il est préférable que l'accoucheur, avec un peu plus de difficulté et surtout en y mettant plus de temps, fasse seul toute l'opération.

3° *Local, lit.* — Dans une Maternité, l'opération est généralement faite dans la salle d'opérations. En ville, on opère dans une pièce débarrassée, autant que possible pour faire de la place, des tentures et des meubles inutiles, etc.

Si l'opération est faite le jour, il faut rechercher avec soin l'endroit de la pièce où la lumière du soleil arrive le plus directement. Si l'opération a lieu la nuit, il faut allumer toutes les lampes disponibles, nombre de bougies, et les placer haut, hors de la portée des heurts qui pourraient les renverser; il faut que la région opératoire reçoive une lumière suffisante et venant de toutes les directions pour éviter les ombres portées.

On peut opérer sur n'importe quelle table; il est préférable qu'elle soit haute et pas trop longue, mais il faut qu'elle soit solide: on l'essaiera donc avant de placer la femme dessus. Lepage a fait d'urgence, la nuit, en ville, une symphyseotomie sur une table de salle à manger.

4° *Soins préliminaires.* — La symphyseotomie nécessite des soins préliminaires rigoureux.

Tandis que, dans la plupart des opérations obstétricales, il est à peine nécessaire de raser les lèvres au-dessous d'une ligne horizontale passant par le clitoris, ici, au contraire, le rasage complet de tous les organes génitaux externes, et surtout du mont de Vénus, est absolument indispensable: car c'est la région opératoire. Le rasage devra donc être fait de très près:

viendra ensuite un nouveau savonnage à la brosse. Après ce nettoyage à l'eau, il faut encore un lavage très minutieux avec un liquide antiseptique et enfin avec l'éther ou l'alcool, de manière à dissoudre les corps gras.

La toilette du vagin, des lèvres et du clitoris est faite comme à l'ordinaire, mais avec plus de rigueur si c'est possible.

Ici le cathétérisme de la vessie ne doit pas être seulement pratiqué pour faciliter la descente de la partie fœtale; il doit être non seulement évacuateur, mais en même temps explorateur: il est, en effet, important de savoir si la vessie vide ne déborde pas plus ou moins la symphyse pubienne, si elle n'est pas déviée d'un côté ou anormale d'une manière quelconque.

Il faut préparer: 1° une dizaine de grandes compresses bouillies ou stérilisées pour envelopper la racine des cuisses, la région sous-ombilicale, etc.; 2° des tampons de coton aseptique et des compresses stérilisées.

Il est utile d'avoir à sa disposition de quoi couper les os: par exemple, à défaut du tranché-pubis, une scie à chaîne et ses accessoires, deux aiguilles mousses flexibles, un ciseau mince et un maillet pour servir dans certains cas exceptionnels¹ où l'interligne étroit et sinueux fait perdre un temps précieux. Lorsqu'on a ces instruments à sa disposition, il faut presque les oublier au moment de l'opération et n'y pas recourir avant de s'être assuré que réellement la section du cartilage symphysien est impossible.

On a vu quels instruments pouvaient servir directement aux divers actes opératoires de la symphyseotomie telle que Farabeuf l'enseigne; mais aucun de ces instruments n'est indispensable, et il suffit d'avoir à sa disposition les suivants: sonde urétrale métallique, rasoir, bistouris variés (boutonné, court à pointe), ciseaux, deux pinces à dissection, écarteurs, pinces hémostatiques, aiguilles à suture et fils appropriés, forceps, insufflateur, etc.

Parmi les bistouris, la vieille serpette mousse de Dominique Larrey, *fal-cetta* des Italiens, peut être d'un bon emploi pour couper le ligament arqué s'il n'a pas été chargé sur une sonde métallique quelconque. Le compas élastique à cadran est un indicateur utile de l'écartement pubien.

Mais, qu'on le sache bien, le praticien imbu des notions que nous avons précédemment exposées, et plus encore celui qui s'est ensuite exercé *une fois* sur le cadavre, peut improviser à la minute le nécessaire pour bien faire.

Opération. 1^{er} Temps. INCISION DES TÉGUMENTS. — La femme, préparée d'avance, est anesthésiée et mise en travers du lit, les deux jambes pliées sur les cuisses et maintenues par deux aides.

Placé entre les cuisses, l'opérateur fait *sur le prolongement de la ligne médiane* clitorido-vulvaire une incision verticale de 4 centimètres, partant d'un centimètre environ au-dessus du bord supérieur de la symphyse, descendant jusque près du niveau de l'arcuatum, ayant soin d'éviter le clitoris s'il monte haut. La graisse est ensuite incisée jusqu'aux entre-croisements fibreux de la ligne blanche et plus bas jusqu'au manchon symphysien.

On coupe en travers le suspenseur du clitoris et l'on abaisse fortement cet organe de manière à voir nu l'arcuatum. — Dans le haut de la plaie on

¹ FARABEUF affirme que « jamais on n'a vu l'ankylose spontanée des pubis ».

fend entre les tendons droits et l'on plonge l'index derrière la symphyse, où il sent le bourrelet. Si les aponévroses qui s'insèrent à ce niveau gênent la pénétration du doigt, on agrandit l'ouverture à l'aide de deux petites incisions transversales pratiquées soit avec un bistouri boutonné, soit avec des ciseaux.

2^e Temps. SECTION DE LA SYMPHYSE. — Le glissement du doigt derrière la symphyse ne se fait quelquefois qu'avec difficulté, l'index étant serré entre le pubis et la tête du fœtus. On y arrive cependant avec de la patience. Le doigt étant ainsi en place, on prend le bistouri courbe et l'on attaque l'articulation au niveau de la dépression qui existe au bord supérieur de la symphyse. Le bistouri est en outre guidé par l'index gauche qui a cherché à reconnaître le bourrelet formé par le cartilage à la partie postérieure de l'articulation.

Lorsqu'on pénètre bien d'emblée dans le cartilage, la section totale de la symphyse s'exécute en deux ou trois minutes; cette section s'accompagne d'une petite crépitation due à la section du tissu fibreux. Pinard donne le conseil de ne pas diriger la lame tranchante du bistouri suivant une ligne droite, mais d'onduler légèrement la ligne de section.

Dans certains cas la section s'opère mal. C'est qu'au lieu de couper le cartilage on sectionne à l'union du cartilage et du tissu osseux, ou bien même le bistouri est à quelques millimètres de l'articulation et cherche à entamer le pubis. Au lieu d'user de force et de vouloir quand même sectionner à ce niveau, il faut de nouveau contrôler ses points de repère, au besoin chercher avec la pointe d'un bistouri l'interligne articulaire à la face antérieure de la symphyse.

Au fur et à mesure que la section s'opère de haut en bas, l'index gauche descend jusqu'à ce qu'il atteigne le bord inférieur de la symphyse. A ce moment l'opérateur doit redoubler de précautions pour sectionner le ligament sous-pubien, fibre par fibre pour ainsi dire; s'il reste quelques fibres non sectionnées, la simple abduction des cuisses dirigée par l'opérateur et exécutée par les aides suffit à les rompre; il se produit à ce moment un ressaut caractéristique. Pendant tout ce temps de l'opération, l'aide principal essuie la plaie avec des éponges; lorsque le bistouri attaque le ligament sous-pubien, l'aide introduit un cathéter dans l'urèthre de manière à pouvoir l'abaisser et l'éloigner de la symphyse.

Lorsqu'on pratique la symphyseotomie pour la seconde fois chez la même femme, la section de la symphyse est plus facile; dès que l'on a sectionné une couche de tissu fibreux, on sent rapidement l'interligne pubien; mais l'écartement peut être rendu un peu plus pénible par la présence de tissu fibreux qui se trouve en arrière de la symphyse. « Dans ces conditions, dit Pinard¹, j'ai pu voir que si l'opération n'est pas plus difficile, il est cependant nécessaire de sectionner tous les tissus fibreux de nature cicatricielle pour obtenir l'écartement nécessaire. » Dans un cas semblable observé en octobre 1895 à l'hôpital Saint-Louis, Lepage a dû avec l'index dilacérer les

¹ *Annales de gynécologie*, 15 janvier 1895.

tissus fibreux rétro-pubiens, les traverser ainsi et les charger sur le doigt de manière à les sectionner d'arrière en avant avec le bistouri.

3^e Temps. ÉCARTEMENT DES OS ILIAQUES. — Avant d'extraire le fœtus, il faut s'assurer que la section de la symphyse et du ligament est complète. On fait donc écarter modérément les deux cuisses l'une de l'autre de manière à produire un écartement des deux pubis de 4 centimètres environ.

Pour ne pas dépasser l'écartement permis, il est bon d'insinuer entre les deux pubis les deux branches d'un enregistreur qui indique en centimètres et fractions de centimètre le degré d'écartement. Collin a construit, sur les indications de Pinard, deux modèles d'écarteur: le premier est un enregistreur, le second est un écarteur-enregistreur qui remplit le double but de mesurer le degré d'écartement et de produire cet écartement à l'aide d'une vis qui éloigne les deux branches l'une de l'autre. Farabeuf a montré que ce dernier instrument ne remplissait qu'imparfaitement son rôle: lorsqu'en effet les extrémités en sont appliquées entre les pubis, la pression exercée par la vis sur les tiges peut être assez forte pour qu'elles fléchissent et indiquent un écartement alors que les pubis restent immobiles.

L'écartement doit être porté au degré nécessaire: il y a de grands inconvénients à rester en deçà; il n'y en a pas à aller au delà, pourvu qu'on ne distende pas jusqu'à les déchirer les parties molles antérieures.

Le doigt surveille donc la tension de l'entre-cuisse clitoridien et de la bande transverse musculo-aponévrotique pré-urétrale; il favorise par des pressions leur séparation d'avec les branches descendantes des pubis. Quel que soit le mode, instrumental ou manuel, de disjonction des articulations sacro-iliaques par écartement des pubis, il ne faut point de brusque violence: on va à petits pas, pour donner aux tissus une ou deux minutes, le temps de se distendre ou de sacrifier partiellement leurs insertions.

C'est après avoir produit l'écartement pubien nécessaire, qui est rarement moindre de 5 centimètres, que l'on peut placer le compas indicateur, à moins qu'on ne se soit servi d'un dilateur gradué et qu'on ne laisse celui-ci en place.

La plaie est intus et extra garnie provisoirement de pièces de pansement aseptiques qui la mettent à l'abri de souillures accidentelles.

EXTRACTION DU FŒTUS. — L'opération obstétricale proprement dite commence. Elle consiste à faire une application de forceps régulière de manière à entraîner la tête en s'efforçant de ne point déchirer les tissus situés en avant. Le levier-préhenseur a été construit pour remplacer ici le forceps, qui tire fatalement en avant et n'utilise pas la concavité sacrée.

Quelques opérateurs (Morisani, Zweifel, etc.), après la section de la symphyse, attendent l'expulsion spontanée du fœtus. Ils n'interviennent que dans les cas où le fœtus souffre ou lorsque la femme perd du sang. Cette pratique rationnelle est malheureusement d'un emploi restreint, car il y a souvent intérêt pour le fœtus à ne point prolonger la période d'expulsion.

Il est certain que, si l'expulsion du fœtus est spontanée, les tissus mous antérieurs sont moins rapidement distendus que dans l'extraction avec n'importe quel instrument, que l'ampliation du périnée se fait avec lenteur de

manière à mettre en jeu l'élasticité de ses parties molles, pourvu que l'on empêche le pubis de s'écarter outre mesure devant une violente contraction utérine aggravée d'un effort de tous les muscles volontaires adjuvants.

Lorsque le fœtus souffre ou que les contractions utérines sont inquiétantes par leur excès ou leur insuffisance, il est préférable de terminer l'extraction le plus rapidement possible. Le ballon a dû passer avant l'opération; la version ne demanderait peut-être qu'un instant, alors on pourrait quelquefois, à défaut de préhenseur, la préférer au forceps qui est toujours dangereux pour les parties molles antérieures. Lorsque la tête n'est pas engagée, la version peut être employée avec avantage.

Pendant l'extraction du fœtus, il faut veiller à ce que les parties molles antérieures ne soient point soumises à une distension trop considérable. En effet, par suite de l'écartement des pubis, elles perdent le soutien de leur cadre osseux. Si l'on ne forçait pas la tête à tourner, elle se dégagerait transversalement, l'anneau formé par les parties molles qu'elle doit franchir perdrait sa direction antéro-postérieure et deviendrait par suite transversal au grand risque de se déchirer en avant, là où il n'y a plus de soutien osseux. Varnier a donné le conseil judicieux de rapprocher les pubis l'un de l'autre, de faire disparaître, par conséquent, l'écartement à partir du moment où la tête a franchi le détroit osseux rétréci, c'est-à-dire à partir du moment où elle est descendue dans l'excavation. On évite ainsi certainement les lésions des tissus en avant. Toutefois, cette pratique a l'inconvénient d'exiger des tractions énergiques sur le forceps, pour triompher du périnée et du coccyx. Cela peut avoir des inconvénients chez certaines femmes et compromettre la vie du fœtus.

Si le fœtus extrait paraît n'avoir pas souffert, on attend quelques minutes comme dans l'accouchement normal avant de pratiquer la section du cordon. Si au contraire le fœtus naît en état de mort apparente, recouvert de liquide amniotique teinté par le méconium, il y a avantage à appliquer rapidement une pince hémostatique sur le cordon; puis on s'occupe de ranimer l'enfant. Dans une Maternité, un aide spécial est généralement chargé de ce soin. Si l'accoucheur n'a pas d'aide suffisamment exercé, il peut quitter l'opérée un instant pour s'occuper de l'enfant.

Pendant ce temps l'aide principal veille: 1° à ce que les cuisses soient rapprochées suffisamment l'une de l'autre pour que les deux pubis soient presque au contact; 2° à ce que la plaie opératoire soit à l'abri de toute souillure. En même temps il procède au lavage antiseptique des organes génitaux externes et fait une irrigation vaginale ou même intra-utérine si le fœtus a perdu une grande partie de son méconium. Puis, d'une main, il surveille l'état de l'utérus, qui doit être suffisamment rétracté.

La délivrance se fait dans certains cas spontanément et peu de temps après la sortie du fœtus; dans d'autres cas, le placenta se décolle rapidement et il suffit de quelques tractions modérées jointes à l'expression utérine pour l'extraire facilement. Lorsqu'il n'existe pas de contraction utérine, il est préférable de pratiquer la délivrance artificielle plutôt que d'attendre une demi-heure, trois quarts d'heure, une heure, que le placenta se décolle. En effet,

l'anesthésie chloroformique étant utile pour faire les sutures, les inconvénients de cette anesthésie trop prolongée l'emportent sur les dangers que fait courir à la femme la délivrance artificielle. On peut d'ailleurs faire les sutures avant la délivrance.

Lorsque la délivrance est faite soit par l'opérateur lui-même, soit par son aide principal, on procède à une irrigation antiseptique utérine et vaginale, soit avec une solution de biiodure de mercure à 1 pour 4000, soit avec une solution phéniquée à 1 pour 40 ou 50. Après ce lavage, il est bon de mettre dans le vagin une bande de gaze iodoformée. Si des lésions ont été produites du côté des parties molles vaginales, on les restaure tout de suite.

SUTURES. — On ne revient au traitement de la plaie opératoire qu'avec des mains parfaitement aseptiques: il faut donc procéder à un nettoyage minutieux des mains ou des doigts qui ont pénétré dans le vagin. Dans certains cas où il existe un commencement de putréfaction intra-utérine, dans un œuf ouvert depuis plusieurs jours, la désinfection des mains doit être particulièrement rigoureuse avant de toucher à la plaie pubienne, et quand on peut disposer d'un aide capable et aseptique, il est préférable de lui confier les sutures.

On enlève l'éponge ou la gaze iodoformée qui a été introduite entre les pubis. On fait rapprocher aussi complètement que possible les os iliaques sans toutefois rapprocher les cuisses, qui empêcheraient d'arriver sur la plaie. La pince à tête de coq ci-dessus décrite excelle à tenir les pubis en contact parfait. On procède d'abord aux 5 ou 4 sutures profondes que l'on fait à l'aide d'une grande et solide aiguille courbe. Ces sutures, qui varient en nombre, suivant l'étendue de la plaie, sont faites soit avec du fil d'argent un peu fort, soit avec de la soie plate comme se pratique la suture de la paroi abdominale après laparotomie. On termine par trois ou quatre points de suture cutanés intercalés aux points plus profonds.

Avant de nouer ces fils, on essuie la plaie avec une éponge ou un tampon imbibé de solution phéniquée forte.

Lorsque les sutures sont faites et les fils coupés, on saupoudre la plaie d'iodoforme, on la recouvre de gaze iodoformée et d'ouate antiseptique, puis on applique sur la vulve du coton iodoformé et l'on dispose ce pansement prépubien de telle manière qu'il ne soit pas solidaire du pansement fait en avant de la vulve, qu'il sera nécessaire de changer souvent à cause des liquides qui s'écoulent des organes génitaux et viennent souiller la plaie opératoire. Il ne faut pas négliger les artifices capables d'empêcher la plaie d'être contaminée, tels que le collodion, les imperméables adhésifs, etc. On maintient ce pansement à l'aide d'une ceinture de flanelle au-dessous de laquelle on a disposé une couche d'ouate assez épaisse. Cette ceinture est solidement épinglée. Le pansement vulvaire est maintenu à l'aide de sous-cuisses que l'on fixe d'arrière en avant.

Après les sutures bien serrées, la meilleure façon d'immobiliser les deux os iliaques est d'appliquer soit la ceinture métallique construite par Collin pour Pinard et Ribemont-Dessaignes (fig. 557), soit la ceinture de Guéniot. Il est en outre utile d'entraver les membres inférieurs à l'aide de deux liens,

l'un placé à mi-hauteur des cuisses, l'autre au-dessus des articulations tibio-tarsiennes, et de défendre à la femme de les mouvoir elle-même quand elle satisfait ses besoins ou subit un pansement.

La femme est transportée sur son lit, au niveau duquel on a disposé un lit à élévation de Dupont, ou mieux de Herbet. La femme peut être ainsi sou-

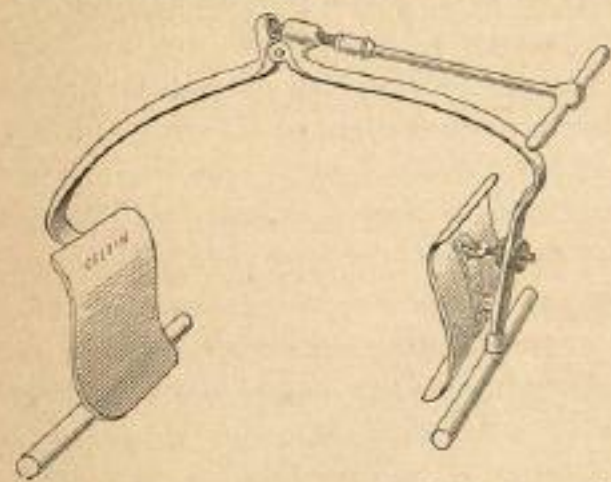


Fig. 557. — Ceinture métallique de Collin pour maintenir les deux os iliaques au contact après symphyséotomie.

levée d'une manière commode pour uriner et pour aller à la garde-robe. Ces lits permettent en outre à une infirmière de faire les toilettes vulvaires et les injections vaginales, si elles sont prescrites.

Soins consécutifs. — D'une manière générale, il faut considérer la femme chez laquelle on a pratiqué la symphyséotomie comme une accouchée ordinaire. La seule précaution à prendre pendant les 10 ou 15 premiers jours, mais surtout pendant les 3 ou 4 jours qui suivent l'accouchement, est

d'éviter les mouvements des membres inférieurs et du bassin.

La femme est alimentée comme à l'ordinaire et doit allaiter le plus tôt possible.

Dans la pluralité des cas la miction est spontanée si l'on sait attendre d'une manière suffisante; quelquefois elle est involontaire pendant quelques jours. Dans certains cas cependant on est obligé de pratiquer le cathétérisme; mais il n'y a aucune utilité à laisser une sonde à demeure. Avec un peu de patience, en effet, il est toujours possible de pratiquer le cathétérisme à l'aide d'une sonde de caoutchouc.

La température doit être prise avec grand soin. Le pansement vaginal est laissé en place 3 ou 4 jours; il a le double avantage de contribuer à l'hémostase en exerçant une certaine compression sur les tissus rétro-pubiens et d'assurer l'asepsie des organes génitaux internes. On se contente donc de faire plusieurs fois par vingt-quatre heures, notamment après chaque miction, un lavage antiseptique des organes génitaux externes.

Il est important que le pansement de la plaie pubienne soit aussi immobile que possible; on s'assure une fois par jour que la plaie est suffisamment saupoudrée d'iodoforme, et à diverses reprises on veille à ce que la gaze iodoformée reste bien en place. Le pansement par occlusion, qui semblerait remplir l'indication principale, préserver la plaie des microbes extérieurs, n'a pas donné de bons résultats.

Vers le 5^e ou 4^e jour on enlève le pansement vaginal, que l'on peut remplacer par un autre un peu moins volumineux, après avoir fait une irrigation vaginale. Certains accoucheurs préfèrent ne pas introduire à nouveau de la gaze dans le vagin et se contentent d'un pansement de la vulve; outre les toilettes vulvaires, ils font 3 ou 4 fois par vingt-quatre heures des injections vaginales.

Les fils de la suture sont enlevés le 8^e ou le 9^e jour. Il est préférable de les enlever tous en une seule séance avec les précautions ordinaires. La plaie est généralement réunie par première intention. On la saupoudre largement d'iodoforme ou de salol. Les appareils de contention, ceinture de flanelle, ceinture métallique, peuvent être enlevés du 12^e au 15^e jour. La femme peut alors exécuter un certain nombre de mouvements dans son lit, mais il est utile de ne la laisser lever que vers le 22^e ou le 25^e jour.

Pronostic. — Il faut laisser de côté, dans l'appréciation des résultats

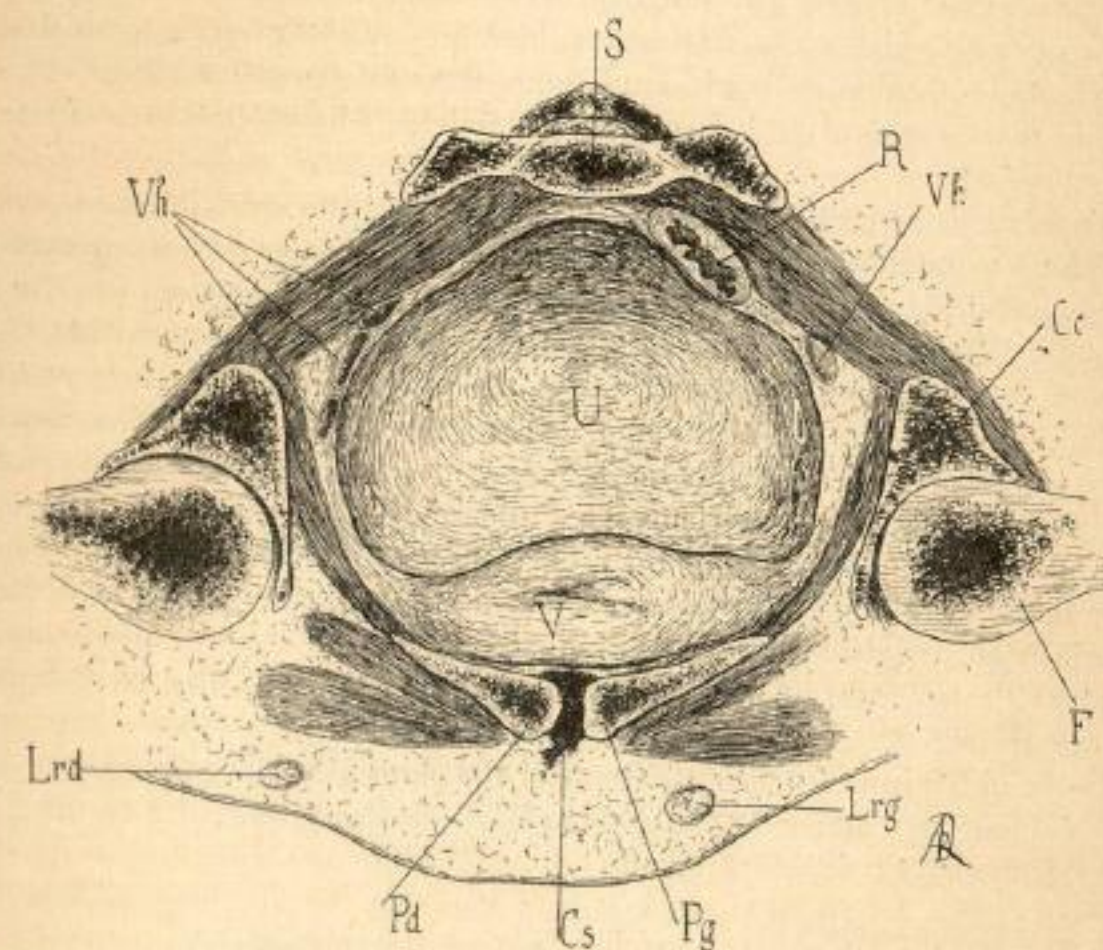


Fig. 558. — Coupe après congélation du bassin d'une femme morte de pneumonie franche sept jours après la symphyséotomie. (Bassin fait d'après nature à la Maternité de Beaujon.)

La section transversale passe près du bord supérieur de la symphyse pubienne.

Pd, Pubis droit, Pg, Pubis gauche : entre eux se trouve un caillot sanguin. Cs, caillot sanguin. Lrd, Ligament rond droit, Lrg, Ligament rond gauche. F, Fémur. Cc, Cavité cotyloïde. V, Vessie. U, Utérus. Vh, Vaisseaux hypogastriques. R, Rectum. S, Sacrum.

fournis par la symphyséotomie, tous les faits antérieurs à la période où l'on a pratiqué réellement l'antisepsie. Il faudrait même en faire autant pour tous les cas où le bassin n'ayant pas été agrandi suffisamment par l'accoucheur, le fœtus a couru un danger qu'on doit lui éviter puisqu'on le peut. En outre, si un certain nombre de femmes opérées par Morisani et d'autres accoucheurs italiens de 1879 à 1886 sont mortes, ce qu'il faut incriminer, c'est l'insuffisance des précautions antiseptiques.

Il ne faut guère tenir compte que des statistiques récentes, telles que celle établie par Varnier en avril 1893, pour apprécier exactement la valeur de l'opération.

On peut dire d'une manière générale que si la symphyséotomie est pratiquée **complètement et aseptiquement**, chez une femme non infectée, dont le fœtus n'a subi aucun traumatisme, la mortalité fœtale et la mortalité maternelle doivent être nulles. Il doit en être de même pour la morbidité.

A la Société obstétricale de France (avril 1895), Fochier s'est demandé si l'opération pratiquée chez une femme surmenée par un long travail ne favoriserait pas la production de lésions inflammatoires au niveau des articulations sacro-iliaques. Jusqu'à présent ce n'est qu'une crainte, puisque, dans un cas de mort observé par Pinard dans ces conditions, il n'y avait pas de lésions des articulations sacro-iliaques, bien qu'il y eût infection généralisée et défaut de réunion de la plaie pubienne. Il en fut de même dans d'autres cas de mort consécutive à la symphyséotomie et observés récemment par divers opérateurs.

D'après les observations réunies par Varnier, en 1895, sur 124 opérations, 12 femmes sont mortes et 52 enfants ont été extraits morts ou ont succombé. Cette mortalité brute assez élevée est celle de ce que l'on pourrait appeler la période d'essai, de l'époque où la symphyséotomie renaissait à peine en dehors de l'Italie, et où nombre de points relatifs aux indications et à la technique opératoire n'étaient point encore fixés. Malgré ces circonstances défavorables, sur les 12 cas de mort maternelle, 8 fois la mort a été causée par des complications antérieures à l'intervention ou qui n'ont avec elle aucun rapport. Dans les quatre cas où la mort peut, jusqu'à un certain point, être imputée réellement à des accidents suivant l'opération, trois fois l'antisepsie a été insuffisante et dans le quatrième cas où il y eut hémorragie, rupture de la vessie, etc., l'écartement pubien fut porté bien au delà des limites permises.

Morisani a réuni (congrès de Rome, 1894) tous les faits publiés de symphyséotomie de l'année 1887 jusqu'au 31 décembre 1895; il a trouvé 244 cas qui donnent :

Mortalité maternelle	11,6	pour 100
— fœtale non expurgée	22,82	—
— — expurgée	12	—

Neugebauer¹ a trouvé pour la même période 278 opérations dont voici le pourcentage.

Mortalité maternelle	11,1	pour 100
— fœtale	19	—

La mortalité infantile est ici calculée d'après le nombre des enfants vivants au moment de l'opération (266 dont 51 morts); or, il importe de remarquer que sur ces 51 enfants, plusieurs sont morts d'interventions antérieures à la symphyséotomie et en particulier d'applications de forceps ayant déterminé une fracture du crâne. La proportion indiquée par Morisani se rapproche donc plus de la réalité.

Dans le service de Pinard, à la clinique Baudelocque, 19 opérations consé-

Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynäkologie, art. Symphyséotomie. Wiesbaden, 1894.

cutives ont été pratiquées sans un seul décès; la vingtième femme a succombé, mais elle était infectée avant son entrée à la Clinique. Jusqu'au 7 décembre 1896¹, 85 femmes ont subi l'agrandissement momentané du bassin, 15 en 1892, 14 en 1895, 22 en 1894, 20 en 1895, 14 en 1896 avec les résultats suivants : 74 femmes guéries et 9 mortes, 71 enfants vivants et 12 morts. Il faut interpréter ce résultat brut, car pour dégager nettement ce qui appartient à l'opération, Pinard envisage les conditions dans lesquelles l'opération a été faite et établit les catégories suivantes :

A. Femmes exclusivement examinées et soignées dans le service : 68, sur lesquelles 62 guéries, 6 mortes. Enfants, 58 vivants, 10 morts.

1° Agrandissement momentané et complet du bassin, les enfants étant à terme et bien portants. 61 cas : femmes guéries, 55; femmes mortes, 6. Enfants, 55 vivants, 6 morts.

2° Agrandissement momentané, mais incomplet du bassin, l'enfant étant à terme. 4 cas (15° symphyséotomie) : la femme a guéri, l'enfant est mort seize heures après sa naissance.

3° Agrandissement momentané et complet du bassin combiné avec l'accouchement provoqué. 4 cas : 4 femmes guéries. Enfants, 5 vivants, 1 mort le 2° jour après la naissance (4° symphyséotomie).

4° Agrandissement momentané, mais incomplet du bassin, combiné avec l'accouchement provoqué. 1 cas : la femme a guéri, l'enfant est mort trois jours après sa naissance (1° symphyséotomie).

5° Agrandissement momentané et complet du bassin, l'enfant étant à terme, mais mourant. 1 femme guérie, 1 enfant mort (40° symphyséotomie).

B. Femmes ayant subi des examens ou des opérations avant leur entrée à la Clinique Baudelocque : 10 cas sur lesquels 7 femmes ont guéri et 3 sont mortes. Quant aux enfants, 8 ont vécu et 2 sont morts.

A la Maternité de Beaujon, Ribemont-Dessaignes a fait 29 symphyséotomies. Une femme est morte de pneumonie à pneumocoques ainsi que son enfant. Deux autres, profondément infectées avant leur entrée à l'hôpital par suites de nombreuses tentatives d'applications de forceps, ont également succombé. Les 26 autres ont guéri. Quant aux enfants, 25 sont sortis vivants du service.

L'opération augmente-t-elle la morbidité? Il est certain que, chez quelques-unes des premières opérées, il y a eu quelques élévations thermiques avec complications légères : abcès des grandes lèvres, phlegmatia alba dolens. Il semble qu'en veillant d'une manière rigoureuse à l'antisepsie et en ménageant le plus possible les parties molles, la morbidité devienne presque nulle. Les craintes qui ont été formulées, au point de vue des lésions produites sur la vessie, sur le segment inférieur de l'utérus, par le bord tranchant de la partie postérieure de chaque pubis, semblent exagérées si l'on opère avec prudence et en ayant soin de rapprocher les deux pubis l'un de l'autre dès que l'obstacle osseux est franchi; ces lésions auront d'autant moins de chances de se produire qu'après agrandissement du bassin, l'expulsion du fœtus aura lieu spontanément, sans le secours d'aucun instrument.

¹ *Annales de gynécologie*, janvier 1895, janvier 1896, janvier 1897.

Quant au pronostic éloigné, les opérées reprennent leurs occupations antérieures sans que l'on constate une plus grande mobilité des deux os iliaques l'un sur l'autre que chez les autres femmes. Parmi les opérées de Pinard une seule a présenté, après sa sortie du service, de l'incontinence diurne d'urine qui a rapidement cédé à l'emploi de l'électricité. Il en a été de même chez la dernière opérée de Ribemont-Dessaigues. Quelques-unes des femmes symphyséotomisées sont redevenues enceintes et n'ont présenté pendant leur nouvelle grossesse aucune particularité au point de vue de la statique du bassin et de la marche.

Jorand¹ a réuni les accidents et complications observés au cours ou à la suite de la symphyséotomie. Les accidents qui peuvent survenir pendant l'opération ou pendant les manœuvres consécutives nécessaires pour terminer l'accouchement sont de deux sortes :

1° Des *hémorragies*. Une fois sur 7 environ, l'écoulement sanguin est abondant; dans cinq cas l'hémorragie aurait été mortelle. D'après la statistique de Neugebauer, sur 278 symphyséotomies, il y a eu 5 morts par hémorragie, soit 1.08 pour 100 de mortalité par cette cause. Il est en général facile d'arrêter l'écoulement sanguin trop abondant; après avoir fait le tamponnement direct de la plaie, il faut, suivant le conseil de Pinard, ne pas perdre de temps et *pratiquer aussi rapidement que possible l'extraction de l'enfant*.

2° Des *déchirures* des parties molles rétro-pubiennes, déchirures de la paroi antérieure du vagin, déchirures de l'urètre et du vagin: ces déchirures sont surtout fréquentes chez les primipares. Jorand en a réuni 59 cas sur lesquels 18 fois les voies urinaires furent lésées.

Pendant les suites opératoires, outre les accidents septiques plus ou moins graves, on a observé de l'incontinence d'urine plus ou moins persistante, un peu d'endolorissement au niveau des articulations sacro-iliaques, un peu de douleur à la marche. Dans quatre cas, on a pratiqué secondairement la symphyséorrhaphie.

Mortalité fœtale. — D'après la statistique de Varnier de 1895, 52 enfants ont été extraits morts, mais il faut en défalquer 12 dont 5 étaient morts avant l'opération (qui se trouvait par cela même formellement contre-indiquée) et dont 7 ont succombé à des complications tout à fait étrangères à l'opération. 11 enfants ont succombé par suite de lésions causées par le forceps appliqué avant la symphyséotomie. En réalité il n'y a guère que 9 enfants dont le décès puisse jusqu'à un certain point être rattaché à la symphyséotomie, mais, dans ces cas, la section du pubis avait été faite d'une manière incomplète ou l'écartement était insuffisant.

A priori, on ne comprend même guère comment il puisse être question de mortalité fœtale causée par une opération qui rend pour le fœtus l'accouchement plus inoffensif que l'accouchement spontané, puisque la tête fœtale trouve ouverte la filière pelvienne. Si cependant un certain nombre de fœtus ont été extraits morts ou lésés à mort chez des femmes ayant subi la symphyséotomie, ces désastres tiennent à deux ordres de causes dont les unes

¹ Accidents et complications de la symphyséotomie. Thèse Paris, 1896.

(section incomplète de la symphyse, application meurtrière de forceps) peuvent être supprimées, dont les autres (compression du cordon, travail prolongé) sont inhérentes au travail même de l'accouchement dans les cas où il y a disproportion entre le volume de la tête fœtale et les dimensions du bassin.

Ainsi, à l'avenir, la symphyséotomie doit permettre d'extraire vivants, indemnes de toute lésion, des enfants qui succomberaient si l'on n'ouvrait pas suffisamment le bassin ou si l'on voulait exercer d'abord sur la tête fœtale, avec le forceps, des tractions dangereuses. Mais, en revanche, la symphyséotomie ne peut empêcher que la vitalité de certains enfants ne se trouve compromise avant qu'on intervienne, par ce fait irrémédiable que toutes les fois que la tête doit se modeler sur la ceinture osseuse, il peut y avoir procidence ou procubitus du cordon et compression des vaisseaux funiculaires. Aussi, dans les cas où il semble d'une manière manifeste que l'accouchement ne pourra pas être spontané, l'opérateur doit-il intervenir de bonne heure sans attendre que l'état de souffrance du fœtus vienne compromettre le plus beau résultat de l'opération.

Pinard fait remarquer avec raison que la symphyséotomie permet d'extraire vivants de beaux enfants qui s'élèvent avec facilité et qui présentent un développement total et un développement du crâne au-dessus de la moyenne. De plus, ces enfants sont extraits sans aucune action traumatisante de la part du forceps, ce qui les met à l'abri d'un certain nombre d'accidents (idiotie, athétose, incontinence d'urine, etc.) qu'on observe chez des enfants extraits après une application pénible de forceps. — Cette possibilité de sauver des enfants bien viables, à terme, doit entrer fortement en ligne de compte dans le parallèle entre la symphyséotomie et l'accouchement prématuré provoqué.

En revanche — et c'est peut-être le seul point noir de la symphyséotomie à l'heure actuelle — il faut compter au passif de la méthode, quelques-uns des fœtus à terme qui, pendant l'attente que l'on s'impose toujours avant de couper le bassin, sont expulsés *spontanément* malgré le rétrécissement, mais après un travail prolongé, et qui succombent. Cela arrive lorsque la disproportion entre le volume de la tête et le calibre du bassin est minime et les contractions utérines fortes, car on est d'autant plus tenté d'attendre que l'expulsion semble devoir se faire spontanément. Le fœtus naît mort ou succombe quelques heures après la naissance: quinze jours plus tôt, à la suite d'un accouchement provoqué, il *fût probablement né vivant et viable*. Ces cas difficiles sont encore à l'étude au point de vue de la meilleure conduite à tenir: on hésite entre l'accouchement provoqué au bon moment (comment le connaître?) ou la symphyséotomie pratiquée assez tôt au cours du travail pour que le fœtus ne soit pas encore compromis dans sa vitalité (comment deviner qu'il va périr?)

Farabeuf a fort bien résumé le pronostic réel de la symphyséotomie en disant: « La vraie symphyséotomie n'est pas responsable des enfants mécaniquement morts d'une opération incomplète, non plus que des mères emportées par la septicémie déterminée par l'opérateur, ou par des manœuvres antérieures. » Il a, de plus, indiqué l'avenir de cette opération en la

jugeant, « dans l'obstétrique opératoire, une admirable révolution que l'antisepsie a rendue possible et qui supprime presque toute la dystocie ».

Indications. — Pour que cette opération soit rationnellement indiquée, il faut que le fœtus soit vivant et viable, c'est-à-dire que sa vitalité n'ait point été gravement compromise par une complication telle que la procidence et surtout le procubitus du cordon ou par des interventions prématurées ou maladroites (applications de forceps répétées avec tractions trop fortes et trop prolongées).

Il y a d'ailleurs deux catégories de faits bien distincts à établir, suivant que l'accoucheur a suivi la femme dans les derniers temps de la grossesse ou tout au moins pendant le travail, ou suivant, au contraire, qu'il est appelé alors que des tentatives d'extraction ont été faites.

A. *La femme est surveillée depuis le début du travail.* — Elle a même été examinée dans les derniers temps de la grossesse; on sait qu'il y a tel degré de rétrécissement; on pense qu'il existe une disproportion entre le volume de la tête et les dimensions du bassin.

Deux cas peuvent se présenter :

a. Malgré le défaut d'engagement de la partie fœtale, la dilatation se fait d'une manière régulière et devient complète. Les membranes sont rompues naturellement ou artificiellement. Si la présentation fœtale s'immobilise sur l'entrée de l'excavation, si elle s'enfoncé un peu, on attend en ayant bien soin de contrôler les progrès réels de la tête et de ne pas prendre pour la surface du crâne, celle de la bosse séro-sanguine qui, de plus en plus volumineuse, peut amener le cuir chevelu, non les os, à un doigt du plancher osseux coccy-sacré et montrer les cheveux à la vulve si l'on écarte les lèvres. — Au bout d'une, deux, trois ou quatre heures, le travail s'arrête; la tête n'est pas engagée, n'a pas progressé : il faut intervenir.

Mais doit-on d'emblée recourir à la symphyséotomie? Sans doute il est des cas où la terminaison de l'accouchement n'a pas lieu parce que la *vis a tergo* est insuffisante, le muscle utérin étant fatigué, et certaines applications de forceps ayant rencontré par bonheur des dimensions pelviennes et céphaliques favorables ont amené des enfants ni morts ni blessés. Aussi plusieurs accoucheurs veulent-ils essayer du forceps avant de couper la symphyse.

D'autres sont d'un avis opposé : Pinard et Varnier, influencés par Farabœuf, qui depuis six ans se déclare l'ennemi du forceps au détroit supérieur, sont soucieux de respecter l'intégrité de l'organisme fœtal et n'admettent d'autre alternative que l'accouchement spontané ou que la symphyséotomie d'emblée.

Pinard a ainsi formulé¹ ses nouveaux principes :

1° Abandon de l'accouchement prématuré artificiel;

2° Abandon de toute application de forceps et de toute opération impliquant la lutte de la tête fœtale contre une résistance osseuse du bassin (que cette résistance siège au détroit supérieur, dans l'excavation, ou au détroit inférieur);

¹ *Annales de gynécologie* (janvier 1895, janvier 1896, janvier 1897).

3° Abandon absolu de l'embryotomie sur l'enfant vivant;

4° Agrandissement momentané du bassin (par symphyséotomie, pubiotomie, ischio-pubiotomie, coccygotomie) dans tous les cas où il y a résistance osseuse non vaincue par les contractions, la tête étant bien orientée et où le calcul démontre que la section du bassin et un écartement ne dépassant pas 7 centimètres permettront le passage d'une tête de fœtus à terme;

5° Opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique (opération de Porro) dans les cas d'étrécissement absolue ou dans les cas où, l'enfant étant vivant, l'utérus est déjà infecté.

Il est certain que la symphyséotomie s'impose dans les cas où il y a une notable disproportion entre le volume de la tête et les dimensions du bassin; mais, dans les autres cas, ne serait-il pas juste que le doute profitât à la femme à la condition que l'intervention avec le forceps puisse être utile, assez modérée et prudente pour n'être pas nuisible au fœtus?

Chaque manière de faire a ses écueils : en symphyséotomisant systématiquement d'emblée, sans forceps préalable, il est possible qu'on coupe quelques symphyses inutilement; d'autre part, en ayant d'abord recours au forceps, il est certain que, dans plus d'un cas, on a dépassé la limite des tractions inoffensives, tué le fœtus ou compromis les résultats de la symphyséotomie complémentaire à laquelle on a été obligé de recourir. Cette question, comme plusieurs autres relatives à la conduite à tenir dans les bassins rachitiques, ne sera jugée d'un commun accord que dans un avenir plus ou moins éloigné et à l'aide de statistiques multiples et intégrales.

b. L'indication de l'intervention, quoique pressante, est délicate quand le travail ne marche pas d'une façon régulière : la dilatation se fait lentement, la tête n'y pouvant contribuer en raison du défaut d'engagement dû au rétrécissement; les bords de l'orifice utérin restent épais; les membranes se sont rompues prématurément ou au début du travail. Sans qu'il y ait procidence du cordon, celui-ci se trouve comprimé : le fœtus perd son méconium; les bruits du cœur deviennent irréguliers, etc. On se trouve ici dans une poignante inquiétude : il y a urgence, car si l'on attend, l'enfant continue à souffrir et l'on risque de faire trop tardivement une opération qui ne permet de l'extraire que mort ou mourant; mais la dilatation n'est pas suffisante, et l'on ne pourra procéder à l'extraction immédiate, qu'en risquant de produire une déchirure de l'orifice utérin. Il n'y a pourtant rien autre chose à tenter pour sauver l'enfant.

Pinard, Zweifel, dans des cas semblables, ont sectionné la symphyse avec succès; la tête, devenue libre de s'engager, produit assez rapidement une dilatation suffisante de l'orifice utérin pour permettre de terminer l'accouchement en temps utile.

B. *L'accoucheur est appelé pour terminer l'extraction du fœtus encore vivant.* — S'il n'y a pas eu d'intervention préalable, la situation est la même que dans les cas où l'on a suivi la femme depuis le début du travail.

Mais si, au contraire, des manœuvres quelconques et surtout des tentatives d'applications de forceps ont été faites, il faut avant d'agir s'assurer, autant qu'on le peut, que la vitalité de l'enfant n'est pas absolument com-

promise et faire d'expresses réserves, car des fractures multiples du crâne passent facilement inaperçues, car la mère est déjà excoriée, déchirée, peut-être infectée. La symphyséotomie est la seule opération qui n'aggrave pas l'état d'un fœtus déjà blessé, mais elle ne remédie pas à l'infection utérine. Pinard fait remarquer¹ avec raison « que ce ne sont pas les femmes chez lesquelles ont été produites des lésions des parties molles qui ont présenté des suites de couches pathologiques, mais bien celles qui, multipares ou primipares, présentaient de l'élévation de température par suite de la longueur du travail au moment de l'intervention ». Aussi chez une femme justiciable de la symphyséotomie et dont l'utérus est infecté, Pinard se demande s'il n'est pas préférable « de pratiquer la gastro-hystérectomie suivie de l'hystérectomie totale plutôt que l'agrandissement momentané du bassin ».

La mort de l'enfant, sa mort certaine depuis un certain temps, est une contre-indication formelle à l'intervention : en pareil cas on ne doit plus, dit Pinard, « songer qu'à la mère, l'enfant étant devenu un corps étranger qui n'a plus aucune valeur et qui ne compte que par son volume. Dans ces conditions, la symphyséotomie perd ses droits, dans tous les cas où la filière pelvienne présente encore des dimensions suffisantes pour laisser facilement passer le basiotribe et doit céder la place à l'embryotomie.... Je n'admettrais la symphyséotomie que dans le cas où le rétrécissement serait tel qu'il rendrait l'embryotomie impossible, ou tellement difficile qu'elle en deviendrait dangereuse pour la mère ».

ISCHIOPUBIOTOMIE

Opération de Farabeuf. — C'est sous la dénomination d'opération de Farabeuf que Pinard a proposé de désigner l'ischiopubiotomie en déposant à l'Académie de médecine le mémoire de Farabeuf sur l'agrandissement momentané du bassin oblique ovalaire, et en relatant l'observation d'une opération faite le 7 novembre 1892 à la Clinique Baudelocque.

En raison du peu de fréquence du bassin oblique ovalaire et, par conséquent, de la rareté des indications de cette opération, Farabeuf s'est résumé lui-même dans la dernière édition de son *Précis du manuel opératoire* à laquelle nous empruntons les figures suivantes et la substance du texte. On pourra toujours recourir à la communication de Pinard ainsi qu'à la brochure si documentée de Farabeuf et Varnier, intitulée : *Fragments sur les pelvitomies*².

Cette opération a pour but d'agrandir suffisamment et au delà le bassin oblique ovalaire ankylosé, auquel la symphyséotomie ne peut pas toujours donner les dimensions nécessaires au passage d'une tête fœtale de volume ordinaire. Lorsqu'on pratique la symphyséotomie sur un tel bassin, il n'y a

¹ *Ann. de gynéc.*, janvier 1897.

² Ce mémoire démontre que l'opération de Farabeuf est bien nouvelle et qu'elle diffère des pelvitomies indiquées ou pratiquées — pour des bassins symétriques non ankylosés — par Aikten (1785), par Pitois (1852), par Galluati (1852).

qu'un seul os iliaque qui se mobilise, celui qui en a le moins besoin; l'autre, justement celui qui a été refoulé vers le sacrum, restant fixé par l'ankylose sacro-iliaque correspondante.

D'après les recherches de Farabeuf, l'ischiopubiotomie pratiquée du côté ankylosé donne déjà, avec un demi-écartement de 15 millimètres, une surface praticable plus grande que la symphyséotomie d'un tel bassin avec un écartement double, de 30 millimètres. Pour juger de combien l'ischiopubiotomie l'emporte, avec un écartement égal, comparez les fig. 540 et 541. De plus, grâce au jeu de la symphyse pubienne, la valve osseuse de 5 centimètres, détachée de l'os iliaque ankylosé et entraînée par l'os iliaque du côté sain, se déplace en avant comme un volet et augmente encore l'ouverture pelvienne du côté rétréci (fig. 539).

Manuel opératoire. — L'opération consiste à scier verticalement, du côté

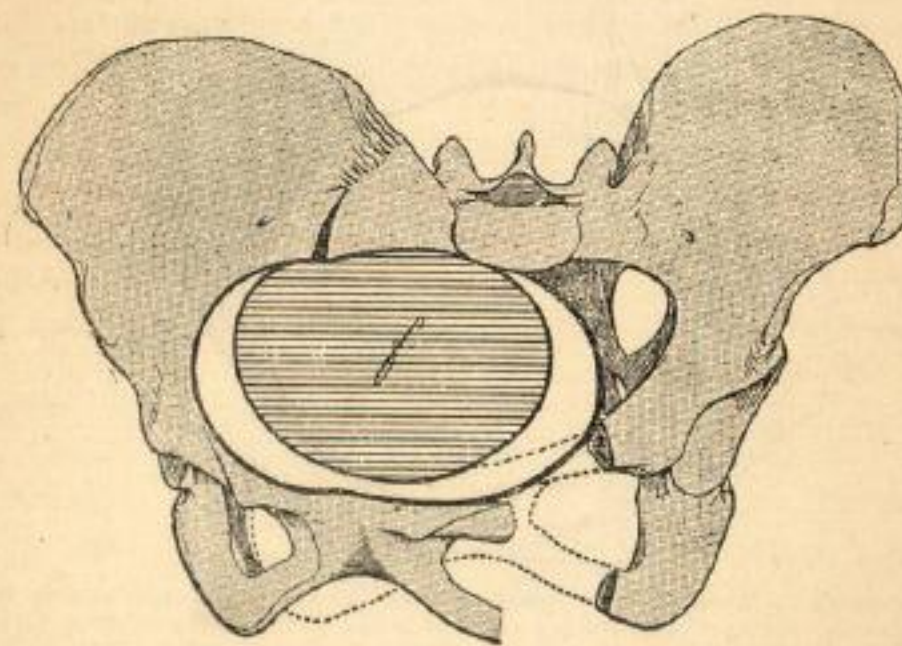


Fig. 539 (Farabeuf). — Bassin oblique ovalaire ayant subi l'ischiopubiotomie au lieu d'élection du côté ankylosé rétréci. La surface praticable ainsi obtenue dépasse de toute la partie blanche, d'un grand tiers, la surface y incluse teintée qu'offrait le bassin avant l'opération.

correspondant à l'ankylose sacro-iliaque, la branche de l'ischion et la branche horizontale du pubis, puis à détruire les parties fibreuses (arcade crurale et membrane obturatrice) qui pourraient s'opposer à l'écartement.

Les instruments nécessaires sont les suivants : bistouris, ciseaux, pinces hémostatiques, écarteurs, rugines, scie à chaîne et ses accessoires, aiguille mousse flexible, passe-fil emmanché; si l'on veut faire des sutures osseuses : perforateur et fil métallique, aiguilles et fils divers.

On dessine sur la peau une ligne verticale située à 4 centimètres de la ligne médiane: elle passe à un petit travers de doigt en dehors de l'épine pubienne tangible, et dans le sillon labio-crural visible, juste sur la branche ascendante de l'ischion.

1° *Section de l'ischion.* — La première incision, sur cette branche de l'ischion, a 4 centimètres; sa partie moyenne est à hauteur de la commis-

sure vulvaire postérieure. Pour faire cette incision, on introduit l'index dans le vagin et le pouce dans le pli qui sépare la cuisse de la grande lèvre (fig. 542). On enserre peu à peu les tissus entre l'index et le pouce, jusqu'à ce que l'ongle arrive sur l'os, sur lequel on incise alors directement, en long sur le bord, en travers sur la face extérieure où se font les insertions musculaires. Avec une rugine courbe qui peut racler, buriner et contourner, on dénude successivement la face extérieure, les bords, la face postéro-intérieure du pilier de l'arcade; enfin on fait apparaître le bout de la rugine

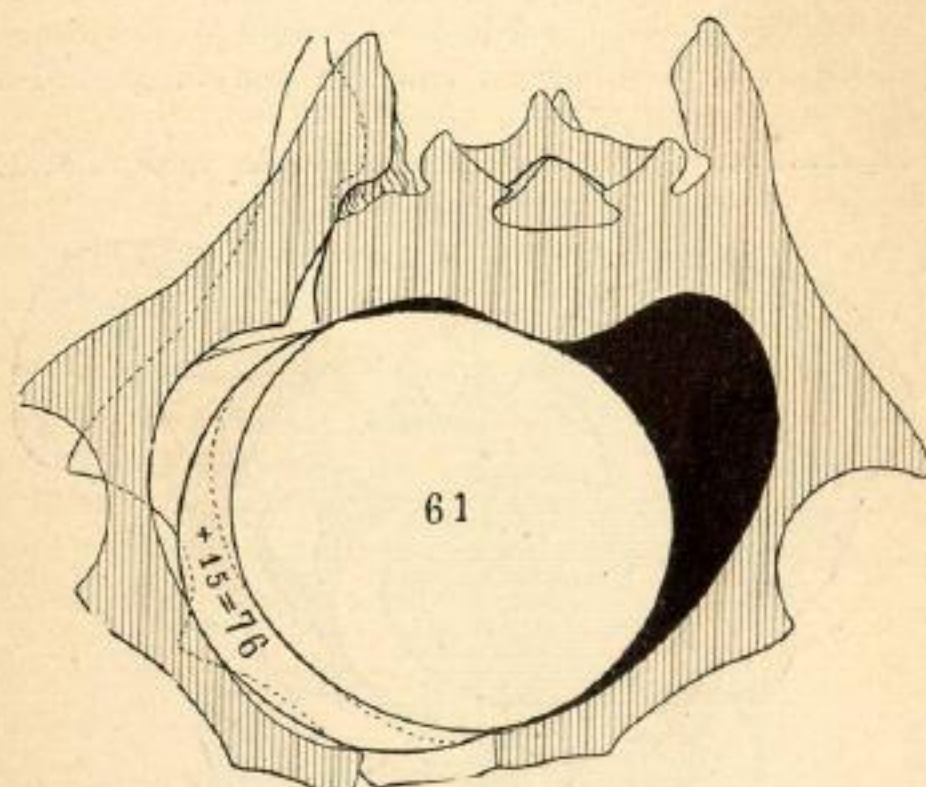


Fig. 540 (Farabeuf). — Résultat de la symphyséotomie d'un bassin oblique ovalaire ankylosé et rétréci à gauche; diamètre promonto-pubien 84 millimètres. Coupe avoisinant le plan du détroit supérieur.

L'os iliaque droit, avant la section interpubienne, est blanc. — Le même, teinté, à le pubis écarté à 50 millimètres de son homonyme, après symphyséotomie. — Cette figure montre le gain de la symphyséotomie (le croissant de 15 centimètres carrés) qui s'ajoute à la surface ellipsoïde de 61 centimètres carrés, praticable dans le bassin intact. Celle-ci, oblongue, mesurait à peine 85 millimètres dans un sens, 95 dans l'autre; tandis que les diamètres de la surface totale dépassent maintenant 95 et 105 millimètres. En d'autres termes, la surface praticable initiale était de 61 centimètres carrés, suffisant juste à une sphère de 358 centimètres cubes; la surface praticable acquise, $61 + 15 = 76$ centimètres carrés, peut laisser passer une sphère de 496 centimètres cubes, à peu près équivalente à une tête de fœtus à terme normale, mais c'est juste, trop juste, et notez que ce bassin n'est pas des petits.

dans le trou sous-pubien. On passe l'aiguille et la scie à chaîne de dedans en dehors dans la voie faite derrière l'os (fig. 542); on ne scie qu'après avoir refoulé les parties molles le plus possible en arrière vers l'ischion. Après le sciage, le doigt et l'extrémité d'une rugine droite détachent aussi haut que possible la membrane obturatrice du bord interne du trou ischio-pubien.

2° Section du pubis. — Sur la ligne opératoire, à un petit doigt en dehors de l'épine du pubis, on fait une incision de 5 centimètres commençant à un grand travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale dont on a

déterminé le niveau en touchant l'épine pubienne; on sectionne cette arcade, le ligament de Gimbernat et l'aponévrose du pectiné, en respectant le contenu du canal inguinal. Après avoir incisé ce muscle et placé deux écarteurs, on voit à nu la blanche surface osseuse pectinéale (fig. 545); on passe ensuite l'aiguille et la scie à chaîne derrière l'os, de haut en bas et d'arrière en avant. Le passage de l'aiguille a présenté quelques difficultés dans l'opération qu'a pratiquée Pinard, par suite de la présence de la tête qu'il a fallu soulever. Avant de scier, on a soin encore de faire glisser la scie le plus

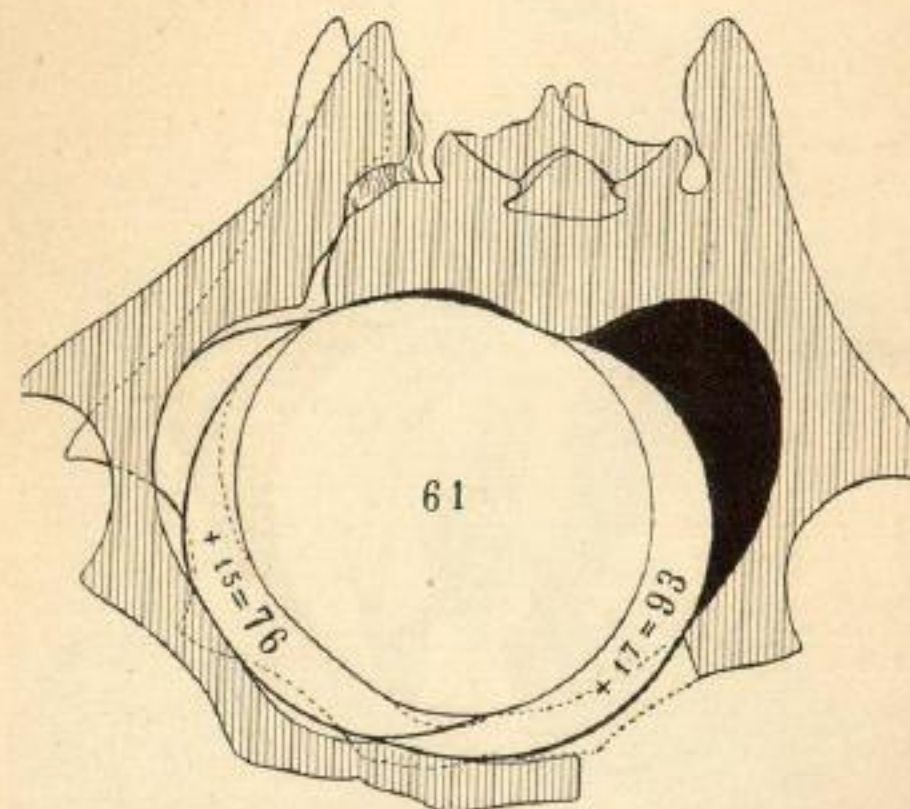


Fig. 541 (Farabeuf). — Résultat de l'ischio-pubiectomie du même bassin oblique ovalaire ankylosé, symphyséotomisé (fig. 540); diamètre promonto-pubien, 84 millimètres. Coupe avoisinant le plan du détroit supérieur.

L'os iliaque non ankylosé, le droit, en place sur le bassin intact, est blanc. — Par-dessus est représenté en gris le même os écarté au maximum prudent, comme tout à l'heure après la symphyséotomie, mais ici ayant emporté avec lui l'autre pubis détaché par l'ischio-pubiectomie. — La figure montre qu'à égalité d'écartement, 50 millimètres, l'ischio-pubiectomie du côté rétréci ankylosé donne, un peu grâce à la souplesse de la symphyse pubienne, une surface praticable beaucoup plus grande que celle de la symphyséotomie, à laquelle elle ajoute 17 centimètres carrés, ce qui fait en tout $61 + 15 + 17 = 93$. Ces surfaces sont sûrement praticables, puisqu'elles ont des diamètres plus que suffisants et que leurs contours sont formés d'arcs ayant un rayon plus grand que celui de la circonférence céphalique, estimé à 95 millimètres. — Vous avez appris à l'école qu'une sphère de 10 centimètres de diamètre (plus grosse que le crâne à terme) valait $4\frac{1}{3} \pi R^3$ environ 524 centimètres cubes. Eh bien, dans une ouverture arrondie de 95 centimètres carrés peut passer une sphère de 670 centimètres cubes; êtes-vous rassuré?

possible en dehors, de façon que la section porte à 5 centimètres de la ligne médiane.

3° Achèvement de la séparation des os. — Lorsque cette double section osseuse est faite, on pousse la rugine de haut en bas le long du bord interne du trou obturateur pour achever la désinsertion de la membrane obturatrice. A mesure que l'écartement se produit, l'index gauche explore la plaie et signale les brides fibreuses tendues qui résistent, afin que la main droite

« à l'aide d'un instrument mousse et fort, une rugine, des ciseaux fermés, charge ces obstacles et les rompe en faisant une pesée appuyée sur le pubis, etc. Le doigt explorateur fait lui-même bien des choses et réussit à forcer sans danger, par exemple, l'*arcus* qui couvre les insertions du releveur, si on le sent à travers l'obturateur interne ».

Quoiqu'il ne reste entre les deux plaies aucun lien fibreux, les os ne se laissent pas écarter si la cuisse est maintenue par l'aide en abduction, car

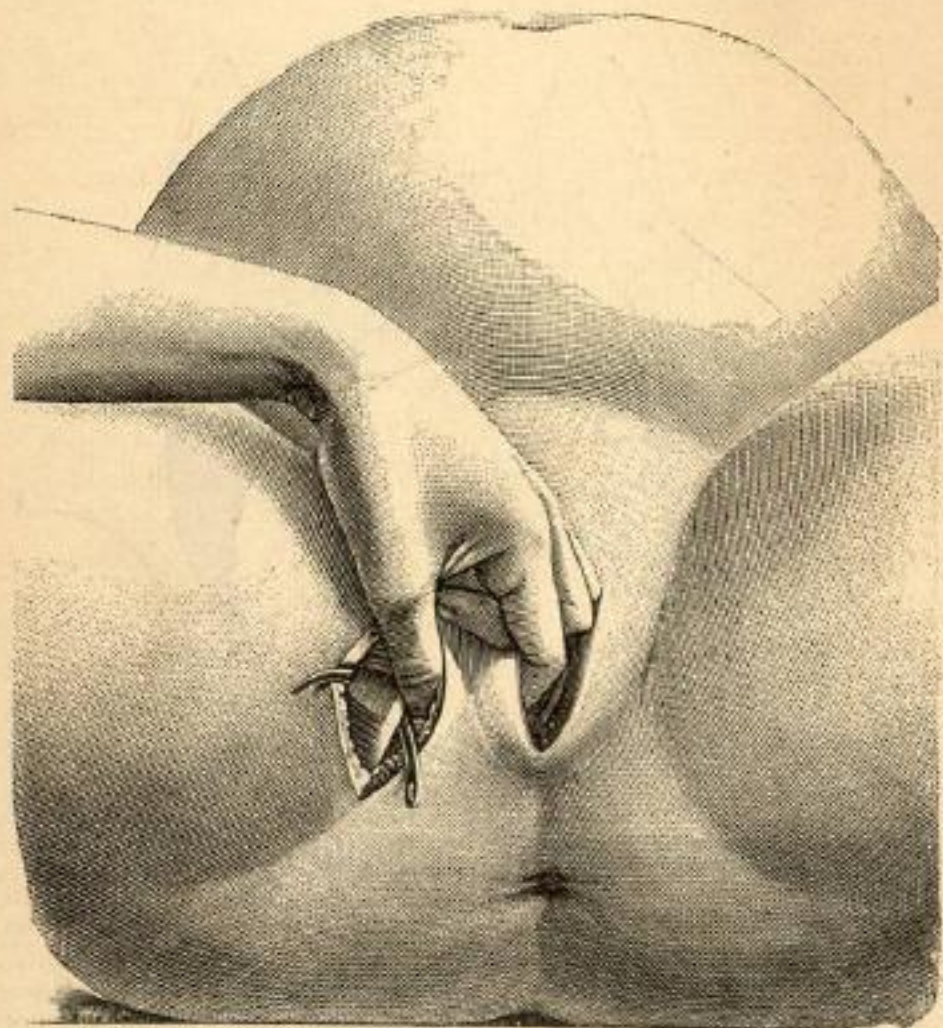


Fig. 542 (Farabeuf). — Ischiotomie : après dénudation de la branche ascendante près de la tubérosité, travail de la main gauche et passage, de dedans en dehors, d'une aiguille destinée à entraîner la scie à chaîne. Un écarteur est utile, comme on le voit sur la figure suivante, pour permettre à la pointe de l'aiguille de se dégager.

les adducteurs insérés au corps du pubis sont alors distendus et retiennent rapprochées les deux surfaces de section. Pour obtenir l'écartement de celles-ci, il faut donc que la cuisse soit tenue dressée, c'est-à-dire en demi-flexion et en adduction très légère : ce précepte est important. Dans l'opération pratiquée par Pinard, lorsque la section des os fut faite et l'écartement produit, il fut bien facile à l'opérateur d'entraîner la tête.

Le fœtus (5970 grammes) étant extrait, on sutura les deux plaies opératoires sans drainage et l'on immobilisa les deux cuisses rapprochées autant que possible l'une de l'autre.

Dans les expériences cadavériques, aussi bien que dans l'opération pratiquée par Pinard, il n'y a eu de lésion ni de clitoris, ni de la veine crurale, ni de l'artère obturatrice. Celles-ci sont d'ailleurs assez éloignées de la région opératoire; et toujours la rugine contourne les os sans quitter leur contact.

Il n'est point possible, à l'heure actuelle, de dire quels sont les bassins obliques ovalaires justiciables de l'ischio-pubiotomie. Budin¹ a fait des expériences comparatives sur deux bassins obliques ovalaires (type de Nœgelé)

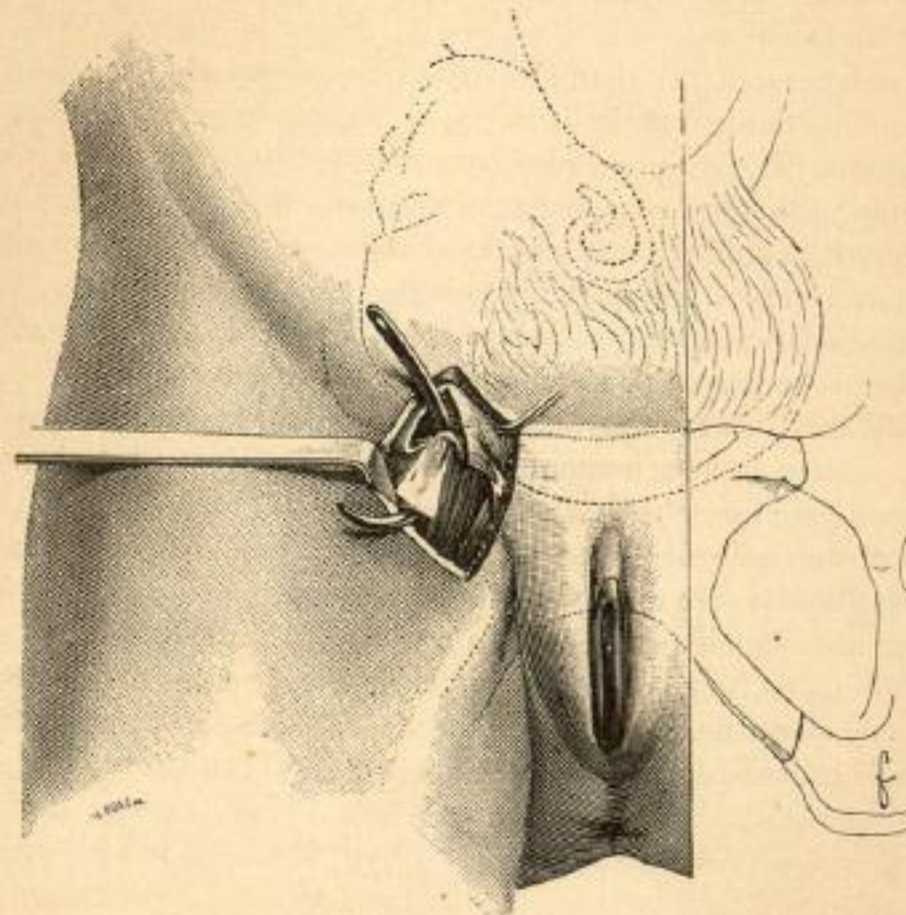


Fig. 543 (Farabeuf). — Pubiotomie : après dénudation de la branche horizontale, passage de l'aiguille qui entraîne la scie à chaîne de dessus en dessous : la pointe est dirigée en dehors pour ne pas manquer le trou sous-pubien ; en dedans, elle heurterait le pubis ; elle se dégage bien, grâce à l'écarteur. On devine qu'il peut être nécessaire de soulever la tête. Sur le côté gauche, réduit au squelette, les sections des os sont marquées d'un trait.

au point de vue de l'agrandissement donné par la symphyséotomie et l'ischio-pubiotomie; il est arrivé à des conclusions assez différentes de celles de Farabeuf et qui sont les suivantes :

« Au détroit supérieur, la symphyséotomie permet l'augmentation des grands diamètres obliques du bassin; elle ne détermine aucune augmentation des petits diamètres obliques.

« L'ischio-pubiotomie, pratiquée du côté ankylosé, permet, outre l'augmentation des grands diamètres obliques, l'agrandissement d'un des petits diamètres obliques; mais l'agrandissement ne permet pas à ce petit diamètre oblique d'atteindre les dimensions du grand diamètre oblique, même si l'on diminue le grand diamètre oblique de 1 centimètre ou 1 centi-

¹ *Annales de la Société obstétricale de France*, 1896, p. 57.

mètre 1/2, qui ne sont pas utilisables en arrière, au niveau de l'encoche formée par l'angle sacro-vertébral et la ligne innominée.

« Il n'y a donc aucun avantage à placer le diamètre occipito-frontal de la tête en rapport avec le petit diamètre oblique agrandi par l'ischio-pubiotomie, mieux vaut le mettre en rapport avec le grand diamètre oblique.

« Au détroit moyen et au détroit inférieur qui sont aussi très rétrécis dans le bassin de Nœgelé, l'ischio-pubiotomie n'offre aucun avantage sur la symphyséotomie, car la section osseuse passe en avant de l'épine sciatique et en avant de l'ischion.

« L'agrandissement des diamètres biscliatique et ischio-scliatique obtenu par l'ischio-pubiotomie est le même que l'agrandissement obtenu par la symphyséotomie; il n'est point plus considérable.

« En supposant donc que, dans certains cas de bassins de Nœgelé, on veuille obtenir l'agrandissement du bassin, comme l'ischio-pubiotomie n'offre aucun avantage sur la symphyséotomie, et comme, d'autre part, elle constitue une opération plus complexe, plus difficile et probablement encore plus dangereuse, nous ne pensons pas qu'on doive y avoir recours. »

Il est d'ailleurs des observations dans lesquelles la symphyséotomie, combinée ou non avec l'accouchement prématuré, a suffi pour extraire un fœtus vivant; à propos d'une observation de cette nature, rapportée par Guéniot à la Société obstétricale de France (avril 1895), Fochier déclare que la symphyséotomie dans les cas d'ankylose d'une articulation sous-iliaque d'un côté peut fournir un notable bénéfice. La question délicate est de savoir quels sont les bassins de Nœgelé assez peu viciés pour que ce bénéfice soit suffisant et pour qu'on ne soit pas obligé de recourir à l'ischio-pubiotomie pour extraire un enfant vivant et viable.

CHAPITRE V

EXTRACTION DU FŒTUS PAR LA VOIE ABDOMINALE

(HYSTÉROTOMIE ABDOMINALE OU OPÉRATION CÉSARIENNE)

Dans certaines circonstances, que nous précisons au chapitre des *indications*, il est impossible d'extraire le fœtus vivant par les voies naturelles ou même, dans des circonstances beaucoup plus rares, il est impossible d'extraire le fœtus mort, même après mutilation: on enlève alors le fœtus par la voie abdominale, après avoir incisé la *paroi abdominale* et l'*utérus*.

Cette opération, qui constitue une véritable hystérotomie abdominale, est généralement dénommée *opération césarienne*; quelques mots d'histoire sont utiles pour montrer comment cette opération s'est peu à peu perfectionnée et comment sont nés les divers procédés opératoires.

*Historique*¹. — L'opération césarienne a été pratiquée depuis fort longtemps sur la femme morte; chez les Romains, une loi de Numa Pompilius défendait d'enterrer une femme en état de grossesse sans avoir au préalable extrait l'enfant par une ouverture faite au bas-ventre. Plusieurs Césars n'auraient vécu que grâce à cette opération: c'est une des explications fournies pour expliquer la dénomination *césarienne*, à moins qu'il n'en faille tout simplement rechercher l'origine dans le verbe latin *cædere* (couper).

Cette opération sur la femme morte fut encore prescrite par la loi chrétienne, dans le but de baptiser le fœtus sur le point de succomber en même temps que la mère.

Ce n'est que vers le quatorzième ou quinzième siècle que l'opération césarienne fut pratiquée sur la femme vivante. D'après Sacombe, Henri VIII, roi d'Angleterre, aurait le premier fait extraire du ventre de Jeanne Seymour, vivante, Édouard VI, qui a vécu 16 ans et qui ne vit le jour qu'aux dépens de sa mère. D'après Jacquemier, ce serait en 1491 qu'aurait eu lieu la première opération césarienne. Ce qui est certain, c'est que vers 1500 un châtreur de porcs, Nuffer, de Sigershausen (Thurgovie), ouvrit le ventre de sa femme en travail depuis cinq ou six jours et put extraire l'enfant.

Le premier travail sérieux sur ce sujet est celui de Rousset (1581), qui préconise l'opération césarienne et cherche à montrer qu'elle n'est pas nécessairement mortelle; cependant cette opération est rejetée par la plupart des accoucheurs, Ambroise Paré, Guillemeau, Mauriceau, qui la considèrent comme presque fatale.

Une réaction s'opère pendant le dix-huitième siècle et l'opération se généralise un peu grâce aux efforts de: Auleau (1704), Simon (1761), Delamotte (1765), Levret (1770), Deleurye (1777), Lauverjat (1788); la plupart de ces auteurs discutent sur la direction à donner aux incisions et sur le mode de suture de la paroi abdominale: les uns suivent le conseil de Mauriceau, qui n'admettait l'opération que chez la femme morte; les autres préconisent des incisions transversales vers le fond de l'utérus (Lauverjat); quelques-uns, avec Levret, font une incision parallèle à la ligne médiane; aucun ne s'occupe de suturer l'utérus.

La création de la symphyséotomie à la fin du dix-huitième siècle remet en discussion l'opération césarienne que préconisent les adversaires de Sigault; les travaux de l'époque donnent une idée de la lutte si vive qui s'établit entre *césariens* ou *symphyséotomistes*. Baudelocque prend rang parmi les premiers et cherche à perfectionner l'opération césarienne en rejetant les incisions latérales pour adopter l'incision sur la ligne médiane; il pratique la suture enchevillée de la paroi abdominale.

Malgré ces perfectionnements, pendant plus des deux tiers du dix-neuvième siècle, l'opération césarienne donne des résultats si déplorables qu'elle

¹ Voir l'histoire dans le travail de E. Blanc sur l'opération césarienne (*Arch. de toxicologie*, 1800). Consulter également les mémoires de Potocki sur l'opération césarienne moderne (*Annales de gynécologie*, 1889, t. XXXII, p. 428), et de Berlin sur l'opération césarienne, méthodes et procédés d'exécution, Paris 1889.