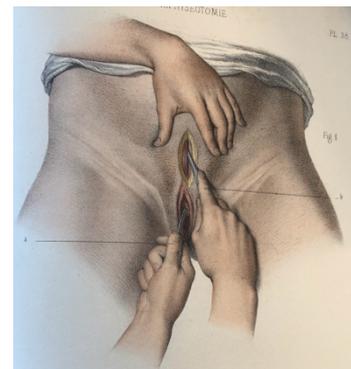
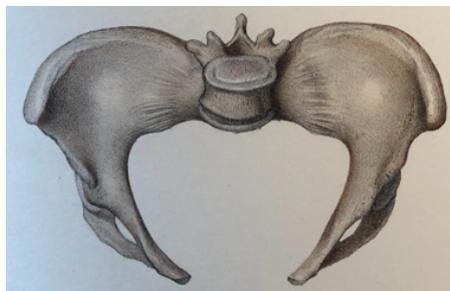


CONTROVERSE A PROPOS DE LA SYMPHYSEOTOMIE

Jean Louis Baudelocque VS Alphonse Le Roy

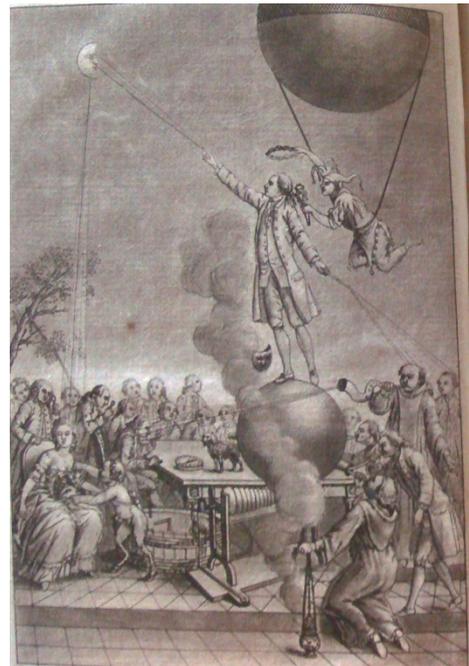


Césarienne VS Section de la symphyse



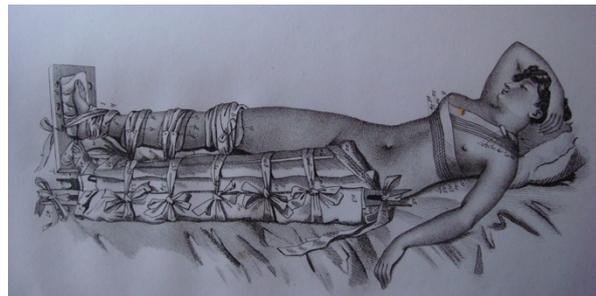
15 MAI 2022
TRICOIRE JEAN LOUIS

Pourquoi une controverse et qui plus est, une controverse d'obstétriciens ? Pour un anatomiste orthopédiste quelle gageure ! Alors qu'elles ne manquent pas en anatomie & en traumatologie orthopédie ! Certes durant mon activité j'ai fréquemment côtoyé cette articulation pour la fixer avec une plaque lors de luxation de la symphyse. En décembre 2011, Jean Puget organise une journée sur la hanche sous forme de controverse ; il me demande des exemples historiques pour l'introduction. Je me plonge dans mes livres, et trouve de très nombreux cas de frictions entre médecins et chirurgiens.



-1 La controverse la plus courte, survient lors d'un congrès HIP à Toulouse, l'opposition est franche entre le partisan du couple de frottement céramique/céramique & le partisan du couple cartilage/cartilage.

-2 En médecine, les « fans » du magnétisme tels que Lafayette & Marie Antoinette entre-autre sponsorise Mesmer, mais les antimagnétistes gagnent la dernière manche, Mesmer part en exil.



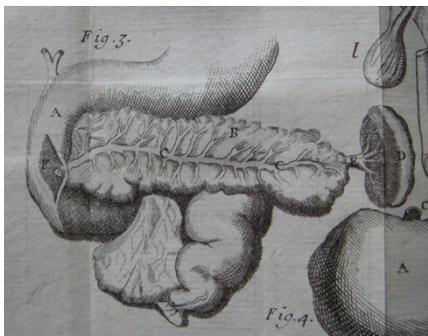
-3 En orthopédie, d'un côté de la Manche Pott & Sharp traitent les fractures fémorales en décubitus latéral & flexion du genou, en

France Desault & Bichat traitent ces fractures en décubitus dorsal membre inférieur en traction. Pour A Boyer « *la demi flexion de la jambe sur la cuisse, est à la longue aussi fatigante que l'extension parfaite du membre, Pott a donc exagéré les avantages de la position demi-fléchie et les inconvénients attachés à la position droite* ». **-4** René Jacques Croissant de Garengot s'attire les foudres des chirurgiens parisiens leur ayant sans vergogne copié leurs écrits d'où cette réflexion sur lui « *Homme de plus de savoir-faire que de savoir,*

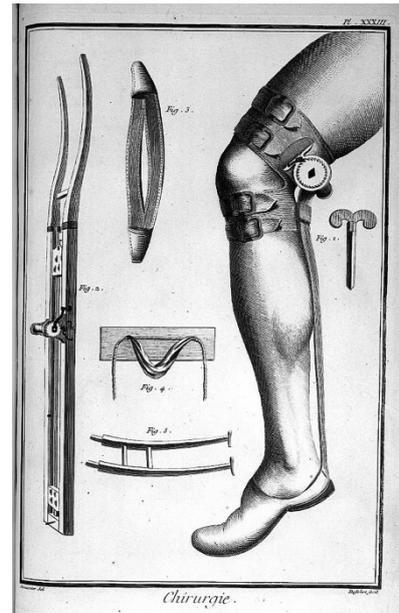
connu par sa jactance, sa mauvaise foi, une honte pour la chirurgie française, il a audacieusement pillé une grande partie de ce qu'il rapporte d'important en ses opérations de chirurgie ». Il dépouille les chirurgiens de Paris et supprime leurs noms dans la deuxième édition de son livre. Jean-Louis Petit grand prince abandonne & approuve son livre qui est en sorte le sien.

-5 JL Petit décrit une rupture bilatérale des tendons calcanéens survenant par contraction du triceps sural, Antoine Louis ne veut pas entendre parler de ce mécanisme lésionnel.

-6 Une bien longue controverse oppose Guy Patin & Théophraste Renaudot qui représente aussi la lutte entre les Facultés de Médecine de Paris et de Montpellier. **-7** Cette opposition de ces deux Facultés se poursuit dans la nomination du médecin du Roi Louis XIV alors atteint de sa fistule Daquin finissant sa carrière & Fagon voulant récupérer le poste.



-8 La découverte de la circulation sanguine par Harvey va trouver sur son chemin de nombreux anatomistes anticirculatoires dont Riolan & Patin. **-9** La découverte du canal cholédoque par Wirsung le rend célèbre en 1742, Hoffman dit l'avoir découvert 5 ans avant, pour le simple gain d'un éponyme Hoffman aurait fait assassiner Wirsung en 1743. **-10** La valvule de Bauhin est décrite en 1579 par Bauhin alors que Vidus Vidius l'a déjà décrite en 1560 & Varole en 1575. **-11** Une controverse mémorable (1775-1776) oppose Pujol médecin castrais à un chirurgien castrais Icart, à propos du traitement d'une fracture ouverte de l'humérus traitée par une stabilisation avec un fil d'archer (laiton), l'ostéosuture ayant été réalisée par deux chirurgiens toulousains, Sicre & Poujade : controverse qui a révélé la première ostéosynthèse de l'ancien monde. **-12 -13.....Etc.**



De nombreuses controverses sont présentes, elles jalonnent les moindres découvertes, presque toujours sous-tendues par un sentiment de jalousie, c'est ce que nous allons voir à propos de la **symphyséotomie**.

CONTROVERSE A PROPOS DE LA SYMPHYSÉOTOMIE ENTRE Alphonse Le Roy & Jean Louis Baudelocque.

TRICOIRE Jean Louis

Résumé :

Quelques rappels anatomiques des articulations du bassin ainsi qu'un peu de biomécanique de la ceinture pelvienne vont nous aider à comprendre l'idée de Pineau Séverin, développée environ 200 ans plus tard avec insistance par Sigault Jean-René, idée lumineuse au siècle des lumières. Ceci fut l'objet d'une controverse entre Alphonse Le Roy et Jean Louis Baudelocque. La symphyséotomie est une technique simple, rapide et sûre qui voulait pour ses défenseurs remplacer la césarienne, 200 ans après son utilisation elle retombe dans l'oubli, avec le statut d'opération de seconde zone utilisée dans les pays en voie de développement.

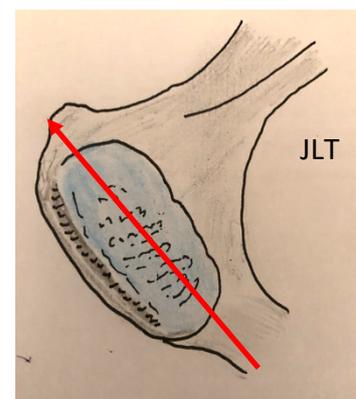
I)-ANATOMIE DES ARTICULATIONS DE LA CEINTURE PELVIENNE.

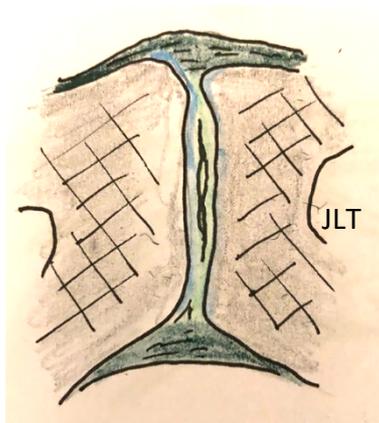
a) LA SYMPHYSE PUBIENNE :

Les deux os coxaux s'articulent sur la ligne médiane par la partie interne du corps du pubis : cette articulation inter-pubienne s'appelle la symphyse pubienne. Elle appartient au groupe des amphiarthroses où l'on retrouve les articulations inter-corporéales au niveau de la colonne vertébrale. Les amphiarthroses sont localisées dans le plan sagittal médian. Les os coxaux sont également réunis au sacrum par les articulations sacro-iliaques et par les ligaments sacro-sciatiques.

1) Les surfaces articulaires

La partie interne du pubis est de forme elliptique ou ovale. Son grand axe regarde en bas & en dorsal, facette plane ou légèrement excavée, circonscrite d'un

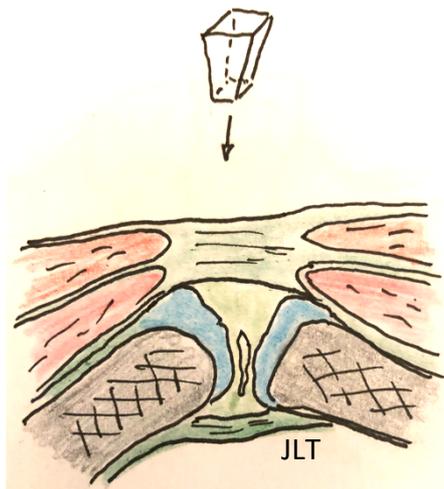




rebord plus ou moins marqué. Elle mesure 30 à 35 mm de longueur & 10 à 12 mm de largeur. Cette surface n'est pas dans un plan médian, mais du fait de son obliquité (surface regardant en médial & ventral) l'amphiarthrose est plus large en ventral d'où la forme d'un coin à base ventrale. Les surfaces sont rugueuses avec des aspérités parfois

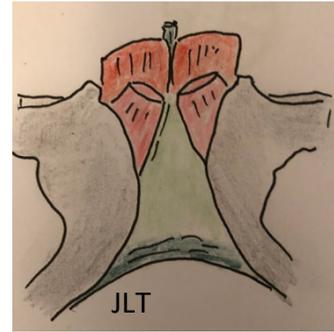
organisées en crêtes (6 à 7) rectilignes et parallèles ; elles disparaissent à l'âge adulte. En avant on trouve le sillon pré-symphysien où s'attache le ligament antérieur de l'articulation. La surface articulaire est recouverte par du cartilage hyalin d'épaisseur variable (1 à 2 mm). L'axe général de la symphyse est orienté à 30° par rapport à l'horizontale.

- 2) **Les moyens d'union** : Les deux pubis sont réunis par le ligament inter-osseux (fibro-cartilage interarticulaire) & par des ligaments périphériques qui forment un manchon périphérique.

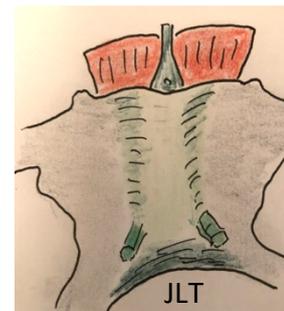


- a) *Le ligament inter-osseux* prend la forme d'un coin : en coupe il a l'aspect d'un triangle à sommet ventral. Il adhère aux surfaces articulaires et se compose de deux éléments, une portion périphérique très dure, résistante & très dense, une portion centrale mobile friable creusée en son centre d'une cavité irrégulière, structure très variable. La fente est sagittale, verticale & médiane. Cette cavité comme le fibro-cartilage s'agrandit lors de la grossesse. Ce ligament est plus épais chez la femme. S'il n'y a pas de cavité d'après Testut on peut parler d'amphiarthrose, la présence de la cavité doit faire utiliser le terme de diarthro-amphiarthrose ?

b) *Les ligaments périphériques* : il en existe 4 en ventral, en dorsal, en crânial & en caudal. Ils forment une sorte de capsule fibreuse qui entoure l'articulation, comme un manchon.



- Le ligament ventral ou ventro-inférieur est très épais & très résistant, formé de nombreux faisceaux, obliques, verticaux & transversaux. Les faisceaux superficiels viennent des muscles supérieurs se fixant sur le pubis, pyramidal & grand droit de l'abdomen, grand oblique de l'abdomen (par son pilier interne), grand interne & adducteur de la cuisse donnant un feutrage serré. En profondeur ce sont les fibres propres qui réunissent le pubis.



- Le ligament dorsal ou dorso-supérieur, mince, formé par le prolongement du périoste qui joint les corps du pubis.
- Le ligament supérieur est formé par une bandelette fibreuse (jaune) passant au dessus de l'interligne, qui se poursuit sur la ligne médiane par la ligne blanche de l'abdomen.
- Le ligament inférieur ou ligament sous-pubien ou ligament arqué ou ligament triangulaire est une lame fibreuse très résistante, formant une arcade plus évasée chez la femme.

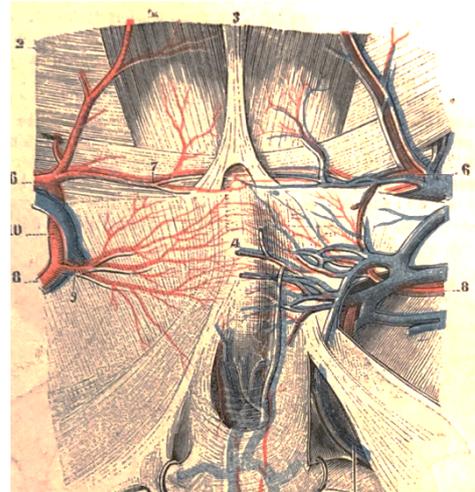
LES RAPPORTS SONT IMPORTANTS A CONNAITRE DANS LE CADRE D'UNE ÉVENTUELLE INTERVENTION A CE NIVEAU : LA SYMPHYSÉOTOMIE.

3) LES RAPPORTS :

a) **En avant** du ligament ventral qui peut avoir une épaisseur d'un cm, on trouve

- Le coude du clitoris
- Le ligament suspenseur du clitoris
- Un paquet veineux

b) En arrière, la vessie séparée de la symphyse par le tissu cellulaire pré-vésical où cheminent les volumineuses veines vésicales ventrales. En inférieur, on trouve les ligaments pubo-vésicaux. Sur la paroi pelvienne cheminent les vaisseaux artères & veines pour la symphyse (de petit calibre)



D'après Farabeuf

c) En haut, sur la lèvre ventrale les tendons du pyramidal & du grand droit inférieur de l'abdomen, sur la lèvre postérieure le contrefort inférieur de la ligne blanche

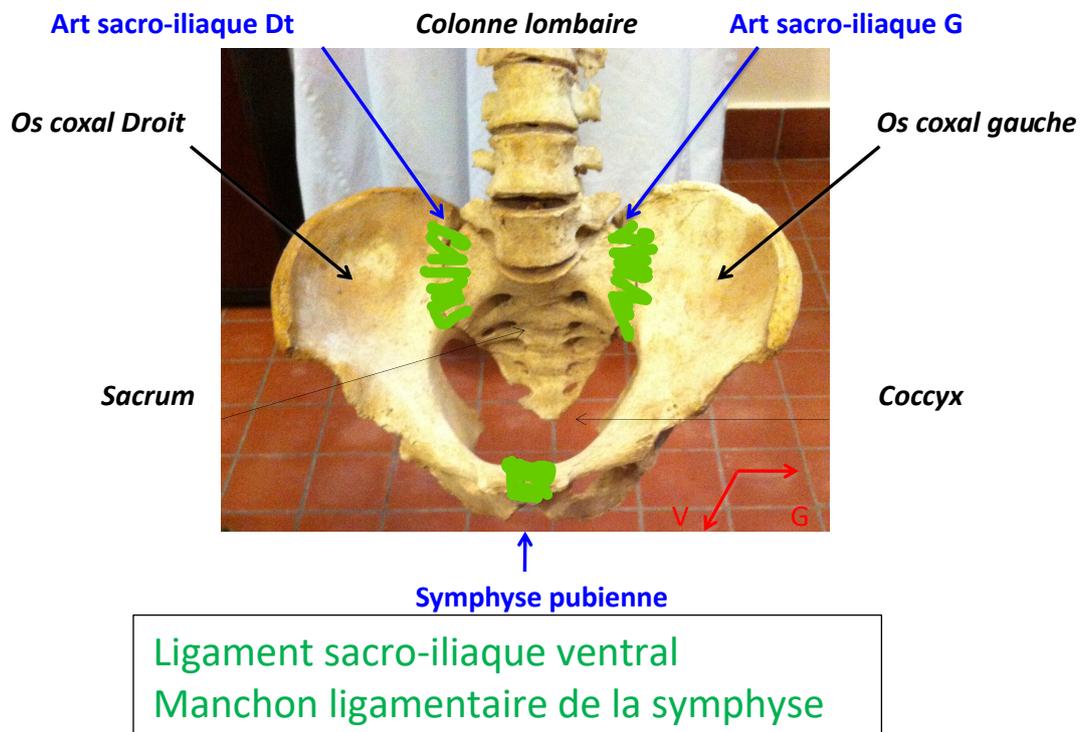
d) En bas, la partie inférieure se poursuit par l'aponévrose périnéale moyenne, un peu au-dessous & sur la ligne médiane se trouve l'urèthre passant du bassin dans le périnée.

4) LA VASCULARISATION DE LA SYMPHYSE :

Les artères de la symphyse proviennent de plusieurs origines :

- Le rameau sus-pubien de l'artère épigastrique pour la partie supérieure avec l'artère controlatérale donne l'arcade sus-pubienne.
- Le rameau retro pubien de l'obturatrice née avant le passage dans le canal sous pubien vascularise la face postérieure de la symphyse, forme les arcades retro pubiennes.
- En avant la vascularisation provient de l'artère honteuse externe supérieure & de la circonflexe antérieure.
- L'artère honteuse interne vascularise la partie inférieure.

5) **LES NERFS** : Le nerf honteux interne, nerf pudendal (2, 3 & 4^{ème} racine sacrées)



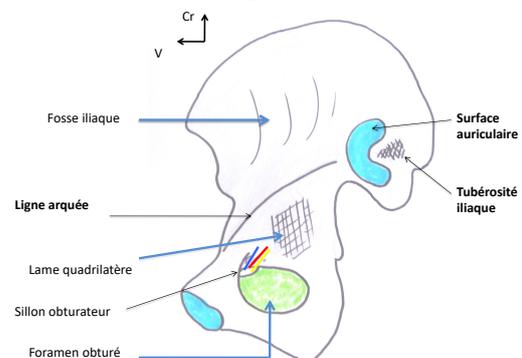
B) LES ARTICULATIONS SACRO-ILIAQUES : Les mouvements de la symphyse sont liés aux articulations sacro iliaques. Articulation synoviale de type ellipsoïde. (Dieulafé le dit) (sans jeu de mot)

Les surfaces articulaires sont sur le sacrum & sur l'os iliaque en forme de croissant à concavité postéro-supérieure.

Recouvertes de cartilage, dans la concavité de la surface articulaire on trouve les tubérosités iliaques & sacrales.

La capsule articulaire est épaisse, & se fixe sur le pourtour des surfaces articulaires, la membrane synoviale est plus ou moins cloisonnée.

Les ligaments au nombre de 3 stabilisent cette articulation.



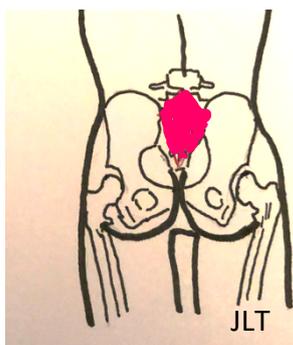
- Le ligament sacro-iliaque ventral renforce la capsule en avant, il est peu résistant.
- Le ligament sacro-iliaque interosseux (ligament axile) s'insère sur les tubérosités iliaques & sacrales ; il est épais, résistant & représente l'axe du mouvement de cette articulation.
- Le ligament sacro-iliaque dorsal, est en arrière du précédent. Il s'étale en 4 faisceaux à partir de l'épine postéro supérieure & de la tubérosité iliaque se terminant sur le tubercule de la crête sacrale latérale.
Il existe aussi des ligaments iliolumbaires & sacro-coccygiens dorsaux.

C) LES LIGAMENTS SACRO-COXAUX :

- **Le ligament sacro-tubéral** réunit l'épine iliaque postéro-supérieure, le bord latéral du sacrum, et les 2 premières pièces coccygiennes puis il se termine sur le bord de la tubérosité ischiatique, formant à ce niveau le processus falciforme qui le prolonge jusqu'à la branche de l'ischium.
- **Le ligament sacro-épineux** est mince & triangulaire plus profond que le sacro-tubéral. Il se fixe sur le bord latéral du sacrum en S4 & S5 ainsi que sur le coccyx et se termine sur l'épine ischiatique.

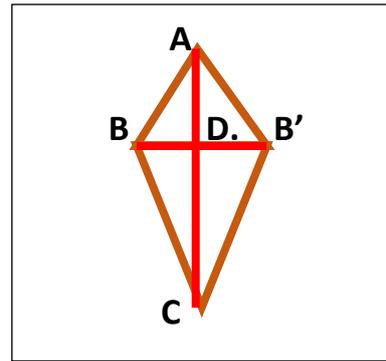
ANATOMIE DE SURFACE : Le losange de Michaelis, (les fossettes de Vénus)

Losange de Michaelis



Gustav Adolf Michaelis (1798-1848) gynécologue-obstétricien Allemand étudie la pelvimétrie & décrit ce losange qui se situe au bas du dos. Normalement le losange est symétrique, sa déformation signant une inclinaison du pelvis. Si son axe transversal est inférieur à 9 cm cela indique un bassin étroit. La distance entre les E I

P S (B et B') est de 8 cm, la petite verticale entre D et A doit être supérieure ou égale à 4 cm, la grande verticale entre D & C est de 8 cm. La longueur de la ligne horizontale permet d'évaluer la capacité latérale du bassin. La petite & la grande verticale permettent d'évaluer la proéminence de l'angle lombo-sacré en avant.



D) MÉCANIQUE ARTICULAIRE :

Le sacrum du fait de sa forme & de sa position entre les deux os coxaux a un rôle de clef de voûte.

Les mouvements des articulations sacro-iliaques se produisent autour de l'axe passant par les tubérosités. Il se produit un mouvement de bascule où la base & le sommet du sacrum se déplacent en sens inverse. La bascule prend le nom de *nutation* dans ce cas la base du sacrum se porte en avant et le coccyx en arrière. De cette position le retour du sacrum à sa position initiale s'appelle la *contre nutation*.

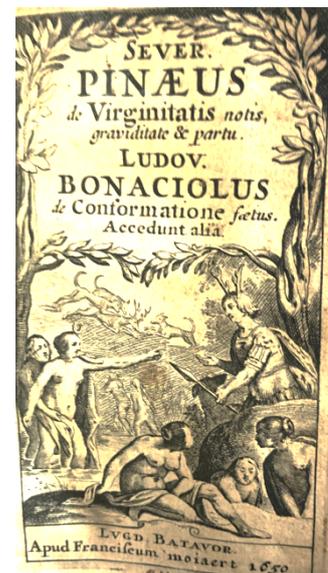
Lors de la grossesse l'amplitude des mouvements augmente. Pendant la gestation les parties molles articulaires (capsules & ligaments) se ramollissent & se relâchent. En positionnant les membres inférieurs en hyperextension chez la parturiente le poids des membres inférieurs tire les os iliaques, il se produit une contre nutation par glissement des ailes iliaques sur le sacrum fixe, ce qui a pour effet d'abaisser la symphyse pubienne, de l'éloigner du promontoire & d'augmenter de 3 mm le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur. L'hyperflexion des membres inférieurs produit le mouvement inverse des os iliaques sur le sacrum, mouvement de nutation, le diamètre promonto-pubien diminue & le détroit inférieur voit son diamètre augmenter de 2,5 mm. L'articulation sacro-coccygienne permet alors un déplacement important de la pointe du coccyx qui peut décrire un arc de 95°.



II) La symphyséotomie ou symphysiotomie a également été appelée symphysectomie, symphysotomie, section de la symphyse, section du pubis, pubectomie, ischio-pubectomie, synchondrotomie, pelviotomie, section latérale du pubis, symphyséotomie sous-cutané, symphyséotomie à ciel ouvert, ou encore du nom de son inventeur section sigaultienne.

Dans l'édition de son livre en 1585 **Ambroise Paré** cite par oui dire une coutume italienne consistant à rompre la symphyse pubienne chez les petites filles à la naissance ?

Séverin Pineau (1560 ? -1619), chirurgien du Roi contemporain de Paré évoque l'écartement de la symphyse pubienne. Dans la deuxième édition de son livre, il dresse la liste de chirurgiens ayant participé à une dissection au collège royal à Paris en février 1579. La dissection est réalisée sur une femme de 24 ans pendue pour infanticide 10 jours après avoir accouché. Cette dissection était d'une grande importance « *savoir si dans l'enfantement des femmes les os du pubis et l'ilion se séparaient, ceux-ci de l'os sacrum et ceux-là l'un de l'autre* ». Il est mis en évidence une importante mobilité des articulations sacro-iliaques qui sont beaucoup plus



lâches que d'habitude. La mobilisation des cuisses retentit au niveau du pubis en l'écartant d'un demi travers de doigts (environ 13 mm) du pubis contro-latéral. L'écartement de la symphyse se produit lors de l'accouchement & sa section ne peut qu'améliorer la situation. Paré, ce jour-là, reconnaît son erreur de croire que les os du pubis ne peuvent pas se séparer. L'opération a été pensée par Séverin Pineau en 1597.

« *Les ligaments plus abreuvés pendant la grossesse se relâchent et se gonflent* » dit **Hippocrate**. Il en déduit qu'il faut prescrire des bains aux femmes enceinte ayant un bassin vicié et ceci dans le but d'en augmenter les dimensions, traitement que réalise S Pineau, cataplasmes émollients, embrocations huileuses.

Pour **Lauverjat** le seul avantage de la section est sa rapidité de réalisation en quelques minutes.

Levret ne veut pas entendre parler de la symphysectomie il n'en trouve pas d'indication lors d'accouchements laborieux « *C'est pourquoi, fondé sur la raison & l'expérience, j'ai osé avancer, qu'avec ces moyens, on peut quelquefois, sauver la vie des mères & aux enfants dans des accouchements très laborieux ; lorsque la main seule n'est pas suffisante, & cela sans se servir de ces moyens extrêmes dont le nom même me fait horreur* ». Il développe la pelvimétrie, il fit des mensurations détaillées du bassin de la femme.

Sigault Jean-René, contre vent & marée, défend la section de la symphyse. Il est sûr de l'efficacité de cette intervention. Sa ténacité va porter ses fruits.

Dans son premier mémoire il présente la technique & les indications à l'Académie Royale de Chirurgie. Le mémoire développe : les motifs qui le poussent à réaliser sur la femme Souchot la section de la symphyse. Lorsqu'il est impossible que l'enfant sorte vivant par les voies naturelles, l'art nous offre l'opération par césarienne, opération suivit de malheur ; elle expose à tous les dangers l'infortunée qui a le courage de s'y soumettre. Devant un bassin vicié ou trop petit relativement au volume de l'enfant la section de la symphyse va procurer l'écartement nécessaire, d'où sa présentation à **l'Académie**

Royale de Chirurgie le 1 décembre 1768, afin de pouvoir substituer à la césarienne la section de la symphyse. Il demande de réaliser la section sur une condamnée à mort & sur des animaux. Ce projet parut extraordinaire, avec quelques partisans mais aussi de nombreux contradicteurs. Ses propositions sont à peine écoutées & son exposé est même écourté.

Louis, le secrétaire de l'Académie, traite le projet « *de ridicule, sorti d'une jeune tête sans réflexion* ». Car pour lui deux raisons essentielles s'opposent à cette idée, le risque que les os du pubis ne se ressoudent pas & que la dilatation du bassin n'est pas vérifiable. **Le mémoire est rejeté & l'opération proscrite**. D'autant que Baudelocque, Levret & L Ouverjat dominant l'Académie de chirurgie. Bien qu'il condamne le mémoire, Louis en informe Camper par courrier. Camper est favorable à cette idée. Il réalise des expériences sur des animaux (truies) qui sont concluantes avec un agrandissement, & une réparation des pubis luxés. Desault, également, réalise des sections sur des chiens & constate une consolidation. Le point noir de la non consolidation est effacé.

Sigault présente sa **Thèse à Angers sur ce sujet** en 1773.

Il communique avec Le Roy qui au début regarde cette idée comme une chimère & non susceptible d'être exécutée. Avec Le Roy il réalise une section chez une femme morte en couche & ils obtiennent un écartement considérable. A Le Roy adhère à l'usage de la section de la symphyse. **L'application de la section** est réalisée chez la **femme Souchet** (39 ans, haute de 3 pieds 8 pouce $\frac{1}{2}$, (1m12) très difforme, rachitique) **ils l'accouchent le 1 octobre 1778** de son cinquième enfant. Les 4 accouchements antérieurs se sont soldés par 4 enfants morts. Les accouchements par les voies naturelles sont impossibles. Au 4^{ème} accouchement sont présents Vic-Azir, Thouret & Roussel, madame Santussan & mademoiselle sa fille & de nombreux chirurgiens accoucheurs dont Levret qui examina en premier madame Souchet : il prit les dimensions du bassin 2 pouces $\frac{1}{2}$ dans son petit diamètre, le vice du bassin est confirmé. Sigault propose la section de la symphyse, ce qui est rejeté unanimement, puis un seul chirurgien opte pour la césarienne. Il s'en suivit une présentation par les mains,

une version des plus difficile est faite, les pieds dehors le foetus fut coincé puis sorti mort avec un important hématome & un enfoncement pariétal gauche. Levret conclut que madame Souchot ne pourrait jamais accoucher par voie basse, seule la césarienne est possible.

Pour le dernier accouchement, le 5^{ème}, Sigault fait appel à A Le Roy pour l'aider afin de réaliser une section de la symphyse. La section faite, il se produit un écartement de 2 pouces $\frac{1}{2}$, opération peu douloureuse.

L'opération & l'accouchement ont duré 5' malgré les conditions, non favorables, absence de lumière, bistouri banal, sans celui prévu pour cette opération. Une blessure du méat urinaire est facilement réparée.

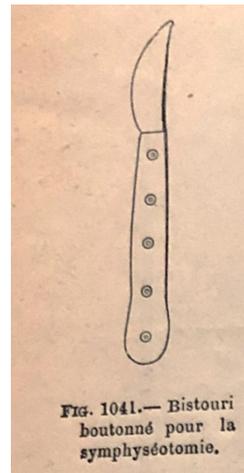
Les apports de l'opération sont énormes, l'enfant vas très bien alors que les quatre avant lui ont dû être morcelés. Le tableau n'est toutefois pas tout rose, une incontinence urinaire est présente, la marche est reprise le 16 novembre. Malade, Sigault laisse les suites à A Le Roy qui va tirer quelque temps la couverture à lui. Le travail & l'insistance de Sigault s'étalent sur neuf ans.

Les rapporteurs nommés par la Faculté, concluent que l'incontinence s'améliore progressivement (l'incontinence est présente dans tous les accouchements laborieux). Ils affirment que l'opération est sans danger pour la vie des malades. Une incertitude était l'absence de soudure de la symphyse. Il juge madame Souchot parfaitement guérie l'ayant vu marcher sans bandage. La section est préférable à la césarienne, ajoutent-ils.

Un délire associé à du burlesque toucha des chirurgiens.

Monsieur Souchot est le point de mire de tout le monde. On le salue très respectueusement, chapeau bas à l'heureux mari. En tant que soldat il est réprimandé par son commandant. Des coiffures à la symphyse prennent naissances, des nœuds d'épée, des boucles à la symphyse apparaissent (invention des produits dérivés) ?

Sigault est loué dans des madrigaux & des sonnets qui remercient (Lucine) la déesse des accouchements de les avoir inspiré. Une



comtesse veut ériger une statue à Sigeault avec le bébé sauvé, mais elle ajoute que la race va être abâtardie avec des enfants tordus, bossus ou croches car ils vont inonder la terre ? (réflexion alambiquée, avec comme sous-entendu : si on sauve les enfants des difformes (pas seulement du bassin) héréditairement ces enfants seront difformes, croches et tous simplement mal faits.

La section de la symphyse a été une réussite confirmée par les rapporteurs. Sigault est invité pour exposer la section de la symphyse à la séance publique de la Faculté de Médecine de **Paris le 15 novembre 1778**. Il remporte la première manche contre ses détracteurs (mais les controverses ne s'éteignent pas et vont continuer entre les deux professeurs d'obstétrique de Paris que tout oppose). Dans ce discours, Sigault est serein, il a touché son but d'autant que depuis un an à Paris, dans les provinces françaises et à l'étranger, la section de la symphyse se développe. Son discours est divisé en 2 parties, la première est un rappel du monde d'avant la section symphysaire, la deuxième partie est centrée sur les avantages de la symphyséotomie & ceci dans un texte plus posé et moins polémique que ses mémoires antérieurs. Une médaille est frappée à la gloire de Sigault & Le Roy pour marquer le succès de l'intervention, seul le portrait de Sigault trône sur la pièce en argent, 100 exemplaires pour Sigault et 50 pour Le Roy qui s'offusque de ne pas être en portrait sur la médaille. Une pension de cent livres est allouée à madame Souchot.

L'Académie de chirurgie le nomme premier bienfaiteur de l'humanité, ce qui déplut à certains chirurgiens & qui déclenche le signal de combat auquel se joignent des pays d'Europe. L'Académie de médecine soutint avec chaleur, l'Académie de chirurgie par dépit de ne pas l'avoir nommé de ses membres le repousse avec moins d'ardeur. La dispute est scandaleuse des libellés sont publiés, les accoucheurs sont divisés en symphysiens et en césariens. Ils s'acharnent les uns contre les autres. Le tort de Sigault a été de vouloir remplacer la césarienne. Plenck, Siedold, Le Roy, Baudelocque Saccombe, Ansiaux entrent dans l'arène, Bodin affirme que la symphyséotomie est inutile. Tous auraient soutenu la section si elle

avait été présentée comme une ressource nouvelle avec ses indications, ses avantages, & ses dangers. Weidman, Desgranges comprennent la section sous ce point de vue. Thouret & Gradien essaient de mettre fin à cette polémique prétestant « la jalousie envieuse, rivalité de toutes les médiocrités de l'époque afin de dénigrer une foule d'hommes recommandables ».

La section de la symphyse est le seul moyen de salut quand la tête est enclavée, quand la tête a passé le détroit supérieur quand le tronc est dehors.

Pour faire la section il faut que l'enfant : soit vivant, que la présentation soit naturelle, que le col utérin soit largement dilaté que la femme soit jeune (pas de crainte d'ankylose de la symphyse). L'opération nécessite 5 aides. Bouillet & Baudelocque envisagent l'usage d'un davier distracteur.

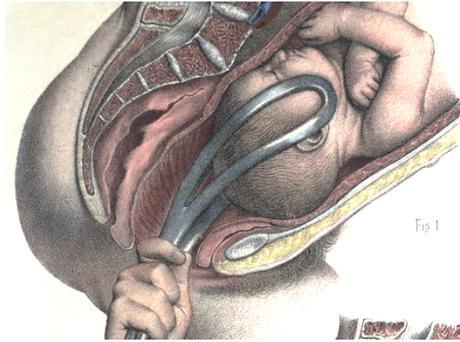
Après le temps des victoires, nouvelle agression des césariens avec à leurs tête Baudelocque qui reprend dans la littérature des textes de chirurgiens ayant à leur époque réalisé des écrits contre Pineau (toujours billard à 3 banes) en attaquant l'idée développée par Pineau on attaque Sigault. (Pineau se retourne sous terre) Sigault par malchance réalise une symphyséotomie en présence du doyen Dessessartz ainsi que devant Coutouly & Lauverjat, deux césariens convaincus. L'enfant a dû être morcelé, la femme Vesprès décède, son autopsie révèle « *une hernie de la vessie, une déchirure du col utérin, un hématome du ligament large, des lésions périostiques des pubis* ». Baudelocque expose longuement ce cas dans son livre & il essaie de faire perdre la primauté de la section de la symphyse à Sigault & Le Roy. D'autres obstétriciens se rangent sous l'étendard de Baudelocque, peut être simplement pour lui plaire.

Camper P (professeur d'anatomie à Groningen) est un admirateur de Sigault & un partisan de la section de la symphyse. Ils ont des rapports épistolaires, Camper assiste à une sympyséotomie à La Haye en 1783.

A Le Roy soutient Sigault, lors de la pratique de la section chez Souchot et remet les pendules à l'heure : l'écartement fut de 2 pouces. Les douleurs sont dues à un vieux rhumatisme, le relâchement des muscles est la cause de l'écoulement. L'usage des forceps est aussi très destructeur. Il rappelle que lors du 4^{ème} accouchement de Souchot Levret a refusé de se servir de forceps. Sue reproche aux opérateurs d'avoir réalisé l'opération à 2, « *une prétendue découverte qui mutilera les femmes sans nécessité, son grand défaut, c'est que, sous prétexte que, par elle-même elle n'est pas mortelle, on en abusera et on la pratiquera le plus souvent inutilement* »

Sigault est trahi par Le Roy prenant pour lui le mérite de la symphyséotomie. Sigault décède assez jeune en 1790 à 40 ans & laisse la place libre à Le Roy.

Baudelocque (1745-1810) est un des principaux adversaires de la symphyséotomie. Il aurait bien voulu couper l'herbe sous les pieds de Le Roy. Baudelocque & Le Roy étaient jaloux l'un de l'autre & la section de la symphyse une aubaine pour ses deux professeurs d'obstétrique à Paris pour s'injurier, (Baudelocque étant professeur adjoint de Le Roy puis chirurgien en chef de la maternité, et surtout premier accoucheur de l'impératrice Marie-Louise & de toutes ces dames de la cours) les attaques étant peu souvent médicales, dans son livre « l'art des accouchements », il est partisan de l'application des forceps au détroit supérieur (comme Levret), ainsi débute sa campagne contre la symphyséotomie. Il défend la césarienne. Son opposition à la section du pubis est claire « *Des hommes sensés se contentaient de gémir sur la destinée des femmes et des enfants qu'ils pouvaient épargner, lorsqu'un étudiant en chirurgie, René Sigault conçut en 1768 le projet d'agrandir le canal du bassin en séparant les os du pubis au moyen de la section de leur symphyse, et le mit en pratique quelques années après, quoique le jugement de l'Académie de chirurgie, auquel il l'avait soumis, ne lui eût pas été favorable* ». Baudelocque, en 1776, dans une thèse essaie de détruire l'opinion avantageuse de certains chirurgiens. Il juge cette intervention inutile car elle réussit dans les cas qui ne nécessitent aucune intervention.



Cela souligne l'abus de l'usage de nouvelles interventions. Il juge Le Roy inapte, celui-ci l'ayant invité à assister à une symphyséotomie, la femme décède 8j après. Défenseur de l'opération césarienne, il lutte contre la section de la symphyse aussi jusqu'à sa mort, pour lui il

n'est pas possible de sectionner la symphyse sans dommage & en plus les forceps sont nécessaires pour finir l'accouchement. Il s'appuie sur une série de 33 symphyséotomies, 12 femmes mortes & les 21 restantes avaient antérieurement accouché normalement ce qui implique que l'opération était inutile ; *« toutes les fois qu'on a sauvé l'enfant, on a tué la mère, et quand on a sauvé la mère on a tué l'enfant, quand les deux individus ont été sauvés, l'opération n'était pas nécessaire »*

Baudelocque revoit en consultation des femmes symphyséotomisées, leur bassin à l'examen est normal ce qui confirme un nouvel abus de cette intervention.



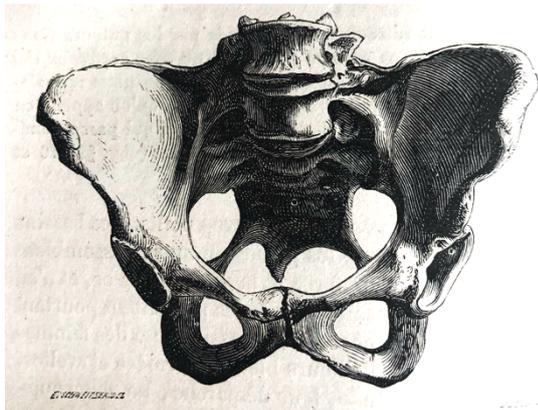
Baudelocque préfère la césarienne suivant les principes de la Faculté de théologie de Paris *« Quoique la vie de la mère fût plus importante que celle de l'enfant à naitre, l'amour du prochain prescrivait également de protéger la vie de l'enfant par la césarienne »*.

La césarienne ne doit être entreprise que lorsqu'elle est indispensable (1/20 échappent à la mort)

Il faut également utiliser l'accouchement prématuré. Un foetus de plus petite taille passera plus facilement dans un bassin déformé.

Dans son livre sur les accouchements, **Velpeau** parle d'une opération grave pour ne gagner que 3 lignes au plus (environ 7 mm). Des paragraphes entiers de son livre sont des copies mot à mot du livre de Baudelocque. En post opératoire l'immobilisation de la hanche est de 6 semaines à 2 mois.

Jacques Delpech réalise ici un de ses premiers travaux extra toulousain, le 9 thermidor an 9 (28 juillet 1801). Il remercie ses premiers maîtres Villars & Alexis Larrey. Il lui est important en tant que jeune praticien de former son opinion sur cette question agitée contradictoirement par des personnes d'un mérite distingué. Il réalise une revue de la littérature. « *L'art de l'accouchement réside sur les rapports de dimensions du bassin de la mère, et de la tête de l'enfant* » La première partie est anatomique & biomécanique. Dans la deuxième partie, il fonde la possibilité & les avantages de la symphysotomie. Il s'étonne des dires de Sigault, Laverjat & Baudelocque : « *qu'une fois la symphyse tranchée, les os se sont écartés, plus ou moins spontanément* ». Cet écartement est inconcevable, sans relâchement des ligaments postérieurs. D'autres auteurs Laurence, Hunter & même



Baudelocque voient un écart de 14 lignes. Delpech oublie le relâchement des ligaments pendant la grossesse. « *Il semble absurde de prétendre, avec quelques partisans irréfléchis de la symphysotomie, en retirer un avantage d'autant plus grand que le bassin est difforme* ». C'est surtout quand un de ces diamètres

seulement est vicieux que la symphysotomie est utile. Il décrit le détroit supérieur de forme triangulaire et non elliptique, ce qui explique l'efficacité de la section d'après lui. « *Un vice radical de tous les ouvrages où l'on a traité de la symphysotomie, c'est d'avoir toujours considéré les difformités extrêmes, et d'avoir négligé ces nuances, c'est pourtant à elles qu'appartienne spécialement cette opération* ». La 3^{ème} partie est sur la manière de réaliser l'opération. L'indispensabilité de l'opération étant établie, il faut éviter la précipitation ainsi que l'excessive lenteur. La section est risquée si elle est réalisée de haut en bas, risque de blessure de l'urètre & du vagin, la section doit se faire d'avant en arrière (Plenck). Ou comme Laverjat le préconise « *de placer une sonde dans le canal de l'urètre* ». Il ne sait pas de combien on peut écarter les os du pubis sans danger ? Immédiatement après

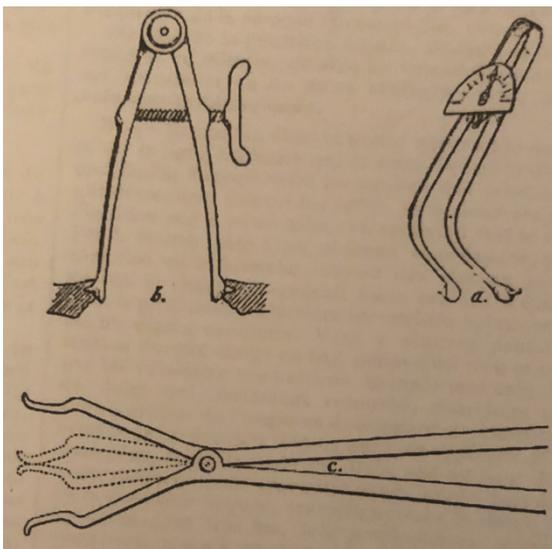
l'accouchement il faut rapprocher les os au moyen d'un bandage. A la suite de son travail, il ne prend pas partie pour les uns ou pour les autres, à l'époque ce travail n'a pas été un fait marquant. Il opte pour la section de la symphyse dans les difformités moyennes. Mais son travail reste en quelque sorte neutre par rapport à la controverse.

Pour Roederer, les os de la tête sont trop mous pour disjoindre le bassin au moment du travail. Le but de Sigault est de conserver l'enfant en épargnant les jours de la mère. Il joue à la roulette russe ne sachant pas de combien sera l'écartement de la symphyse, car dans son expérience cet écartement n'a jamais été suffisant ce qui le fait se prononcer pour la césarienne. L'ouverture de la symphyse s'accompagne toujours de rupture sacro-iliaque, ce qui est noté par de nombreux auteurs. Cet écartement n'augmente pas le diamètre antéro-postérieur, avec en plus de nombreuses déchirures associées col de la vessie & l'impossibilité de marcher peut atteindre un an.

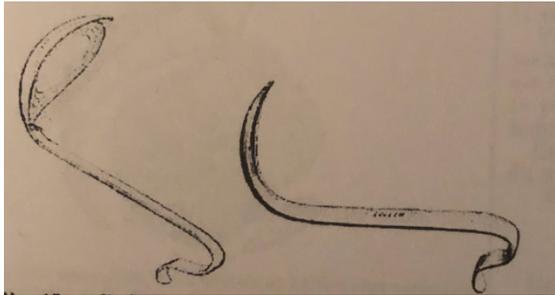
Pour **Blumenbach**, la mobilité du bassin dépend du relâchement des parties molles.

En Angleterre **Osborne** rejette l'opération tout en exprimant sa pensée par une goujaterie : « *chez les femmes ayant un bassin trop étroit, l'infanticide est permis* » en 1783. Ce qui donne le ton de cette controverse.

Au contraire **Farabeuf** affirme que les insuccès sont dus à un défaut préalable d'ouverture du

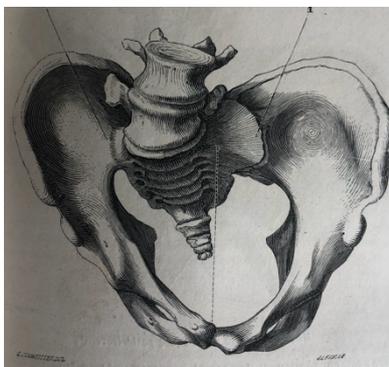


bassin, par écartement manuel, avant l'accouchement. « *Dans les bassins justes le fœtus avec lenteur passe ; mais dans les bassins trop justes vu la gravité actuelle de la césarienne, l'accouchement ne peut se terminer que par l'agrandissement momentanée du bassin, qui sauve la mère & l'enfant* ». IL codifie tous les temps



de l'intervention, met au point une gouttière protectrice de l'urèthre, ainsi que plusieurs modèles de daviers écarteurs des pubis qui indiquent la valeur de l'écartement. Après la section de la symphyse le temps d'écartement est obligatoire

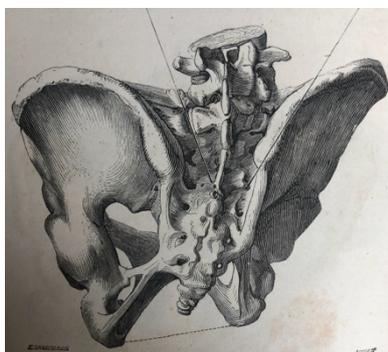
de 6 à 7 cm, sans risque. Il décrit la section à ciel ouvert. Pour Farabeuf la section de la symphyse peut être écartée de 6 cm sans déchirure des ligaments, après la section il faut ouvrir le bassin avant tout autre geste.



Pinard A (1844-1934) publie les résultats cliniques de la section de la symphyse selon l'abord de Farabeuf.

Entre février 1892 & mars, 38 agrandissements du bassin ont été pratiqués à la clinique Baudelocque, 36 symphyséotomies, 1 pubectomie & 1 ischio-pubiotomie, les résultats donnent 2 femmes décédés sur 38, 34 enfants vivants & 4 décédés. Les résultats des pubectomies & ischio-pubectomies sont acceptables soit en tout 74 vivants & 6 morts. Il conclut que la symphyséotomie ou la pubiotomie aseptique est une opération non dangereuse. L'écartement des os du bassin doit être en rapport avec le retentissement. Ne pas dépasser 7 cm d'écartement

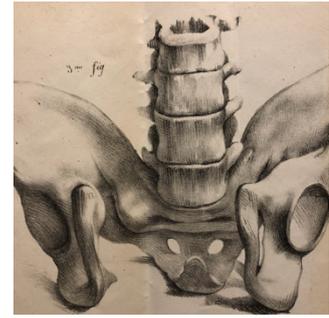
sinon risque de lésion des parties molles. L'embryotomie doit être à jamais proscrite.



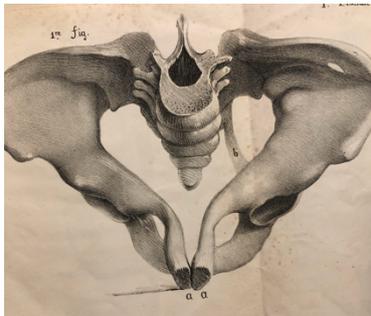
Pour Pinard « *grâce à la symphyséotomie, la vie de bien des femmes et de bien des enfants sera sauvegardée* » Dans les bassins resserrés la section ne pourrait jamais remplacer la césarienne.

En 1860, pour **Naegel**, l'opération est accueillie avec enthousiasme, mais elle ne répond pas aux espérances mis en elle & ne remplacera pas la césarienne.

L'augmentation du diamètre du bassin est peu importante. On ne peut pas prévoir l'agrandissement. Si la symphyse est ossifiée la section est impossible ou rendue plus difficile. La section de la symphyse n'est pas toujours suffisante pour l'extraction et en plus l'usage de forceps est nécessaire.



Sacombe Jean François met dans le même sac les césariens & les symphysiens les accusant d'éventrer, de mutiler & de crocheter les femmes au travail, reprochant à Baudelocque les 12 césariennes pratiquées à Paris (avec Dubois, Péletant & Coutouly) sans aucun succès, lui leur aurait sauvé la vie ? Il accuse Baudelocque d'infanticide. Cela va finir par un procès entre les deux accoucheurs,



Sacombe perdra le procès en 1804, mais cela est une autre histoire !

En 1822, **Levasseur R** essaye de calmer le jeu « de la rivalité, des petites passions, et aux prétentions ridicules » « et à ce misérable esprit de parti qui a régné si longtemps dans nos écoles ». Pour Boyer il sera plus sage d'attendre 30 ans pour mieux connaître les avantages et les inconvénients de la symphyséotomie. Il ne peut attendre ce délai Il rapporte un bassin très « défiguré » qui malgré ses dimensions n'a pas été l'obstacle à 3 accouchements, mais dans les suites présence d'importantes douleurs, la marche est reprise à la troisième semaines, tableau semblable aux suites d'une symphyséotomie. Pour tout



accouchement il se produit une diduction de la symphyse avec gonflement des cartilages & des tissus intermédiaires, allongement des ligaments & cliniquement présence d'un vide au niveau de la symphyse ; ses schémas sont très parlants.

Ce qui renforce ses idées favorables à la symphyséotomie, ainsi que toutes les mesures qu'il réalise sur les

bassins. Il trouve que Baudelocque est souvent en erreur & en contradiction avec lui-même.

Ansiaux N J (1780-1834), passe sa thèse à Paris sur « L'opération césarienne et la section de la symphyse en l'an XII (n° 119). Il est nommé professeur de gynécologie en 1828. Le choix des techniques dans un accouchement laborieux est important pour lui. *« Le cas le plus embarrassant et le plus triste pour le médecin accoucheur est sans doute celui où la nature, paraissant en contradiction avec elle-même, semble fermer toute Issue à l'individu qu'elle a développé dans l'utérus, et qu'elle s'efforce d'en expulser à une époque déterminée. Combien ses fonctions sont alors pénibles et difficiles ! et combien ne doit-il pas apporter d'attention et de délicatesse dans le choix de ses procédés ! »* Pour délivrer la mère : 3 solutions, la césarienne, la section de la symphyse & l'extraction de l'enfant par lambeau. Dans le chapitre sur la césarienne, il existe un grand chapitre historique, de nombreuses observations puis il détaille l'opération. Deux procédés : soit la méthode de Solayrès par médiane sous ombilicale, soit la méthode de Laverjat par une incision transversale. L'hystérotomie est une opération grave & ne doit être employée que lorsqu'aucune autre ressource ne se présente. Il accueille avec plaisir l'apport de la section de la symphyse. Notant que les observations se multiplient et forment un ensemble de preuves en sa faveur, **son utilité est bien démontrée par ses succès.**

Après une période d'abandon, la section est réutilisée en Italie par Morisan, il publie 50 cas avec 40 succès. Une autre technique voit le jour en Italie la pubiotomie avec l'aide de la scie ruban de Gyli. Mais devant de nombreuses complications nouvel abandon. Au Brésil Zarate réalise un abord sous cutané avec une section partielle de la symphyse qui a pour effet de relancer cette technique. Une seule indication semble rester : présentation du front enclavé, si l'on ne peut pratiquer une césarienne.

Conclusion :

La symphyséotomie reste à l'heure actuelle toujours controversée, son champ d'action est la disproportion foeto-pelvienne

modérée, cette technique est toutefois sûre, efficace & acceptable dans de nombreux pays en voie de développement.

La césarienne est d'usage courant dans les disproportions foeto-pelviennes. L'impossibilité de réaliser une césarienne (faute d'installation, faute de temps, ou si la mère est trop malade ou si elle la refuse), il faut réaliser une symphyséotomie. De moins en moins pratiquée elle devient une opération de 2^{ème} choix.

Dans un des dernier article Glaster conclut que la symphysectomie ne doit pas être regardée comme une intervention de dernier recours surtout indigne dans un pays développé. Dans des situations bien ciblées (pour résoudre une situation dystocique, lors de mort in utero si l'embryotomie est impossible) la symphysectomie est préférable à une césarienne. Les complications sont rares & la symphyséotomie garde une place dans l'arsenal thérapeutique de l'obstétrique dans les pays en voie de développement.

Pour Pinard en 1891, « *grâce à la symphyséotomie la vie de bien des femmes et de bien des enfants sera sauvegardée et les accoucheurs n'auront plus à imposer le supplice de broyer des enfants* »

Opération originale réalisée pour la première fois 200 ans après sa conception, la section de la symphyse aurait pu être un simple apport dans l'arsenal de l'obstétricien, sa présentation en tant que remplacement de la césarienne et le mauvais climat entre Alphonse Le Roy & son agrégé Jean Louis Baudelocque ont fait déborder le vase donnant une mémorable controverse. On peut imaginer l'inverse, Baudelocque défendant la section de la symphyse & Le Roy la césarienne, avec la même animation autour d'eux.

BIBLIOGRAPHIE :

1-Ansiaux Nicolas-Joseph : Clinique chirurgicale ou recueil de mémoires et observations de chirurgie pratique. Dissertation sur l'opération césarienne et la section de la symphyse des pubis. P 59- 107, Liège, Desoer J, 1829.

2- Baudelocque Jean-Louis : L'art des accouchements. Paris, Désprez & Méquignon, 1789

2-Delpech Jacques : Possibilité et degrés d'utilité de la symphysotomie, essai inaugural, présenté à l'École de Médecine de Montpellier le 9 thermidor an 9. Montpellier, Jean Martel ainé, an 9.

- 3-Desormeaux, Dubois P** : Dictionnaire de médecine ou répertoire général des sciences médicales, 2^{ème} édition, Tome 29 : Symphyséotomie ou symphysiotomie. Béchet jeune, 1844, p110-122.
- 4-Dumont Martial** : La longue et laborieuse naissance de la symphyséotomie ou de Séverin Pineau à Jean-René Sigault. Histoire de l'obstétrique. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod, 1989,18, 11-21.
- 5-Farabeuf L. H** : Dystocie du détroit supérieur. Mécanisme-Diagnostic-Traitement Symphyséotomie. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 41^{ème} année, N° 23, 9 juin 1894.
- 6-Farabeuf L. H** : Précis de manuel opératoire. Parie, A Lahure, 1888.
- 7-Galster E, Vial Y, Hohfeld P** : Aspects actuels de la symphysiotomie. Mise au point. À propos d'un cas et revue de la littérature. Journal de gynécologie obstétrique et de biologie de la reproduction 1999 ; 28 : 519
- 8-Hofmeyr G. J, Shweni P. M** : Symphysiotomie en cas de disproportion foeto-pelvienne. Résumés Cochrane, 17 octobre 2012.
- 9- Krémer R** : A propos du cours d'accouchements d'Eugène Hubert (1878), 2005
- 10- Laverjat** : Nouvelle méthode de pratiquer l'opération césarienne et parallèle de cette opération et de la section de la symphyse des os pubis. Paris, Méquignon l'aîné, 1788.
- 11-Lenoir A, Sée M, Tarnier S** : Atlas de l'art des accouchements. Paris, Masson G,
- 12-Le Roy Alphonse** : Recherches historiques et pratiques sur la section de la symphyse du pubis, pratiquée, pour suppléer à l'opération Césarienne, le 2 octobre 1777, sur la femme Souchet. Paris, Le Clerc, 1778.
- 13-Levasseur R** : Dissertation sur la symphyséotomie et sur l'enclavement, 1822, Bruxelles.
- 14- Levret A** : Observations sur les causes et les accidents de plusieurs accouchements laborieux, avec des remarques sur ce qui a été proposé ou mis en usage pour les terminer ; & de nouveaux moyen pour y parvenir plus aisément. Paris, Delaguette, 1750.
- 15- Maurel (Étienne-Louis) de Lapomarde** : Baudelocque (Jean-Louis) sa vie-son œuvre. Thèse de médecine, Paris, 1899.
- 16-Malgaigne J. F** : Œuvres complètes d'Ambroise Paré, revues et collationnées sur toutes les éditions. Paris, J B Baillière, 1840.
- 17-Muylder X** : La place actuelle de la symphysiotomie. Ann, Soc, belge Méd. Trop, 1985, 85, 3-15.
- 18-Naegelè Fr. Ch** : Des principaux vices de conformation du bassin spécialement du rétrécissement oblique. Traduit de l'allemand par Danyau A. C. Paris, J B Baillière, 1840.

- 19-Naegelè H. F, Grenser W. L** : Traité pratique des accouchements. Traduit de l'allemand par Aubenas G.A. Paris, J _ . B. Baillière, 1869.
- 20-Pinard A** : De l'agrandissement momentané du bassin. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 41^{ème} année, N° 18, 5 mai 1894.
- 21-Pinaeus Sever** : De integritas et corruptionis virginum notis.LVGD Batavde, 1650.
- 22-Rouvière H, Delmas A** : Anatomie humaine, descriptible & topographique, 10^{ème} édition, Paris, Masson, 1970.
- 23-Sigault Jean-René** : Mémoire suivit du rapport de Grandclas & Descemet au sujet de la section de la symphyse des os pubis, faites par M Sigault le 1 octobre 1777. Paris, Quillau, 1777.
- 24-Sigault Jean-René** : Discours sur les avantages de la section de la symphyse, lu le 3 novembre 1778. Paris, Quillau,
- 25-Sigault Jean-René** : Discours sur les avantages de la section de la symphyse dans les accouchements laborieux, lu le. 15 novembre 1778 en séance publique de la Faculté de médecine de Paris. Paris, Quillau, 1778
- 26-Sue le jeune** : Essais historique sur l'art des accouchements
- 27-Testut L** : Traité d'anatomie humaine. 4^{ème} édition, Paris, Octave Doin, 1899.
- 28-Tricoire J L** : A propos de quelques controverses. 4^{ème} Congrès Ollier, Les Vans, 11, 12 et 13 juin 2015
- 29-Van Heiningen Teunis Willem** : La section de la symphyse pubienne et l'opération césarienne. Analyse d'une controverse (1765-1830). Histoire des sciences médicales. Tome XLIII- N°3-2009 ? 2449-260.
- 30-Velpeau Alfred** : Traité complet de l'art des accouchements ou tocologie théorique et pratique. Paris, J-B Baillière, 1835.
- 31-Witkowski Gustave-Jules** : L'arsenal obstétrical. Paris, Steinhell G, 1887.