

Le même chiffre pour la mortalité maternelle convient vraisemblablement à l'avortement provoqué.

Avec l'accouchement prématuré, les chances de vie pour l'enfant sont d'autant plus grandes que l'expulsion se rapproche davantage du terme.

L'expulsion provoquée est donc une opération bénigne pour la mère, d'autant plus que si toutes les règles de l'antisepsie sont rigoureusement observées il est vraisemblable que la mortalité doit être inférieure à 5 p. 100.

D'après une statistique publiée par TARNIER (Société obstétricale de France, 1891), les résultats seraient :

Mortalité maternelle, 2 p. 100.

Mortalité fœtale, 22 p. 100.

Nous adoptons volontiers les chiffres de cette dernière statistique, peu différente de celle de WYDER sous le rapport des mères, mais bien meilleure quant aux enfants, et qui est due sans doute aux récents progrès accomplis surtout à Paris dans l'hygiène des nouveau-nés, et notamment à l'emploi des couveuses.

IX PELVITOMIE

SYMPHYSEOTOMIE. — PUBIOTOMIE. — ISCHIO-PUBIOTOMIE

SOMMAIRE

A. Définition. — Historique. — Variétés.

Sigault.
Aitken.
Galbiati.
Pitois.
Farabeuf.

B. Quand la pelvitomie doit-elle être faite ?

I. Symphyséotomie.
Indications.
Contre-indications.
Conditions requises.

II. Ischio-pubiotomie unilatérale.

C. Comment la pelvitomie doit-elle être faite ?

I. Symphyséotomie.
II. Ischio-pubiotomie unilatérale.

D. — Pronostic. — Appréciation.

A. — DÉFINITION, HISTORIQUE, VARIÉTÉS

Le pelvis forme une véritable ceinture osseuse, constituée par les deux os iliaques venant s'unir en arrière au sacrum, et joints en avant par la symphyse pubienne; or en ouvrant cette symphyse ou en sectionnant l'arc osseux dans sa partie antérieure, il est possible de produire un certain écartement des os iliaques, et d'agrandir ainsi la voie pelvienne; l'intervention qui vise à ce résultat n'est autre que la *pelvitomie*.

La *symphyséotomie*, la *pubiotomie*, l'*ischio-pubiotomie* constituent les divers procédés de pelvitomie; l'historique va nous expliquer ce qu'on doit entendre par ces diverses opérations.

1777. — En 1768, *Sigault* (de Dijon) propose d'ouvrir la symphyse pubienne,

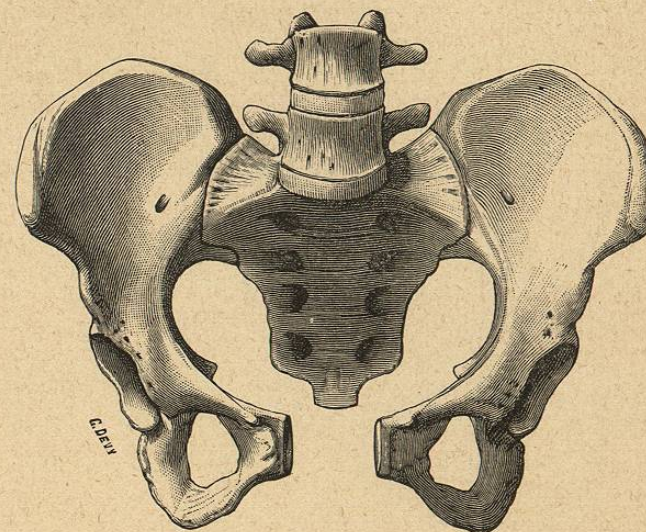


Fig. 518. — Opération de Sigault.

et il exécute son opération pour la première fois en 1777 sur la femme Souchot, mariée à un soldat du guet.

Cette femme, âgée de trente-neuf ans, en était à son cinquième accouche-

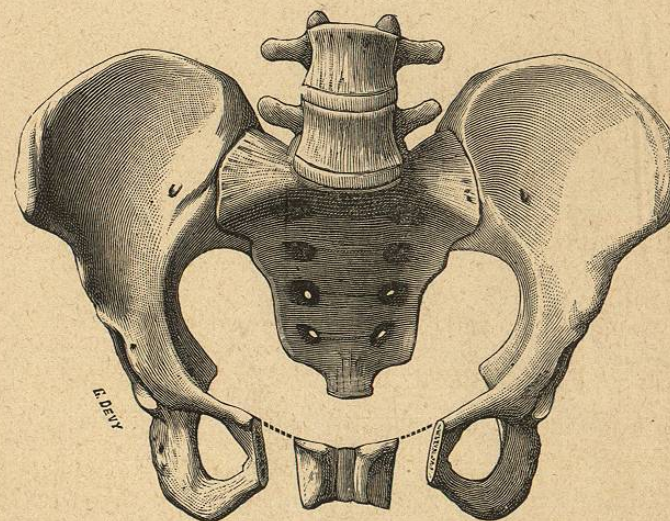


Fig. 519. — Opération d'Aitken.

ment; ses quatre premiers enfants étaient nés morts. Elle avait un bassin de 7 centimètres. Sigault put extraire un enfant vivant; la femme guérit.

Sigault pratiqua quatre autres fois cette opération. Sur les quatre femmes une succomba et tous les enfants moururent.

1785. — AITKEN (fig. 519) substitue à la symphyséotomie une double pelvi-

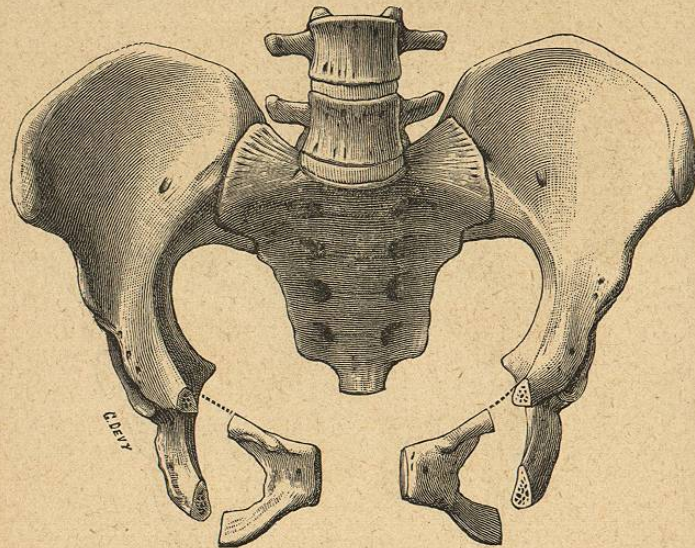


Fig. 520. — Opération de Galbiati.

tomie, ou pelvitomie à panneau, ou double ischio-pubiotomie, faite à l'aide d'une scie à main.

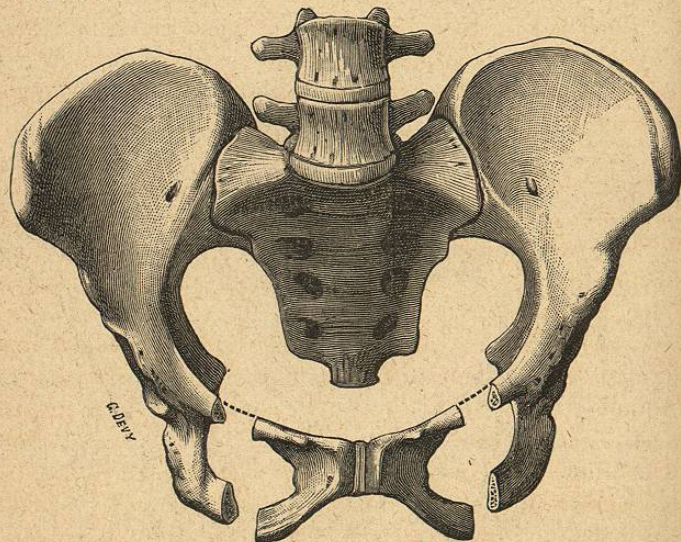


Fig. 521. — Opération de Pitois.

1819. — GALBIATI (fig. 520) complète l'opération d'Aitken, c'est-à-dire la double ischio-pubiotomie, par la symphyséotomie et fait ainsi une triple pelvitomie.

1831. — PITOIS (fig. 521) propose la double pubiotomie ou bipubiotomie, dont la figure 521 explique le détail.

1892. — FARABEUF (fig. 522), s'inspirant de l'opération d'Aitken, décrit l'ischio-pubiotomie unilatérale, qu'il applique spécialement au bassin oblique ova-

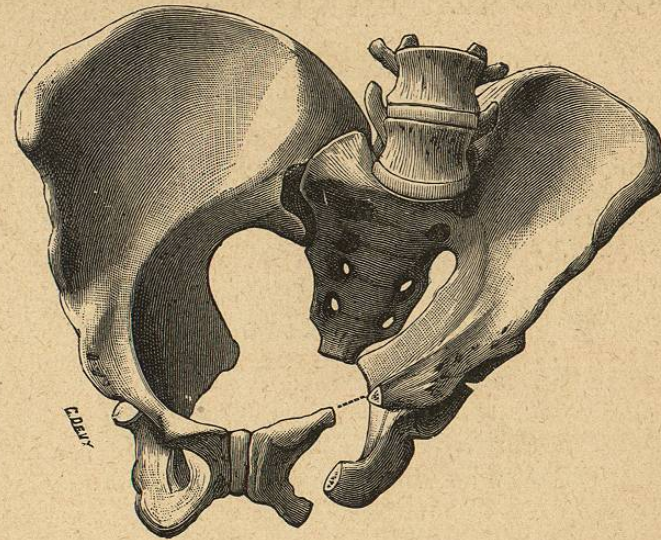


Fig. 522. — Opération de Farabeuf.

laire de Nægelé, c'est-à-dire avec ankylose d'une des symphyses sacro-iliaques. D'après cet auteur, la section osseuse doit porter sur le côté de l'ankylose.

L'originalité de l'opération de Farabeuf a été contestée; il est vrai qu'elle dérive de celle d'Aitken, mais en diffère en ce que la pelvitomie est unilatérale, et en ce qu'elle s'applique spécialement au bassin de Nægelé; il me semble juste, si on tient à la désigner d'un nom patronymique, de l'appeler opération d'AITKEN-FARABEUF.

De ces diverses variétés de pelvitomies, à savoir : *symphyséotomie*, *ischio-pubiotomie* uni ou bilatérale, *pubiotomie*, c'est la première ou plus ancienne, c'est-à-dire la *symphyséotomie* ou *opération de Sigault*, la plus simple et la plus inoffensive, qui a été à peu près seule adoptée parmi les diverses sortes de pelvitomies.

Mais après l'engouement dont cette opération fut l'objet à sa naissance, elle ne tarda pas, fortement attaquée par les césariens et surtout par BAUDELOQUE, à tomber en désuétude et à être abandonnée un peu partout, sauf à Naples où les accoucheurs de cette ville, GALBIATI, JACOLUCCI, NOVI et MORISANI, ont continué à lui rester fidèles, la défendant, mais sans succès, au milieu de l'indifférence générale des accoucheurs.

Tout récemment, en 1891, grâce au chaud plaidoyer que SPINELLI, assistant de MORISANI, est venu faire à Paris de cette opération, les accoucheurs français se sont décidés à revenir à cette intervention qui très rapidement

s'est imposée par les succès qu'elle a donnés et qui, à l'heure actuelle, après une courte période de renaissance, est redevenue classique.

B. — QUAND LA PELVITOMIE DOIT-ELLE ÊTRE FAITE?

Des diverses variétés de pelvitomie qui ont été proposées, il n'en est que deux qui doivent nous arrêter :

La symphyséotomie ;
L'ischio-pubiotomie unilatérale.

La première étant l'opération habituelle, la seconde n'étant qu'une intervention d'exception.

I. — SYMPHYSÉOTOMIE

Alors qu'on ouvre la symphyse pubienne et qu'on écarte les deux pubis l'un de l'autre, écartement qui peut aller sans inconvénient jusqu'à 6 centimètres, pour chaque écartement de 1 centimètre on obtient une augmentation de $1/4$ de centimètre dans le diamètre antéro-postérieur.

De telle sorte qu'avec 6 centimètres d'écartement on gagne au niveau du diamètre utile antéro-postérieur $1\ 1/2$ centimètre environ.

D'autre part, la tête fœtale n'étant pas absolument sphérique, mais présentant des inégalités, des bosses, si une de ces bosses, notamment la pariétale, qui se trouve le plus souvent à ce niveau, correspond à la brèche créée par l'écartement des pubis, c'est un peu plus de $1\ 1/2$ centimètre qu'on gagnera, soit environ 2 centimètres.

Plus le rétrécissement antéro-postérieur est prononcé, plus par un écartement égal l'augmentation du diamètre antéro-postérieur sera notable; par exemple, si avec un bassin de 9 centimètres on gagne $1/4$ de centimètre par centimètre d'écartement, avec un bassin de 7 centimètres, on gagnera $1/3$ de centimètre environ.

L'augmentation pour le diamètre transverse est plus marquée que pour les antéro-postérieurs.

Tout ce qui vient d'être dit ne s'applique qu'aux cas où les deux articulations sacro-iliaques sont normales et permettent l'écartement des os iliaques par un mouvement de charnière à leur niveau.

En cas d'ankylose les conditions sont différentes, ainsi que nous le verrons à propos de l'ischio-pubiotomie unilatérale.

Des données qui précèdent il résulte donc que, grâce à la symphyséotomie et un écartement des pubis ne dépassant pas 6 centimètres (car aller plus loin est dangereux pour les articulations sacro-iliaques), on peut obtenir un agrandissement du diamètre antéro-postérieur du bassin de 2 centimètres environ.

Cela étant posé, voyons quelles sont les indications de la symphyséotomie.

Ces indications sont au nombre de quatre :

- 1° Les pelviviciations;
- 2° L'excès du volume fœtal;
- 3° Les tumeurs prævia;
- 4° L'enclavement de la tête fœtale.

1° **Pelviviciations.** — Une viciation pelvienne qui mesure 9 à 11 centimètres permet en général un accouchement spontané à terme; s'il y a des difficultés, la version ou le forceps en viennent ordinairement à bout. Si l'accouchement est impossible, on se comportera comme dans la catégorie suivante, c'est-à-dire de 9 à 7 centimètres.

Quand le bassin vicié mesure de 7 à 9 centimètres, sauf rare exception, l'accouchement spontané est impossible; il ne faut pas compter sur lui, et le choix s'offre entre :

L'accouchement provoqué;
La symphyséotomie;
L'embryotomie;
L'opération césarienne.

Avant d'établir notre choix, il est indispensable de connaître et pour la mère et pour l'enfant les dangers relatifs de ces opérations.

D'après une statistique récente de Tarnier, l'accouchement provoqué donne comme résultat :

Mortalité maternelle	2 p. 100
Mortalité fœtale	22 —

En faisant le relevé des symphyséotomies pratiquées en France pendant 1892, GORCHAUX¹ a trouvé pour 33 opérations :

Mortalité maternelle	18 p. 100
Mortalité fœtale	39 —

L'embryotomie sacrifiant toujours l'enfant donne, ainsi que nous le verrons plus loin :

Mortalité maternelle	6 p. 100
--------------------------------	----------

Enfin l'opération césarienne donne, ainsi que nous le verrons à l'étude de cette opération :

Mortalité maternelle	25 p. 100
Mortalité infantile	8 —

On ne saurait par conséquent hésiter à accorder la préférence à l'accouchement provoqué, toutes les fois que la femme se présente assez tôt pour que cette intervention puisse être pratiquée.

Mais si on est appelé seulement au terme de la grossesse ou pendant le travail, on n'a plus le choix qu'entre :

La symphyséotomie;
L'opération césarienne;
L'embryotomie.

Éliminons de suite l'opération césarienne qui donne la mortalité maternelle la plus forte, et nous restons en présence de la symphyséotomie et de l'embryotomie.

L'indication variera suivant que l'enfant est *vivant et viable* ou *mort*.

Quant l'enfant est *mort*, il ne saurait y avoir aucune hésitation: il faut pratiquer l'embryotomie.

Mais si l'enfant est *vivant et viable*, il faut avoir recours à la symphyséotomie. — Or l'enfant sera déclaré vivant quand on entend nettement les bruits du cœur fœtal; toutefois, dans certains cas, les bruits du cœur peuvent être bons, et cependant l'enfant n'être pas viable; nous connaissons, en effet, des exemples de nouveau-nés qu'on insuffle, dont les battements cardiaques sont normaux tant qu'on pratique la respiration artificielle, et chez lesquels on ne peut cependant arriver à rétablir complètement la vie, qui cesse avec la respiration artificielle. — Il en est de même pour certains fœtus qui ont les battements normaux à l'auscultation et qui, après leur naissance, ne peuvent vivre, de même que les insufflés de tout à l'heure. — Ces états de vie incomplets s'observent surtout avec la syphilis, l'éclampsie. — Malheureusement, en pareil cas, nous pouvons soupçonner la non-viabilité du fœtus, mais non la prouver, et toutes les fois que nous entendons nettement les battements cardiaques, nous devons admettre la viabilité fœtale, tout en faisant des réserves et en nous comportant en conséquence au mieux des intérêts de la mère, alors qu'un des états susdits existe.

Quand le rétrécissement pelvien est inférieur à 7 centimètres, par exemple, entre 7 et 5, il ne saurait être question de symphyséotomie à terme, et on ne peut songer qu'à l'opération césarienne ou à l'embryotomie. Mais quand une femme atteinte d'un bassin de 6 ou de 6 cent. 1/2, vient consulter pendant sa grossesse, il y a lieu de songer à combiner l'accouchement provoqué et la symphyséotomie. Avec un bassin de 6 centimètres, on obtient par la symphyséotomie un bassin de 8 centimètres, et en faisant l'accouchement provoqué à huit mois, on pourra, à travers le bassin symphyséotomisé, extraire un enfant vivant et viable puisqu'il aura huit mois.

Au-dessous de 5 centimètres, il ne saurait, en aucun cas de pelviciation, être question de symphyséotomie; on ne peut choisir qu'entre l'embryotomie et l'opération césarienne, et c'est en pareil cas à cette dernière qu'on donne en général la préférence.

2° Excès de volume fœtal. — L'excès de volume du fœtus se rapproche des pelviciations, car qu'il y ait rétrécissement du bassin ou excès de volume du fœtus, c'est toujours la disproportion entre l'enfant et le pelvis qui constitue l'obstacle et la difficulté.

Or, toutes les fois qu'avec un enfant vivant il ne semblera pas y avoir une disproportion de plus de 2 centimètres entre le diamètre bipariétal de l'enfant, et le diamètre promonto-pubien minimum de la mère, il y aura lieu de pratiquer la symphyséotomie.

Je sais que dans ces cas, où la partie fœtale, c'est-à-dire en général la tête, est arrêtée au détroit supérieur, l'évolution qui précède est difficile à établir;

cependant on le pourra le plus souvent avec une exactitude suffisante, grâce au palper mensurateur, c'est-à-dire en adaptant à travers la paroi utéro-abdominale la partie fœtale à l'aire du détroit supérieur, et en évaluant de combien elle déborde en avant la symphyse pubienne.

Cliniquement, qu'il s'agisse d'excès du volume fœtal, ou de viciation pelvienne ou des deux combinés ainsi qu'il arrive souvent, le fœtus se présente d'habitude dans les conditions suivantes: tête fœtale transversalement placée au détroit supérieur, au niveau duquel elle se trouve plus ou moins mobile, et dans lequel elle ne s'engage pas malgré les progrès de la dilatation. A la dilatation complète, la situation est la même: *tête transversale et mobile du détroit supérieur.*

Que faire en pareil cas?

- 1° Attendre;
- 2° Appliquer le forceps;
- 3° Pratiquer la version;
- 4° Recourir à la symphyséotomie.

Le choix en pareil cas dépend beaucoup du tempérament de l'accoucheur. Pour ma part je fais en pareil cas une application de forceps de l'occiput à la face, c'est à mon avis de beaucoup le meilleur à tous égards. — J'opère des tractions pendant un quart d'heure environ, et si au bout de ce temps je juge que les tractions sont restées infructueuses, je procède séance tenante à la symphyséotomie.

Tenter la version en pareil cas, c'est s'exposer, si le bassin est trop étroit, à la mort de l'enfant, et cette opération est loin d'être toujours inoffensive pour la mère.

3° Tumeurs prævia. — Les tumeurs prævia, c'est-à-dire placées sur le trajet que doit parcourir le fœtus pour arriver au dehors, sont celles qui dépendent de la face interne du squelette pelvien; tels certains fibromes de l'utérus, ceux, par exemple, qui occupent le cul-de-sac de Douglas et qui ne peuvent au moment de l'accouchement remonter dans la cavité abdominale en franchissant le détroit supérieur.

Il serait difficile de tracer en pareil cas les indications précises de la symphyséotomie.

Alors que par le fait d'une de ces tumeurs l'accouchement est rendu impossible, le choix existe entre:

- La symphyséotomie;
- L'embryotomie;
- L'opération césarienne.

Si l'enfant est mort, on se décidera sans hésitation à l'embryotomie; s'il est vivant ou viable, on choisira entre la symphyséotomie et l'opération césarienne, donnant la préférence à la symphyséotomie si l'obstacle est léger et semble devoir être facilement levé par la section de la symphyse, et à l'opération césarienne dans le cas contraire.

4° Enclavement de la tête fœtale. — Cet enclavement existe avec certaines présentations du front; mais on l'observe surtout avec la présentation de la face, alors que le menton, tourné en arrière, la rotation n'a pu se faire en avant. Si l'enfant est encore vivant, on pratiquera la symphyséotomie pour pouvoir accomplir la rotation et l'extraction; s'il est mort, il sera préférable de recourir à l'embryotomie.

CONTRE-INDICATIONS

Les contre-indications à l'exécution de la symphyséotomie sont :

La *mort du fœtus*, ou sa non-viabilité. Toutes les fois, en effet, qu'on n'a pas l'espoir de sauver l'enfant, il est préférable de recourir à l'embryotomie.

La *disproportion très considérable entre les dimensions pelviennes et celles du fœtus*; nous savons, en effet, que la symphyséotomie ne nous fait gagner que 2 centimètres dans le diamètre antéro-postérieur; toutes les fois qu'on jugera la disproportion supérieure à ce chiffre, ce n'est plus à la symphyséotomie qu'il faudra recourir, mais à l'embryotomie ou à l'opération césarienne.

L'*ankylose des articulations sacro-iliaques*; si, en effet, ces articulations sont ankylosées, comme, par exemple, dans le bassin de ROBERT, la symphyséotomie est inutile, car même après la section de l'articulation les pubis ne peuvent s'écarter. Si l'ankylose est unilatérale, c'est-à-dire s'il y a bassin oblique ovalaire de NŒGELÉ, la symphyséotomie ne donne plus qu'une augmentation insignifiante des diamètres antéro-postérieurs; aussi est-il inutile de la tenter en pareil cas, et si on veut recourir à la pelvitomie, ce n'est plus à la symphyséotomie qu'il faudra s'adresser, mais à l'ischio-pubiotomie unilatérale dont il sera ultérieurement question.

CONDITIONS REQUISES

Les conditions requises pour l'exécution de la symphyséotomie sont :

1° La *dilatation complète du col*, car, l'accouchement devant être terminé artificiellement aussitôt l'articulation ouverte, il est indispensable pour cette intervention que le col soit complètement dilaté ou dilatable.

2° La certitude que l'obstacle à la sortie du fœtus est bien dû à une disproportion entre la partie fœtale et la filière pelvienne ou à l'enclavement de la tête, et qu'il ne s'agit pas d'un obstacle constitué par les parties molles de la mère (en dehors des tumeurs) ou par une situation vicieuse du fœtus, car ces derniers obstacles peuvent être levés sans qu'on ait recours à la symphyséotomie.

II. — ISCHIO-PUBIOTOMIE UNILATÉRALE

Cette opération que nous avons désignée sous le nom d'AITKEN-FARABEUF, consiste dans la section de la branche pubienne et de la branche ischiatique, à une certaine distance de la symphyse pubienne.

Elle s'applique exclusivement au bassin oblique ovalaire de Nœgelé, c'est-à-dire avec ankylose d'une des articulations sacro-iliaques. La section ischio-pubienne doit être pratiquée du côté ankylosé.

C. — COMMENT LA PELVITOMIE DOIT-ELLE ÊTRE FAITE?

Comme dans le chapitre précédent nous avons à étudier successivement la symphyséotomie et l'ischio-pubiotomie unilatérale.

I. — SYMPHYSÉOTOMIE

Pour pratiquer la symphyséotomie il faudra préparer :

- Un bistouri ordinaire;
- Un bistouri boutonné;
- Des pinces à forcipressure;
- Des éponges antiseptiques;
- De la gaze iodoformée;
- Le matériel à suture, soie ou crin de Florence;
- Un forceps;
- Ce qui est nécessaire pour ranimer l'enfant.

Pour le manuel opératoire, celui indiqué par M. PINARD me semble le meilleur, et je le cite textuellement :

« Toutes les précautions antiseptiques prises, tous les instruments chirurgicaux et obstétricaux préparés, la femme doit être placée dans le décubitus

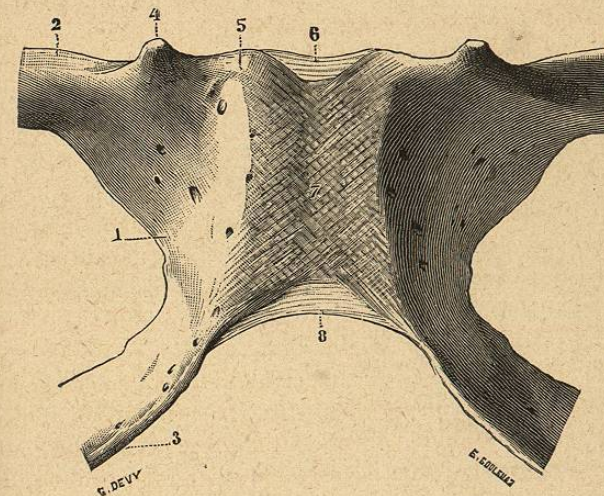


Fig. 323. — Symphyse pubienne vue par sa face antérieure.

1, corps du pubis. — 2, branche horizontale. — 3, branche descendante. — 4, épine. — 5, angle du pubis. — 6, ligament sus-pubien. — 7, ligament antérieur ou croisé. — 8, ligament triangulaire ou sous-pubien.

dorsal parfait, au bord d'un lit résistant et de hauteur modérée, afin de pouvoir dominer du regard, tombant à pic, la ligne médiane qu'il s'agit d'inciser.