

« Si sur le cadavre on peut se placer à droite pour pratiquer la symphyséotomie, sur le vivant, il vaut mieux, en raison du développement du ventre, se placer entre les jambes.

« C'est ainsi que j'ai toujours procédé sur le vivant. Inciser sur la *ligne médiane*, exactement sur cette ligne, les téguments et la graisse prépu-

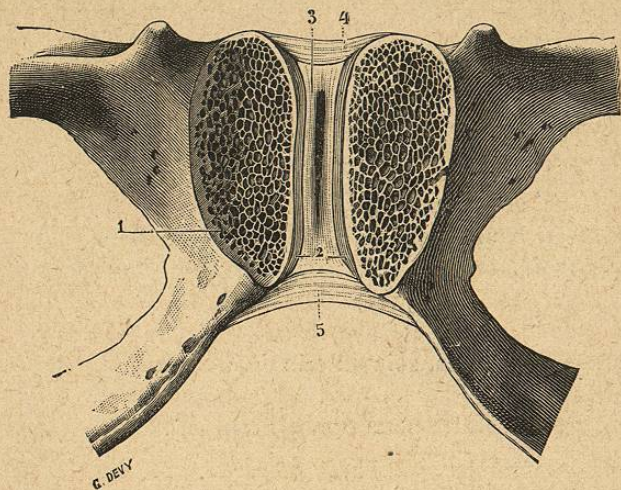


Fig. 524. — Coupe transversale pratiquée sur le corps du pubis.

1, coupe du corps du pubis. — 2, cartilage hyaloïde d'encroûtement. — 3, fibro-cartilage interosseux, avec sa cavité centrale. — 4, ligament sus-pubien. — 5, ligament triangulaire.

bienne dans une étendue de 8 centimètres environ. L'incision<sup>1</sup> s'arrêtant au-dessus du clitoris, séparer les muscles droits dans la partie supérieure de la plaie et immédiatement au-dessus de la symphyse, pour permettre au

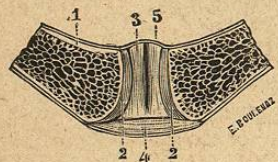


Fig. 525. — Coupe horizontale pratiquée au 1/4 supérieur de la symphyse pubienne.

1, pubis. — 2, cartilage hyaloïde d'encroûtement. — 3, fibro-cartilage interosseux avec sa cavité. — 4, ligament antérieur ou croisé. — 5, ligament postérieur se continuant avec le périoste de l'os.

doigt, l'index, de pénétrer dans la cavité prévésicale, et de protéger la vessie. Ce doigt joue, pour moi, un rôle capital : il protège, il renseigne. Il protège la vessie par sa face dorsale, il sent souvent le bourrelet de la symphyse (mais pas toujours, car ce dernier est quelquefois si peu accusé que sa saillie n'est pas appréciable) et alors rend facile la section. Dès que le bistouri a pénétré dans la symphyse, c'est ce doigt, sur lequel vient buter l'extrémité boutonnée de l'instrument, qui rend compte des progrès de la section jusqu'aux dernières fibres du ligament sous-pubien. Le doigt étant ainsi dans la cavité prévésicale, inciser la symphyse de haut en bas et d'avant en arrière par plusieurs traits de bistouri, en laissant ce dernier pénétrer là où il trouve moins de

<sup>1</sup> Pour ma part je ne fais qu'une petite incision à la partie supérieure de la symphyse, me donnant juste la place suffisante pour insinuer l'index puis le bistouri en arrière de la symphyse pubienne, et avec un bistouri boutonné court et courbe, j'ouvre la symphyse d'arrière en avant, et de haut en bas.

résistance. Dès qu'on a pénétré dans la symphyse, il faut laisser le bistouri nous guider pour ainsi dire, et ne pas vouloir lui faire suivre la ligne droite d'une façon immuable.

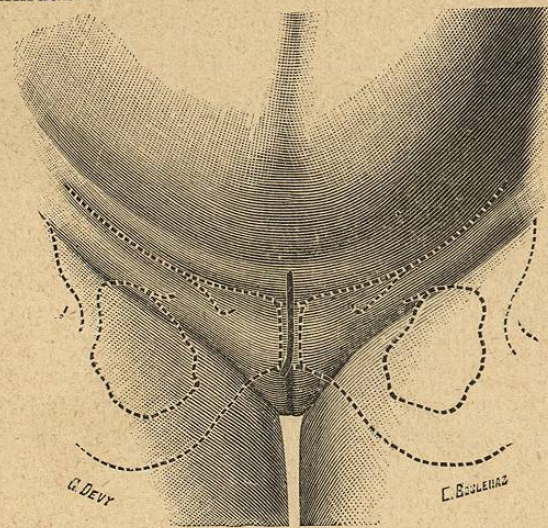


Fig. 326. — Tracé de l'incision cutanée pour la symphyséotomie.

« Ne pas s'arrêter après la section de la symphyse, mais *sectionner complètement le ligament sous-pubien*, Pour cette section, prendre la précaution

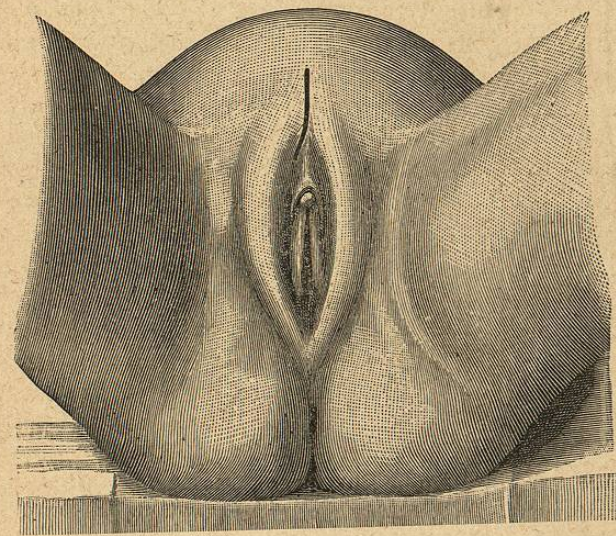


Fig. 327. — Symphyséotomie. Incision cutanée.

de faire introduire une sonde dans l'urètre, afin de récliner ce dernier en bas vers le côté; puis attaquer avec précaution le ligament par petits coups, en coupant pour ainsi dire fibre par fibre. Le doigt renseigne sur les progrès accomplis, et, règle générale, au moment où le doigt apprend qu'il ne reste

que quelques fibres, qu'une petite corde résistante, cette corde se rompt, et l'écartement spontané, qui n'était que de quelques millimètres, augmente subitement et atteint 2 à 3 centimètres.

« Une prudente abduction des cuisses montre alors qu'un écartement plus considérable peut être facilement obtenu. *Je ne saurais trop répéter qu'a-*

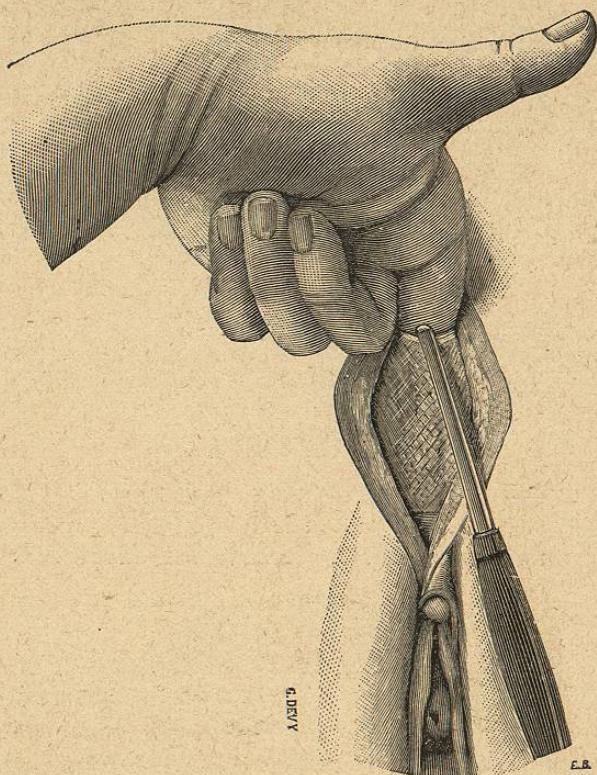


Fig. 528. — Symphyséotomie. Ouverture de l'articulation.

*vant toute tentative obstétricale il faut s'assurer que la section est complète, qu'il ne reste rien dont le fœtus ait à triompher par la violence et au péril de sa vie, c'est-à-dire qu'il faut que les pubis soient écartés de 4 centimètres au moins.* »

Alors que la symphyséotomie est achevée et qu'on a obtenu, grâce à l'abduction des cuisses, un écartement qui oscille entre 4 et 6 centimètres, *moins* est en général insuffisant, et *plus* expose soit à des désordres au niveau des articulations sacro-iliaques, soit à des déchirures du côté de l'urètre ou du vagin, on applique le forceps d'après les principes ordinaires, c'est-à-dire du front à l'occiput, ou d'une bosse pariétale d'un côté à la bosse frontale du côté opposé. Pour ma part je préfère l'application de l'occiput au front. On pratique l'extraction comme s'il n'y avait pas symphyséotomie.

L'extraction terminée, on procède à la délivrance par expression, ou artificielle si le placenta tardait à venir, car il vaut mieux terminer la délivrance

avant de refermer la plaie pubienne. On pratique l'antisepsie génitale

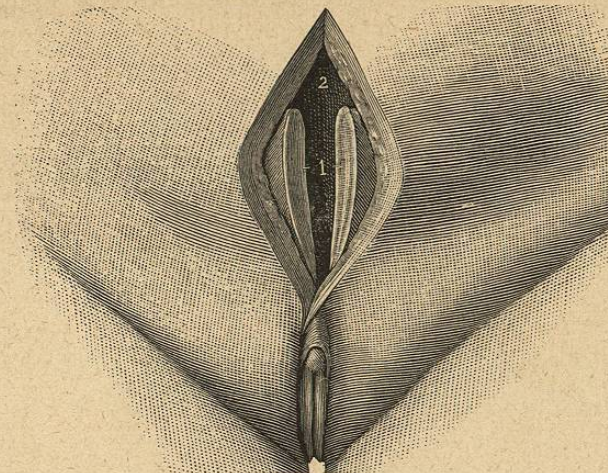


Fig. 529. — Symphyséotomie. Articulation ouverte.  
1, surface de section de l'articulation. — 2, cavité de Retzius.

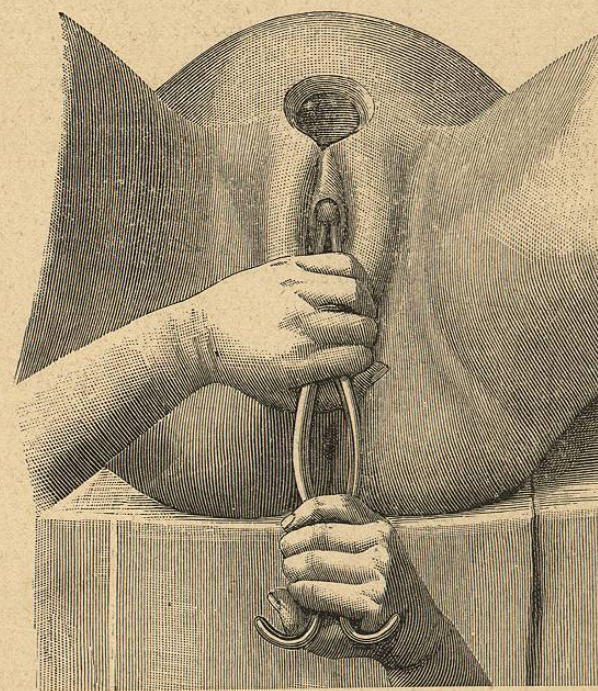


Fig. 530. — Symphyséotomie. Articulation ouverte. Extraction de l'enfant au forceps.

suivant l'habitude, en ayant recours à un tamponnement utéro-vaginal s'il y a hémorragie.

Après quoi on nettoie la plaie à l'aide d'une solution antiseptique, solution

phéniquée à 1/200; on fait rapprocher les os iliaques par un aide, et on suture la peau à la soie ou au crin de Florence avec des fils transversalement placés.

On applique ensuite un bandage de corps autour du bassin bandage solidement fixé. Ce bandage suffit et dispense d'une part des sutures osseuses,



Fig. 531. — Symphyséotomie. Pansement consécutif à l'opération; accouchement et délivrance terminés, ainsi que les sutures de la plaie opératoire.

d'autre part des appareils plus ou moins compliqués que les amateurs d'instrumentation n'ont pas manqué d'inventer pour la circonstance.

Par-dessus ce bandage de corps, pour compléter le soutien insuffisant qu'il fournit au squelette pelvien, je place, au-dessus de lui, une ceinture en toile, large de 5 centimètres environ, et qu'à l'aide d'une boucle je serre au degré voulu. — Cette ceinture-soutien, d'application facile, nullement gênante pour la malade, donne une grande fixité au squelette pelvien, et favorise par conséquent les heureuses suites de l'opération. — (Cette ceinture n'est pas représentée dans la figure 531.)

J'ai également omis les instruments spéciaux dont on a essayé d'encombrer cette opération, belle par sa simplicité, et qui doit rester la simplicité même.

Les fils seront enlevés du huitième au dixième jour.

Le bandage sera laissé jusqu'au lever qui aura lieu vers le vingt et unième jour; il sera bon que ce bandage soit conservé pendant les premiers jours de marche.

**Difficultés et complications.** — Les accidents qui peuvent survenir pendant l'opération sont l'hémorragie, les déchirures du vagin, de l'urètre, de l'utérus, de la vessie, parfois suivies de gangrène des tissus, le défaut de consolidation au niveau de la symphyse pubienne, l'entorse des articulations sacro-iliaques.

Aux hémorragies, on remédiera par la compression avec des éponges ou la gaze iodoformée, par le pincement ou par la ligature des vaisseaux hémorragipares.

On réparera la déchirure du vagin, de l'urètre et de la vessie par des sutures appropriées.

Les ruptures de l'utérus ne dépendent pas de la symphyséotomie, mais sont de simples coïncidences qu'on traitera par les moyens habituels.

Au défaut de consolidation de la symphyse pubienne qui est rare, si on a maintenu la femme à un repos suffisant avec bandage bien appliqué, on remédiera par une ceinture de MARTIN, destinée à doubler le squelette pelvien.

Enfin, l'entorse des articulations sacro-iliaques se remettra spontanément grâce à un repos suffisamment prolongé.

Comme difficulté, on a mentionné l'ossification de la symphyse; dans les cas rares où elle pourra se présenter, on lèvera cette difficulté en remplaçant le bistouri par une scie à chaîne, avec laquelle on pratiquera la section osseuse.

Les suites de la symphyséotomie, quand elle a été faite bien aseptiquement, sont d'habitude très simples. — Toutefois, quand il y a infection de la plaie, la suppuration survient, il y a désunion des bords de l'incision cutanée, et la suppuration qui provient de toute la surface, mise à vif par le traumatisme opératoire, suppure. — Cette infection ne met pas en péril la vie de la malade, mais allonge considérablement sa convalescence.

Comme autre complication à la suite de la symphyséotomie, je signalerai<sup>1</sup>, comme à la suite de certaines lésions d'origine cérébrale ou spinale ou des opérations portant sur les organes du petit bassin (hystérectomie vaginale, résection sacro-coccygienne), la formation des eschares à évolution rapide. Cette complication se rencontre assez rarement. Elle se développe toujours dans les premiers jours qui suivent l'opération et se trouve en général constituée en moins de 10 à 12 jours.

Le pronostic est généralement bénin; cependant il peut être grave.

## II. — ISCHIO-PUBIOTOMIE UNILATÉRALE

L'opération consiste, ainsi que l'indique la figure 522, à sectionner la ceinture pelvienne au niveau du trou obturateur à 5 centimètres de la symphyse pubienne.

Je ne décrirai pas ici le manuel opératoire de cette opération dont l'indication ne se présentera que d'une façon très exceptionnelle, en admettant même qu'elle soit adoptée par les accoucheurs, ce que l'avenir seul nous dira.

## D. — PRONOSTIC ET APPRÉCIATION

La symphyséotomie qui, pendant longtemps, a été bannie de la pratique obstétricale, est, grâce à la méthode antiseptique que nous possédons actuellement, une excellente opération dont les statistiques qui précèdent ont prouvé l'innocuité relative; elle occupe une large place dans la thérapé-

<sup>1</sup> Michel. *Thèse Paris*, 1897.

tique obstétricale et son domaine ne peut que grandir à mesure que l'habileté opératoire des accoucheurs deviendra plus grande, augmentant par là même la hardiesse des interventions.

Trop longtemps l'obstétrique, sous une impulsion fâcheuse, est restée éloignée de la chirurgie, plus ou moins cantonnée comme opération dans le forceps, la version et l'embryotomie. Grâce à la symphyséotomie et à l'opération césarienne, l'obstétrique devient chirurgicale; notre souhait le plus vif est qu'elle se dirige de plus en plus dans cette voie, où elle ne pourra que rapidement progresser.

## X

## ACCOUCHEMENT FORCÉ

## SOMMAIRE

- a. Définition, historique.
- b. Indications et contre-indications.
- c. Opération.

On entend par *accouchement forcé* l'extraction manuelle ou instrumentale du fœtus avant que l'ouverture du col ne soit suffisante pour son passage.

L'accouchement forcé a été préconisé :

*Pendant la vie de la femme*, par GUILLEMEAU (1598);

*Pendant l'agonie*, par COSTA (1827) et PELLEGRINI (1844);

*Après la mort de la femme*, par DUPARCQUE (1823) et RIZZOLI (1833).

*Pendant la vie de la femme*. — L'accouchement forcé est abandonné par la généralité des accoucheurs actuels, à cause des déchirures et ruptures, dont il est fréquemment l'origine au niveau du segment cervico-utérin; cependant on pourra y avoir recours dans certains cas exceptionnels d'éclampsie grave par exemple, de placenta prævia avec hémorragie incoercible, de mort imminente du fœtus, alors que la dilatation, sans être complète, est déjà avancée; en un mot, l'accouchement forcé doit rester une opération d'exception pendant la vie de la femme.

*Pendant l'agonie*, les indications sont les mêmes qu'après la mort de la femme; toutefois, à moins qu'il n'y ait urgence absolue, il est préférable de ne pas troubler les derniers moments de la mourante par une intervention qui peut être aussi bien pratiquée après la cessation de la vie.

*Après la mort de la femme*, l'accouchement forcé permettra parfois, comme l'opération césarienne, de sauver un enfant enfoncé encore vivant dans l'intérieur de la cavité utérine. — A moins qu'il n'y ait disproportion entre le fœtus et le canal génital, il faut, en pareil cas, donner la préférence à l'accouchement forcé; cette intervention se fait avec plus de facilité et

moins d'appareil que l'opération césarienne; en cas de mort apparente, elle permet à la femme de revenir à elle sans difficulté, et évite au médecin toute accusation ou tout propos malveillant qu'on pourrait diriger contre lui.

L'accouchement forcé, avons-nous dit, peut être *instrumental* ou *manuel*.

*Instrumental* : il faut que l'ouverture du col soit suffisante pour permettre l'introduction soit du forceps, quand on veut extraire le fœtus vivant, soit de l'embryotome, quand on se décide à la mutilation de l'enfant. — Les tractions, exercées sur la partie fœtale, amènent l'ouverture du col jusqu'au degré nécessaire pour l'accouchement.

*Manuel* : avec ce procédé, l'accouchement forcé peut être pratiqué à une période quelconque de la dilatation, voire même avant le début du travail, la main étant chargée d'ouvrir le col. — On procède de la façon suivante : la femme étant placée en position obstétricale, la main droite ayant été préalablement introduite dans le vagin, on insinue dans le col successivement un, deux, trois, quatre doigts, jusqu'à ce que toute la main pénètre dans l'utérus; cette opération, après la mort, se pratique avec une facilité surprenante; on va saisir un pied du fœtus, et on accomplit l'extraction par le siège, après version interne, si elle est nécessitée par la présentation. — Pendant toute l'intervention, la main gauche doit être placée sur le fond de l'utérus pour le maintenir.

## XI

## EMBRYOTOMIE

## SOMMAIRE

- a. Définition. Historique. Divisions.  
Embryotomie céphalique et cormique.
- b. QUAND l'embryotomie doit-elle être faite?  
1° Indications.  
2° Contre-indications.  
3° Conditions requises.
- c. COMMENT l'embryotomie doit-elle être faite?  
1° Embryotomie céphalique.  
Procédés divers.  
Opération de choix.  
2° Embryotomie cormique :  
Procédés divers.  
Opération de choix.
- d. Pronostic et appréciation générale..

## A. — DÉFINITION. — HISTORIQUE. — DIVISIONS

Quand le fœtus est trop volumineux pour traverser la voie génitale, il faut, à moins de recourir à l'opération césarienne, l'extraire en le réduisant et en