Ponction de l'œuf. — Dans l'accouchement prématuré la ponction de l'œuf, malgré la certitude de son action, a le grand inconvénient de compromettre la vie de l'enfant : c'est pour cette raison qu'elle est à peu près abandonnée. Mais dans l'avortement, le fœtus n'étant pas viable, la perforation des membranes est un moyen précieux. Le seul reproche qu'on puisse lui faire, c'est la difficulté qu'on éprouve à atteindre sûrement l'œuf. On opère d'ailleurs comme dans l'accouchement prématuré.

Quel que soit le moyen employé, on devra s'attendre à une assez grande lenteur dans l'expulsion de l'œuf ; on le comprend facilement, puisque l'avortement spontané lui-même ne se termine en général que fort lentement.

CHAPITRE VIII

DE LA SYMPHYSÉOTOMIE

Le relâchement des symphyses pelviennes et l'écartement des surfaces articulaires, qui souvent en résulte pendant la grossesse, sont un fait connu depuis si longtemps, qu'on est étonné qu'il n'ait pas fait naître plus tôt l'idée de l'opération dont nous avons à nous occuper. Il faut avouer pourtant qu'en parcourant les annales de la science on trouve çà et là quelques réflexions et même quelques faits bien dignes de fixer l'attention. C'est ainsi que Séverin Pineau, traitant du relâchement des ligaments du bassin, reproduit le texte de Galien, et semble pressentir l'opération de Sigault, puisqu'il dit en parlant des articulations pelviennes : *Non tantum dilatari, sed etiam secari tuto possunt.* On trouve dans un ouvrage publié en 1655 par un médecin français nommé Delacourvée, que, appelé auprès d'une femme enceinte, et morte dans les derniers jours de sa grossesse, il divisa la symphyse pubienne avec un rasoir pour avoir plus facilement l'enfant. En 1766, Plenk, dans une circonstance à peu près semblable, fit d'abord la section césarienne ; mais, n'ayant pu extraire la tête, fortement engagée dans l'excavation, il pratiqua la synchondrotomie, et en obtint, dit-il, un succès prompt et facile. Mais, au lieu de le conduire à la pratique de cette opération sur la femme vivante, ce premier essai l'en éloigna davantage.

En réalité, ce n'est que vers la fin du siècle dernier (1768) que Sigault, alors encore étudiant en médecine, en fit la proposition à l'Académie de chirurgie. Repoussé comme un fou par la docte assemblée, le jeune Sigault ne se déconcerta pas, et défendit son invention dans une thèse qu'il soutint à Angers en 1773, c'est-à-dire cinq ans après la lecture de son premier mémoire. Enfin, en 1777, il pratiqua la première opération, assisté d'Alphonse Leroy, qui s'en était déclaré le zélé partisan. La mère et l'enfant furent sauvés, et, à dater de ce premier succès, Sigault, qui avait été presque honni par l'Académie, fut comblé d'honneurs et regardé comme un des bienfaiteurs de l'humanité. La

Faculté de médecine de Paris crut devoir célébrer cette grande découverte en frappant une médaille en l'honneur de son auteur. Si ce premier succès lui assurait de nombreux partisans, il lui suscita des adversaires nouveaux et acharnés : le monde médical se divisa en *symphysiens* et en *césariens,* deux sectes enthousiastes, et qui devaient finir, une fois la première ardeur calmée, par se fondre en une commune opinion ; c'est aussi ce qui arriva dès qu'on se fut aperçu que, de part et d'autre, on avait le tort d'être exagéré. Depuis cette époque, l'opération césarienne et la symphyséotomie furent regardées comme deux opérations utiles, applicables dans certains cas particuliers, et, loin de vouloir exclure l'une par l'autre, on s'appliqua seulement à préciser les conditions qui réclament leur emploi. Il eût été plus sage de commencer par là.

§ I. — Résultats de la symphyséotomie.

L'opportunité de la section de la symphyse pubienne étant momentanément admise, voyons les avantages qu'on peut en retirer. Il résulte des meilleurs travaux publiés sur cette matière, qu'on ne doit pas espérer pouvoir obtenir plus de 9 à 13 millimètres dans l'étendue du diamètre antéro-postérieur, du détroit postérieur et de l'excavation. Après la section du cartilage interpubien, les os pubis s'écartent spontanément de 1 centimètre à 2 centimètres et demi. Cet écartement est le résultat de la rétraction des fibres ligamenteuses connues sous le nom de ligaments sacro-iliaques postérieurs. Pendant qu'il s'opère, l'os coxal doit être considéré comme un levier du premier genre, dont le bras intérieur est très-long et coudé vers sa partie moyenne ; le centre du mouvement ou le point d'appui se trouve à la partie postérieure de la surface articulaire du sacrum. Pendant cet écartement, les ligaments qui se trouvent placés à la partie antérieure de l'articulation sacro-iliaque sont tendus, tiraillés, et déchirés même quand il a été porté très-loin. On conçoit assez que le degré de leur résistance influe beaucoup sur le degré de l'écartement. Enfin, si l'accoucheur, saisissant les crêtes iliaques, tend à les tirer en dehors, il peut augmenter beaucoup l'intervalle qui existe déjà entre les pubis. Mais il serait imprudent de trop insister sur cet écartement artificiel ; car il serait difficile de le porter au delà de 5 centimètres sans déchirer les ligaments sacro-iliaques intérieurs et sans s'exposer à des inflammations consécutives très-graves pour la mère. Chaque centimètre d'écartement entre les pubis augmente à peu près de 2 millimètres l'étendue du diamètre antéro-postérieur ; puisque cet écartement peut être porté à 5 centimètres, c'est donc 10 millimètres ajoutés au diamètre sacro-pubien. De plus, la bosse pariétale antérieure, s'engageant dans le vide que laissent entre eux les pubis, diminue d'autant le diamètre bipariétal ; et l'on a calculé que cet engagement pouvait être de 4 à 6 millimètres, ce qui permettait en somme de compter sur une augmentation de 14 à 16 millimètres dans l'étendue du diamètre sacro-pubien.

Le diamètre sacro-pubien n'est pas le seul dont l'étendue augmente par la

symphyséotomie; les diamètres obliques, mais surtout les diamètres transverses, sont singulièrement agrandis. Il résulte, en effet, des expériences de Desgranges, que l'augmentation du diamètre transversal est presque de la moitié de l'écartement obtenu, dans toute la hauteur de l'excavation, et que l'agrandissement transversal de l'arcade des pubis est à peu près égal à cet écartement: de telle sorte que l'opération, qui semblait devoir être seulement applicable aux cas où le rétrécissement portait sur l'intervalle sacro-pubien, donne surtout des résultats avantageux lorsque les diamètres transverses de l'excavation ou du détroit inférieur sont rétrécis.

§ II. — Indications.

Les résultats obtenus sur le cadavre portent naturellement à penser que la symphyséotomie est surtout praticable dans les cas où 10 à 15 millimètres ajoutés aux diamètres rétrécis suffiraient pour permettre l'accouchement spontané, ou du moins l'extraction du fœtus à l'aide du forceps. C'est aussi la conséquence qu'en ont tirée la plupart des accoucheurs depuis Sigault, et les limites de cette opération avaient été fixées entre 6 centimètres et demi et 8 centimètres et demi. Mais la symphyséotomie est aujourd'hui rarement pratiquée, et le sera plus rarement encore dans l'avenir, lorsque tous les accoucheurs auront apprécié les avantages de l'accouchement prématuré artificiel.

Les circonstances qui se prêtent le mieux à l'opération de Sigault sont aussi les plus favorables à l'accouchement provoqué ; et les résultats fournis par l'expérience, seul juge impartial en pareille matière, ont déjà prononcé en faveur de cette dernière opération. Toutes les fois qu'une femme dont le bassin n'offrira que 6 centimètres et demi à 8 centimètres dans son plus petit diamètre, sera soumise à l'observation pendant les deux derniers mois de sa grossesse, l'accoucheur devra provoquer l'accouchement avant terme, surtout lorsque dans un premier accouchement la mutilation du fœtus aura été jugée nécessaire. D'un autre côté, nous avons établi (page 689) que toutes les fois qu'on peut penser que, d'après la durée antérieure du travail, les tentatives d'extraction qui ont été pratiquées sans succès, la vie du fœtus est plus ou moins compromise, on doit se comporter comme si l'enfant était mort, de sorte qu'en définitive la symphyséotomie ne pourra être proposée qu'autant que, le bassin offrant 6 centimètres et demi au moins ou 8 centimètres au plus, l'accoucheur constatera la difformité avant la rupture des membranes. Apprécions donc cette dernière indication.

En admettant même qu'il ne valût pas mieux sacrifier la vie de l'enfant que de pratiquer une opération qui compromet si souvent la vie et toujours la santé de la mère, est-il possible de se soumettre, dans la pratique, à la rigueur des principes théoriques ? Les faits dans lesquels un semblable degré de rétrécissement a permis l'expulsion spontanée du fœtus se présentent alors tout naturellement à la pensée. Sans doute les exceptions sont rares, mais enfin elles peuvent se reproduire. N'est-il pas prudent, en conséquence, avant d'effrayer la femme,

de constater l'impuissance des efforts utérins ? Cette expectation n'est-elle pas nécessaire pour la convaincre de la nécessité de l'opération ? Ne faudra-t-il pas, le plus souvent, laisser à la malade plusieurs heures pour céder aux instances de sa famille ? Les parents eux-mêmes y consentiront-ils avant que le temps leur ait appris que l'accouchement naturel est impossible ? N'exigeront-ils pas qu'avant d'en venir à un remède extrême on essaye tous les autres moyens ? L'accoucheur pourra-t-il se refuser à tenter une application du forceps, qui, plusieurs fois, en pareille circonstance, a été couronnée de succès ? Pourrait-il s'y refuser surtout s'il avait vu, comme nous, un fœtus expulsé à terme et vivant à travers un bassin dont le diamètre antéro-postérieur n'offrait que 7 centimètres et demi ? Ces incertitudes, ces hésitations, ces retards obligés, auxquels peut se soustraire dans un hôpital un homme ferme et résolu, sont inévitables dans la pratique civile, où l'on a à lutter contre les craintes des familles, la résistance de la malade, et souvent contre la crainte que nous inspire la jalousie de certains confrères. Cependant le temps s'écoule, le travail marche, les membranes sont rompues, et déjà depuis longtemps l'opération a perdu de ses chances favorables. La lenteur du travail tient *peut-être* plus à la faiblesse des contractions qu'à la disproportion des diamètres de la tête et du bassin. Quelques efforts artificiels, joints à ceux de la nature, parviendront *peut-être* à accomplir son œuvre ; d'espérance en espérance, de peut-être en peut-être, on arrive à cette période du travail où l'on commence à douter de la viabilité du fœtus, et, dès que ce doute se présente à l'esprit, peut-on encore songer à la symphyséotomie ?

Les rétrécissements du bassin ne sont pas les seuls cas dans lesquels la symphyséotomie ait été proposée. Les tumeurs développées dans l'excavation, un volume excessif de la tête fœtale, la rétroversion de l'utérus survenue dans la première moitié de la grossesse, ont encore été considérés comme pouvant motiver l'opération. Ainsi elle fut pratiquée par Duret pour remédier à l'obstacle qu'une exostose, grosse comme une noix et développée sur la première vertèbre, opposait à l'engagement de la tête. On trouve dans le *Journal de Casper* l'observation suivante publiée par le docteur Damman : « Une femme était en travail depuis trois jours : malgré la bonne conformation du bassin, la tête était tellement volumineuse, qu'elle ne put s'engager dans l'excavation, et que, fortement emboîtée dans le détroit supérieur, elle rendit impossible l'application du forceps. Bien que la durée passée du travail dût naturellement faire naître de l'incertitude sur l'état du fœtus, M. Damman pratiqua la symphyséotomie ; il fut assez heureux pour sauver la mère, mais il n'eut qu'un enfant mort. »

Les réflexions que nous venons de présenter sur la symphyséotomie pratiquée dans les cas de bassin vicié s'appliquent complétement aux tumeurs développées dans l'excavation, et aux cas où le volume excessif de la tête serait le seul obstacle à la terminaison spontanée du travail.

L'expérience n'a pas encore prononcé sur l'utilité ou les inconvénients de l'opération pratiquée dans le but de faciliter la réduction et le redressement de l'utérus rétroversé.

En cherchant à apprécier les indications de cette opération, nous sommes loin, comme on le voit, de pouvoir nous en tenir aux règles posées par ses partisans. Loin d'être précises et rigoureuses comme ils pensaient, ces règles ne présentent au praticien que vague et incertitude. Si, oubliant pour un instant les discussions théoriques, nous envisageons la question à son point de vue pratique, nous arrivons à peu près forcément à cette conclusion, que la symphyséotomie n'est plus praticable dans l'état actuel de la science.

Indépendamment, en effet, des difficultés que l'on a quand on veut préciser ces indications, il ne faut pas croire que l'opération soit aussi innocente qu'ont bien voulu le dire Sigault et Alphonse Leroy; et pour comprendre la sévérité de nos conclusions il suffit de se rappeler les nombreux accidents auxquels donne lieu la symphyséotomie : accidents si graves que, d'après Baudelocque, sur quarante et une femmes opérées, quatorze succombèrent et treize enfants seulement naquirent vivants. Je ne parle pas ici des infirmités nombreuses qui empoisonnèrent l'existence de la plupart des malades qui survécurent à l'opération.

Manuel opératoire. — L'opération est des plus simples. La femme, placée dans la même position que pour l'application du forceps, est convenablement maintenue par des aides; on vide la vessie, on laisse la sonde dans l'urèthre, et l'on s'en sert pour ranger le méat urinaire du côté droit, afin de le mettre à l'abri de l'instrument tranchant. L'opérateur, pressant sur la peau qui recouvre le pubis, reconnaît le lieu précis où se trouve la symphyse. Un aide tire la peau de manière à la remonter en haut le plus possible. Le chirurgien fait une première incision, qui doit commencer à 1 centimètre au-dessus de la symphyse et se prolonger jusqu'au-dessus du clitoris et un peu à gauche. Cette incision, qui doit comprendre toutes les parties molles, doit tomber sur le milieu de l'articulation. On incise ensuite le ligament interpubien avec ménagement, afin d'éviter la lésion de la vessie, et, quand il est presque complétement divisé, on redouble de précautions. Cette section, une fois opérée, est promptement suivie de l'écartement des pubis. On confie le reste de l'accouchement à la nature, si les forces de la femme sont suffisantes et les contractions assez énergiques; dans le cas contraire, on applique le forceps, ou l'on termine par la version pelvienne et des tractions sur les membres inférieurs. Après la délivrance, on nettoie la femme, on lie les vaisseaux quand il y en a eu quelques-uns de divisés; puis on rapproche les pubis, et l'on réunit la plaie extérieure par des bandelettes agglutinatives, de la charpie, des compresses, et un bandage de corps recouvre le tout. Pendant les jours qui suivent, on combattra avec soin les accidents qui pourront se manifester. Dans les cas les plus heureux, ce n'est guère qu'après trois ou quatre mois que la consolidation de la symphyse a été complète. On a vu des femmes chez lesquelles on ne l'a jamais obtenue, et qui cependant ont fini par pouvoir marcher. Il se forme alors, dit Alphonse Leroy, un tissu cellulo-fibreux qui, remplissant le vide de la symphyse, conserve à l'articulation toute sa solidité.

Ce procédé est encore le plus généralement suivi; plusieurs modifications

ont été proposées; la plupart ont pour but d'éviter plus sûrement la lésion de l'urèthre. Elles n'ont pas une grande importance.

Attribuant au contact de l'air sur les lèvres de la plaie et les surfaces articulaires les accidents qui résultaient de la symphyséotomie, M. Imbert (de Lyon) a proposé de diviser le cartilage interpubien sans intéresser la peau. C'est un procédé assez facile, mais qui nous paraît ne prévenir que la plus petite partie des accidents consécutifs à l'opération. C'est bien moins en effet dans l'inflammation de la symphyse pubienne, que dans les désordres causés par l'écartement des symphyses sacro-iliaques, qu'il faut voir la cause des dangers nombreux auxquels la femme est exposée après l'opération.

Ce que je viens de dire s'applique complétement à la pubiotomie, que le professeur Stoltz conseille aussi de pratiquer par la méthode sous-cutanée. Après l'opinion que j'ai formulée sur l'opération en elle-même, je crois inutile d'insister sur la valeur des divers procédés opératoires; je crois devoir cependant faire connaître celui du professeur de Strasbourg. Bien que l'expérience n'ait pas encore prononcé, il me paraît offrir en effet des chances plus favorables.

Il consiste à diviser un des pubis près de la symphyse au moyen de la scie à chaînette et sans faire d'incision à la peau. Pour cela on pratique une petite boutonnière au mont de Vénus, préalablement rasé, au point correspondant à la crête pubienne, à droite ou à gauche de la symphyse. Par cette boutonnière on introduit une aiguille longue et légèrement recourbée, à laquelle est fixée la scie à chaînette. On glisse l'aiguille le long de la face postérieure des pubis, en rasant l'os, et l'on fait sortir la pointe à côté du clitoris, entre un des corps caverneux et la branche descendante du pubis, à laquelle il est uni. L'aiguill a entraîné la scie; on adapte la poignée, on tend légèrement la scie entre les deux mains, et, la saisissant par les deux extrémités, quelques mouvements de va-et-vient suffisent pour diviser le pubis. Les deux portions séparées par la scie s'écartent aussitôt, et cet écartement peut être augmenté presque à volonté, ou s'opérer par la pression de la tête ou du tronc du fœtus. Le pubis divisé, une des poignées est ôtée, l'instrument retiré, et il reste une petite boutonnière qui se cicatrise facilement.

Je le répète, l'expérience n'a pas encore prononcé sur les modifications proposées par MM. Imbert et Stoltz.

CHAPITRE IX

DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE

L'opération césarienne, ou hystérotomie, est une opération qui consiste dans une incision pratiquée aux parois abdominales et à celles de l'utérus pour extraire le fœtus.

Avant d'être pratiquée sur la femme vivante, l'hystérotomie était depuis long-