

DE
LA SYMPHYSÉOTOMIE

PAR
Le Professeur A. PINARD

G. STEINHEIL, Éditeur.



**Biblioteka Główna
WUM**

Biblioteka Główna WUM

Br.6872



000027068



www.dlibra.wum.edu.pl

Maison d'Accouchements Baudelocque. Clinique de la Faculté

DE LA SYMPHYSÉOTOMIE

Leçon faite par le Professeur A. PINARD

LE 7 DÉCEMBRE 1891

A l'heure actuelle, lorsque nous nous trouvons en présence d'une femme en travail ayant un rétrécissement du bassin, et que nous avons constaté soit par le seul palper mensurateur, soit après l'emploi infructueux du forceps, l'impossibilité de l'expulsion ou de l'extraction du fœtus par les voies naturelles, nous sommes réduits à choisir, pour délivrer cette femme, entre les deux moyens suivants : ou broyer la tête et terminer l'accouchement par les voies naturelles, ou pratiquer l'opération césarienne.

Quand l'enfant est mort, la situation est nette. L'indication du broiement est formelle, acceptée par tous et, grâce au basiotribe, ce merveilleux instrument dont nous sommes redevables à M. Tarnier, l'embryotomie céphalique se fait avec autant de facilité que de sécurité. Tous ceux qui ont manié ou vu manier le basiotribe, m'accorderont que la basiotripsie est une opération souvent plus facile qu'une appli-

cation de forceps régulière au détroit supérieur, et que le pronostic pour la mère en est tout aussi favorable. Les résultats que j'ai publiés en 1887 (1), ceux que j'ai pu enregistrer depuis cette époque, ne me laissent aucun doute à ce sujet.

Notre situation est tout autre quand l'enfant est vivant. Le broiement est discutable et très discuté par les partisans de l'opération césarienne. Tandis que, s'appuyant sur les résultats de la basiotripsie, les accoucheurs français, à peu d'exceptions près, sacrifient l'enfant dans tous les cas pour sauver la mère, un grand nombre d'accoucheurs étrangers se prononcent pour l'opération césarienne, lorsque *la situation n'a pas été compromise* par des tentatives d'extraction par les voies naturelles.

Quels sont les résultats de ces différentes manières d'agir.

Sur 50 femmes saines chez lesquelles on pratique la basiotripsie, l'enfant étant vivant, nous avons :

Femme guéries.....	50
Enfants sacrifiés.....	50

Sur 28 femmes saines chez lesquelles on pratique l'opération césarienne nous avons, d'après la statistique la plus favorable, celle de Léopold (jusqu'en 1890).

Femmes guéries.	25	Mortes..	3
Enfants sauvés..	28		

Ainsi, aujourd'hui encore, malgré les progrès considérables réalisés depuis quinze ans, en présence du cas que je vous ai signalé au début de cet entretien, nous sommes réduits soit à pratiquer une opération qui sauve la mère aussi sûrement qu'elle tue l'enfant, soit à pratiquer une opération qui sauve l'enfant en compromettant la vie de la mère.

Resterons-nous toujours en face de cette cruelle alterna-

(1) *Union médicale*, 1887.

tive ? Serons-nous longtemps encore condamnés à ce supplice, qu'il faut avoir enduré pour savoir ce qu'il est, de tuer des enfants bien portants ou de faire courir à la mère les dangers encore redoutables de l'opération césarienne ?

J'espère que non, Messieurs ; je crois que cette fatalité peut disparaître grâce à une opération, la Symphyséotomie, imaginée en 1768 par un de nos compatriotes, étudiant en chirurgie, Sigault, qui la pratiqua pour la première fois et avec succès en 1777 sur la femme d'un soldat du guet nommé Souchet.

Cela vous étonne, je le comprends ; et vous vous demandez sans doute pourquoi je fonde aujourd'hui de si grandes espérances sur le réveil d'une opération que certains d'entre vous savent délaissée depuis si longtemps, et dont les autres ignorent presque le nom.

C'est, Messieurs, ce que je désire vous exposer aujourd'hui.

Bien que je ne veuille ni ne puisse vous faire ici l'historique complet de la section de la symphyse du pubis, il m'est impossible de ne pas vous en rappeler les grands traits, car c'est seulement ainsi que j'espère vous faire comprendre les causes de la grandeur, de la décadence et de la résurrection de cette opération.

Ainsi que je vous le disais il y a un instant, c'est à Sigault que revient le mérite de la conception et de l'application de la symphyséotomie et nullement, comme on a cherché à l'insinuer, à Séverin Pineau.

Mal accueillie dès le début (1768) par l'Académie de chirurgie, mais pratiquée avec succès par son auteur en 1777, l'opération nouvelle eut bientôt un immense retentissement et provoqua un enthousiasme extraordinaire. La Faculté de médecine ne crut pas trop récompenser, en faisant graver une médaille en son honneur, Sigault qui fut considéré par

bien des gens comme un bienfaiteur de l'humanité. Comme toujours quand on préconise une opération nouvelle, les cas prétendus justiciables de la symphyséotomie se multiplièrent à l'envie à Paris, dans les provinces et à l'étranger. Mais bientôt une réaction se produisit et l'on put assister à une lutte ardente entre les symphysiens et les césariens, lutte à laquelle prirent part les accoucheurs de tous les pays.

Parmi les adversaires acharnés de la symphyséotomie j'ai le regret d'être obligé de vous citer, en première ligne, Baudelocque. Ayant, en 1776, soutenu une thèse dans laquelle il se prononçait contre l'opération de Sigault, il ne voulut jamais revenir sur ce premier jugement. Peut-être est-ce la cause de sa persistance dans ce que je considère, moi, comme une erreur. Quoi qu'il en soit, Baudelocque, qui avait cependant fait de nombreuses expériences cadavériques et des remarques très judicieuses, en vint à dire, en résumé, que quand les femmes opérées de symphyséotomie mouraient, c'était incontestablement l'opération seule qu'il fallait incriminer ; qu'on trouvait à l'autopsie des lésions aussi nombreuses qu'effroyables, telles qu'un médecin, ce pauvre M. de Mathiis, assistant à l'autopsie d'une de ses opérées « à la vue de tant de désordres fut tellement ému qu'il s'en trouva mal et tomba en syncope ». Quant aux femmes guéries, peut-être quelques-unes, dit Baudelocque, n'ont-elles pas été opérées ; et pour celles chez qui il ne peut nier l'opération, il affirme qu'elles ont été opérées inutilement. L'accouchement aurait eu lieu spontanément comme en témoignent les signes d'immaturation des enfants.

Bref, l'opération recommandée par Sigault ne peut donner de bons résultats puisque, d'après ses expériences, Baudelocque affirme que les symphises sacro-iliaques se déchirent

pour un écartement des os pubis de moins de deux pouces et demi et que malgré cet écartement l'augmentation des diamètres antéro-postérieurs est insuffisante pour laisser passer l'enfant.

L'anathème de Baudelocque fut répété par M^{me} Lachapelle. Aussi, bien qu'Antoine Dubois eût opéré pour la deuxième fois avec succès la femme Delaplace, et malgré le judicieux plaidoyer de Gardien en faveur de la symphyséotomie, cette opération ne tarda pas à disparaître de la pratique des accoucheurs français. P. Dubois et Désormeaux la condamnent à peu près. Si Velpeau, Jacquemier, Cazeaux ne la repoussent pas absolument et pensent même qu'elle peut avoir des indications dans quelques cas, ils ne la pratiquent pas. Stoltz, bien qu'il ait imaginé un procédé nouveau de symphyséotomie, lui préfère l'opération césarienne. Il en est de même de M. Tarnier qui cependant a écrit dans le texte qui accompagne l'Atlas de Lenoir, M. Sée et Tarnier « qu'il n'est peut-être pas audacieux ni téméraire de penser que la symphyséotomie sera un jour le complément de l'accouchement prématuré ». J'ajouterai enfin que M. Bouchacourt qui, dans l'article Pubiotomie du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article très intéressant dont je vous recommande la lecture, rapporte qu'il a fait avec M. Polosson des expériences sur ce sujet et se montre favorable à l'opération, surtout en s'appuyant sur les résultats obtenus par l'école de Naples, n'y a jamais eu recours.

En Allemagne, E. G. J. de Siebold a formulé peu après Baudelocque cette appréciation sur la symphyséotomie : « il y a, dit-il, une grande vérité dans le jugement de Baudelocque qui dit « que toutes les fois qu'on a sauvé l'enfant on a tué la mère ou quand on a sauvé la mère on a tué l'enfant. Quand les deux individus ont été sauvés, l'opération n'était pas nécessaire ». Et plus loin, en terminant les

considérations sur l'opération, il ajoute : « L'expérience et le temps sont suffisants aujourd'hui pour permettre de porter un jugement définitif. Pour tous ceux qui ne sont pas aveugles, elle ne reste plus qu'une curiosité historique et c'est à elle qu'on peut appliquer ce précieux proverbe : « *Felix quem faciunt aliena pericula cautum !* » (1).

C'est à peine si actuellement, en Allemagne, il est question de la symphyséotomie, même à titre historique. Zweifel écrit, en 1889, que l'idée même en est fausse.

Fehling (2) dit : « Quand la femme ne vient consulter qu'à terme, l'opération césarienne conservatrice (opération de Sãnger) si l'enfant est vivant et la craniotomie s'il est mort, vaudront beaucoup mieux que la symphyséotomie. Je suis d'accord, sur ce point, avec tous les accoucheurs allemands, anglais et français ».

Winckel (1889) la condamne également. Dans la 4^e édition de Fritsch (de Breslau), 1888, il n'est pas question de la symphyséotomie, et dans la 10^e édition du traité de Schröder, revue par Olshausen et J. Veit, le mot n'existe même pas à la table des matières.

Même réprobation de la part des accoucheurs anglais.

En Italie, au contraire, la symphyséotomie qui avait été dès le début, acclamée comme un bienfait du ciel, prit racine. Elle y fut pratiquée nombre de fois depuis le commencement du siècle et, depuis quelques années, presque exclusivement par l'École napolitaine. Les résultats obtenus furent à plusieurs reprises publiés par le professeur Morisani (Congrès de Londres, *Annales de Gynécologie*, 1881, et *Annali di Ostetricia*, 1886) qui a bien voulu m'en-

(1) *Essai d'une histoire de l'obstétricie* par SIEBOLD, traduite avec additions, figures et appendices par le professeur F.-J. HERRGOTT (sous presse).

(2) MULLER. *Handbuch der Geburtshülfe*, 1889.

voyer les résultats obtenus depuis 1887 jusqu'à ce jour et dont je donnerai connaissance dans quelques instants (1).

J'adresse à ce sujet au Directeur de la Clinique obstétricale de Naples mes plus sincères remerciements.

Je ne m'arrêterai à discuter pour le moment ni les causes qui ont fait abandonner et condamner la symphyséotomie par le plus grand nombre des accoucheurs, ni les raisons pour lesquelles l'École obstétricale de Naples affirme que c'est une opération utile, bienfaisante, et appelée à tenir une large place en obstétrique opératoire. Je vous rappellerai seulement que l'avènement de l'antisepsie a rendu possibles et inoffensives, une foule d'opérations jadis graves sinon toujours mortelles et que la symphyséotomie paraît être du nombre.

Dans ces nouvelles conditions, l'intérêt du débat réside tout entier dans la solution des questions suivantes :

1° Peut-on par la symphyséotomie obtenir, sans lésions graves, un agrandissement notable du bassin? Quel peut être cet agrandissement?

2° La symphyséotomie est-elle à la portée de tous les accoucheurs et comment doit-on la pratiquer?

3° Quelles sont les suites de l'opération relativement à la consolidation du bassin, à la station debout, à la marche et à des grossesses ultérieures.

I. — Quant à la première question, les résultats publiés par Baudelocque et par ceux qui, depuis Baudelocque, ont cherché à élucider cette question paraissent absolument contradictoires.

Pour les uns la symphyséotomie ne ferait gagner que quelques millimètres aux diamètres antéro-postérieurs. Pour les autres, ces diamètres augmenteraient bien davantage. Mais ceux-là mêmes qui concèdent cet agrandissement

(1) Voyez *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, janvier 1892.

pensent qu'il ne peut être obtenu sans que les ligaments des symphyses sacro-iliaques se déchirent, sans une véritable dislocation du bassin aux conséquences redoutables. Tâchons d'expliquer ces contradictions et cherchons la vérité à l'aide des documents anciens et de quelques expériences que j'ai faites avec la collaboration du professeur Farabeuf et de mon chef de clinique, le D^r Varnier.

Sans tirer de conclusions, voyez d'abord cette coupe faite suivant le plan du détroit supérieur d'un bassin de 10 c. 8 provenant d'une femme morte de néphrite 9 jours après un accouchement à terme, et que M. Labadie-Lagrave, médecin de la Maternité, et M. Gouget, son interne, ont mis gracieusement à ma disposition (pl. I et II). Moyennant un écartement pubien de 6 centimètres, ce bassin de 10 c. 8 est devenu un bassin de 12 c. 4, c'est-à-dire que le diamètre antéro-postérieur a gagné 14 millimètres. L'articulation sacro-iliaque est béante en avant ; les puissants ligaments postérieurs sont intacts et ne sauraient souffrir de l'écartement des pubis quelle qu'en soit l'étendue ; le mince ligament antérieur qui, lui, résiste à l'écartement, n'est même pas déchiré, mais simplement décollé de la face antérieure de l'os iliaque. J'enlève l'index de bois qui fixait l'écartement et je referme le bassin (pl. II) ; les surfaces de l'articulation sacro-iliaque se rapprochent et il faut y regarder de près pour retrouver traces du décollement.

Voyez cette autre coupe qui intéresse aussi bien le chirurgien que l'accoucheur. Elle a été moins heureuse que la précédente ; la scie a notablement dévié sur la gauche du plan du détroit supérieur. Vous pouvez voir néanmoins que pour un écartement de 3 centimètres les ligaments antérieurs des symphyses sacro-iliaques ne sont même pas décollés. Pourtant, Messieurs, il s'agit là d'un bassin de vieille femme, morte en dehors de tout état puerpéral.

Ainsi, sur ces deux bassins dont l'un est vicié et l'autre normal, dont l'un appartenait à une femme âgée non puerpérale, et l'autre à une femme morte en couches, vous pouvez faire des constatations presque identiques et vous persuader : 1° que l'agrandissement est possible ; qu'il est notable ; 2° que maintenu dans des limites utiles, il se fait sans autre altération du bassin qu'un décollement des ligaments antérieurs des symphyses sacro-iliaques.

Pour vous rendre compte de l'agrandissement des bassins viciés moyennant un écartement inter-pubien de six centimètres, il vous suffira de regarder les deux figures ci-jointes (fig. 1 et fig. 2) qui ont été construites par M. Parabeuf pour schématiser les résultats que nous avons obtenus et que l'on doit toujours obtenir, mathématiquement. Vous y verrez, ce que Baudelocque avait déjà constaté : un agrandissement d'autant plus considérable que le rétrécissement est plus accusé. Et les légendes suggestives qui les accompagnent compléteront ma pensée.

Je laisse de côté d'autres points secondaires qui sont à l'étude. Il me suffit pour l'instant de vous avoir montré ce que peut vous donner sans grands désordres articulaires la symphyséotomie.

II. — La plupart de ceux qui ont pratiqué cette opération, la considèrent comme relativement facile, quel que soit le manuel opératoire mis en œuvre. M. le Dr Spinelli, ancien assistant du professeur Morisani, a bien voulu non seulement me donner les renseignements les plus complets sur les différents procédés employés en Italie, mais encore exécuter devant nous cette opération sur le cadavre telle qu'on l'exécute à Naples. Je lui adresse à ce propos mes remerciements, car, fervent apôtre de la symphyséotomie, il a tout fait pour entraîner notre conviction. Je crois que ce manuel opératoire peut être simplifié et rendu plus sûr ;

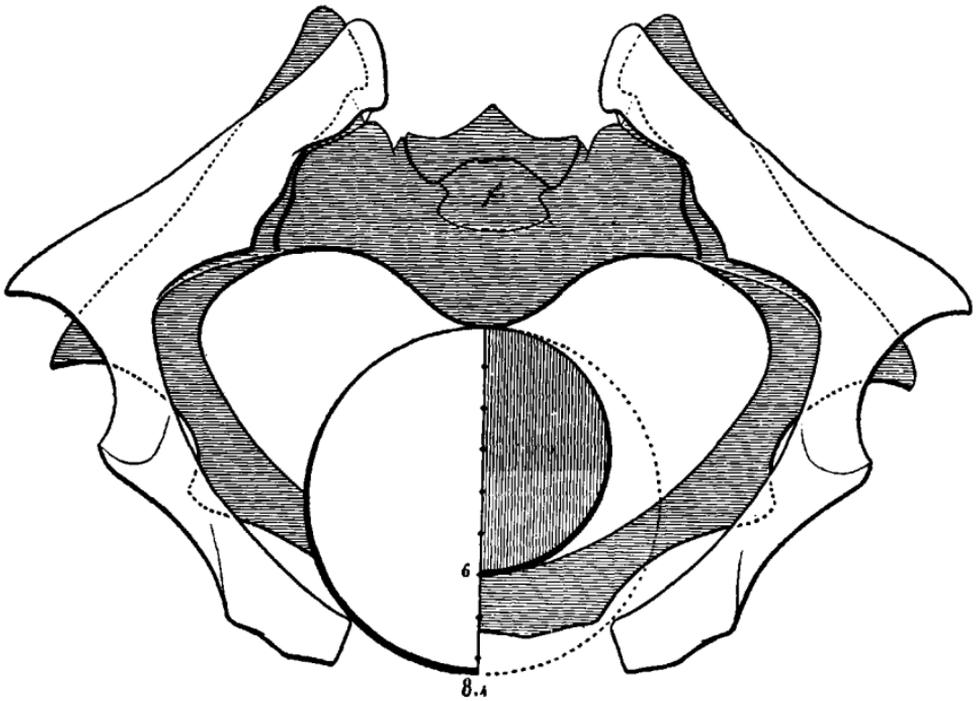


FIG. 1. — Coupe parallèle au plan du détroit supérieur d'un bassin très rétréci ayant un diamètre promonto-pubien de 6 cent. — représenté gris avant la section de la symphyse et blanc après l'écartement de 60 millim. permis par cette section.

Le diamètre de la sphère blanche, acceptée par le bassin écarté, est au diamètre de la sphère grise ajustée au bassin intact comme 84 : 60. Le volume de la sphère blanche est au volume de la sphère grise : : 310 : 113, presque le triple !

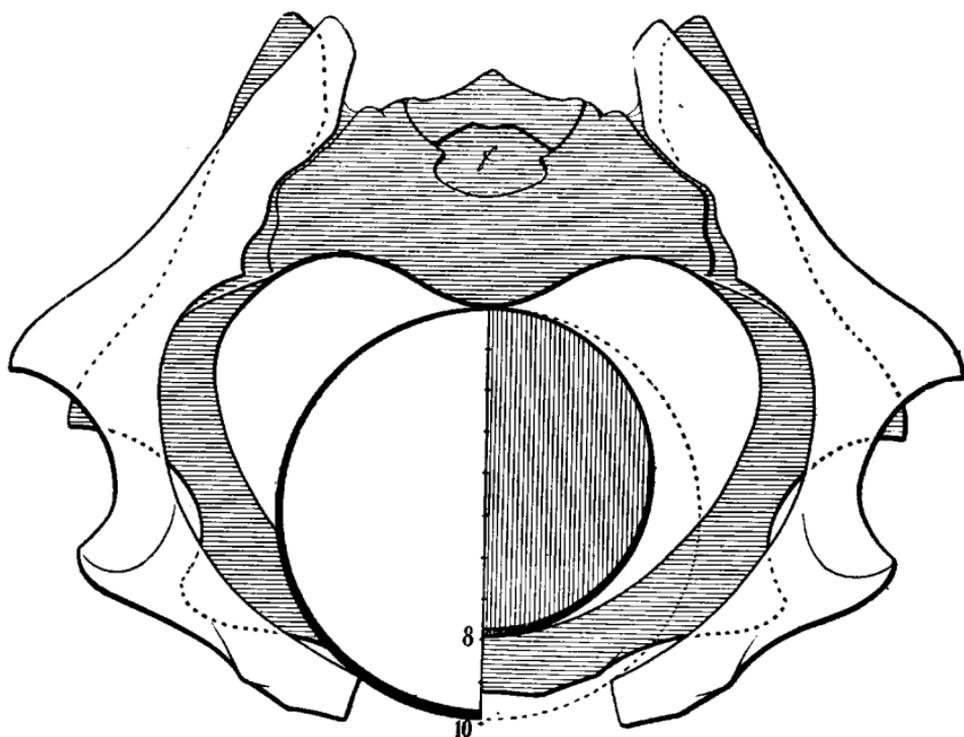


FIG. 2. — Coupe parallèle au détroit supérieur d'un bassin modérément rétréci, ayant un diamètre promonto-pubien de 8 cent. — représenté gris avant la symphyséotomie, blanc après l'écartement de 60 millim. permis par cette opération.

Le diamètre de la sphère blanche, acceptée par le bassin dilaté, est au diamètre de la sphère grise ajustée au bassin intact, comme 98 : 80. Le volume de la sphère blanche est à celui de la sphère grise : : 488 : 267, presque le double. Autrement : un fœtus de 3000 gr. sera plus petit pour le bassin coupé qu'un fœtus de 2000 gr. pour le bassin intact.

je suis convaincu que dans la plupart des cas, la symphysectomie sera facile; qu'on peut sectionner la symphyse sans craindre de léser ni la vessie, ni le péritoine, et qu'il n'est pas nécessaire d'avoir à sa disposition un appareil instrumental compliqué.

Ce qui me paraît raisonnable, le voici :

Je ne repousse pas formellement les instruments ostéotomes employés ordinairement; je crois même qu'il est sage et prudent de les avoir à sa disposition.

Mais j'estime que le simple bistouri à lame courte, solide et pourtant assez mince, suffira et sera préférable dans la majeure partie des cas.

Toutes les précautions antiseptiques prises, tous les instruments chirurgicaux et obstétricaux préparés, je placerais la femme dans le décubitus dorsal parfait au bord d'un lit de hauteur modérée afin de pouvoir la dominer de mon regard tombant à pic sur la ligne médiane qu'il s'agit d'inciser. Je me placerais à droite de la patiente très rapprochée de moi.

Ayant rasé le pubis et marqué au besoin au cordeau et à la teinture la ligne médiane sterno-clitoridienne, j'inciserais les téguments et la graisse prépubienne attentivement, sur cette ligne, en tenant mon bistouri incliné et marchant rigoureusement dans le plan vertical médian.

Une incision de 8 à 10 cent. me paraît convenir : elle aboutirait au-dessus du clitoris et là seulement elle se dévierait légèrement pour épargner cet organe et ses vaisseaux.

Je séparerais alors les muscles droits dans la partie supérieure de la plaie pour permettre au doigt d'entrer dans la cavité prévésicale, de protéger la vessie et de sentir le bourlet. Alors, ayant repris notion nette de la ligne médiane, j'inciserais la symphyse de haut en bas et d'avant en arrière par plusieurs traits de bistouri.

Si j'en juge d'après le cadavre, quand la symphyse est

coupée, les pubis s'écartent un peu d'eux-mêmes. Au besoin je ferais solliciter cet écartement par deux aides agissant sur les cuisses.

Je réserverais le ligament sous-pubien pour la fin ; je n'y porterais la pointe qu'avec réserve, j'essaierais d'abord de le forcer avec le doigt. Je ne m'arrêterais qu'après avoir pu passer à l'aise le doigt entre les pubis dans toute leur hauteur. Et même je voudrais alors, avant toute tentative obstétricale, m'assurer en provoquant une prudente abduction des cuisses que la section est complète, qu'il ne reste rien en avant dont le fœtus ait à triompher par la violence et au péril de sa vie, c'est-à-dire que les pubis peuvent s'écarter de 4 à 6 cent.

Après m'être assuré ainsi que les pubis sont libres, que les ligaments antérieurs sacro-iliaques permettent un écartement notable, je remplirais et couvrirais la plaie antiseptiquement (pansement provisoire) et je redeviendrais accoucheur.

III. — Ceci étant dit, j'arrive à la 3^e question : Dans quelles conditions s'observe et s'effectue la consolidation du bassin après la symphyséotomie ?

Nous savons déjà, par des observations assez nombreuses, qu'après la rupture spontanée ou artificielle de la symphyse pubienne, pendant le travail, la consolidation du bassin est la règle. J'ai eu pour ma part l'occasion d'en observer un bel exemple. Le 25 décembre 1883, en faisant une application de forceps dans mon service à Lariboisière, chez une femme ayant un rétrécissement du bassin, j'entendis au moment où, avec un seul doigt, je faisais exécuter à l'instrument et à la tête le mouvement de rotation, un craquement sonore. Après l'extraction complète, n'ayant constaté aucun enfoncement sur la tête de l'enfant qui se portait très bien, je pratiquai le toucher et reconnus avec effroi que la sym-

physe était rompue et qu'on pouvait loger deux doigts dans l'écartement des pubis. Six semaines après, sans application d'aucun appareil contentif, cette femme quittait ma Maternité, marchant aussi bien qu'avant son accouchement. J'ajouterai que, devenue enceinte une seconde fois, cette femme qui avait un rétrécissement assez prononcé, accoucha, à terme et spontanément.

J'étais donc déjà confiant dans une certaine mesure et cette observation m'avait donné beaucoup à réfléchir. De plus, je savais qu'Antoine Dubois avait pratiqué la symphyséotomie chez une femme qui la subissait pour la 2^e fois et qui cependant se rétablit parfaitement. Mais les résultats tout récents observés à Naples, et rapportés en particulier par Morisani, ne laissent plus planer aucun doute. A la suite de la symphyséotomie, la consolidation du bassin s'effectue et même, d'après les renseignements qui m'ont été fournis par le D^r Spinelli et le P^r Morisani, dans un laps de temps assez court, environ un mois. Il est évident qu'il faut s'efforcer, pendant la cicatrisation, d'immobiliser le bassin soit à l'aide de la ceinture plâtrée qui a fait ses preuves, soit à l'aide d'une ceinture mécanique, d'une gouttière de Bonnet, etc. Voilà ma réponse à la 3^e question.

Or si ces trois réponses sont vraies, si la section du pubis constitue une opération relativement facile, si un écartement de six centimètres donne l'agrandissement que je vous ai annoncé, si la consolidation consécutive du bassin ne fait pas défaut, je me demande pourquoi nous laisserions l'École de Naples jouir seule de ces bienfaits.

N'est-il pas temps de lutter et de réagir contre l'anathème formulé par Baudelocque ? N'est-on pas autorisé à l'heure actuelle, avec les éléments dont nous disposons, à reviser les jugements de nos anciens ? Est-ce que les méfaits attribués à la symphyséotomie ne relevaient pas le plus souvent

de l'infection et non de l'opération en elle-même ? Est-ce que les Dubois, les Désormeaux qui, sans condamner la symphyséotomie ne la pratiquaient pas, n'avaient pas pris ce parti parce qu'ils savaient combien alors toute opération pratiquée pendant le travail était dangereuse ? Qui sait si le basiotribe lui-même, n'aurait pas été incriminé et vilipendé s'il avait vu le jour en même temps que l'opération de Sigault ?

Les succès nombreux de l'opération césarienne sont-ils dus exclusivement aux modifications apportées très heureusement, je le reconnais, par Porro et Sānger ? Assurément non. Ils sont dus surtout à l'antisepsie. Eh bien, ne peut-on faire pour la symphyséotomie ce qui a été fait pour l'opération césarienne ? Est-ce que nos collègues de Naples ne nous ont pas montré l'exemple ? Comment, quand je recevais hier une statistique du professeur Morisani dans laquelle je lis que sur 12 symphyséotomies pratiquées à la clinique obstétricale de Naples, il y a eu 12 mères guéries et onze enfants vivants, je ne devrais rien faire pour suivre un tel exemple et obtenir de pareils résultats ! Tel n'est point mon avis.

Et si je ne me trompe, la symphyséotomie qui a eu la mauvaise fortune d'être enfantée par un homme sans autorité en accouchements et qui ne pouvait que la compromettre, s'appuyant aujourd'hui sur l'antisepsie, s'éclairant des connaissances plus exactes que nous possédons sur les rétrécissements du bassin, guidée par la sûreté de nos procédés d'exploration, profitant des perfectionnements de nos techniques opératoires deviendra, comme l'a prédit M. Tarnier, le complément de l'accouchement prématuré dans bien des cas, et se substituera à l'embryotomie et à l'opération césarienne dans bien d'autres, en ne laissant à celles-ci qu'un

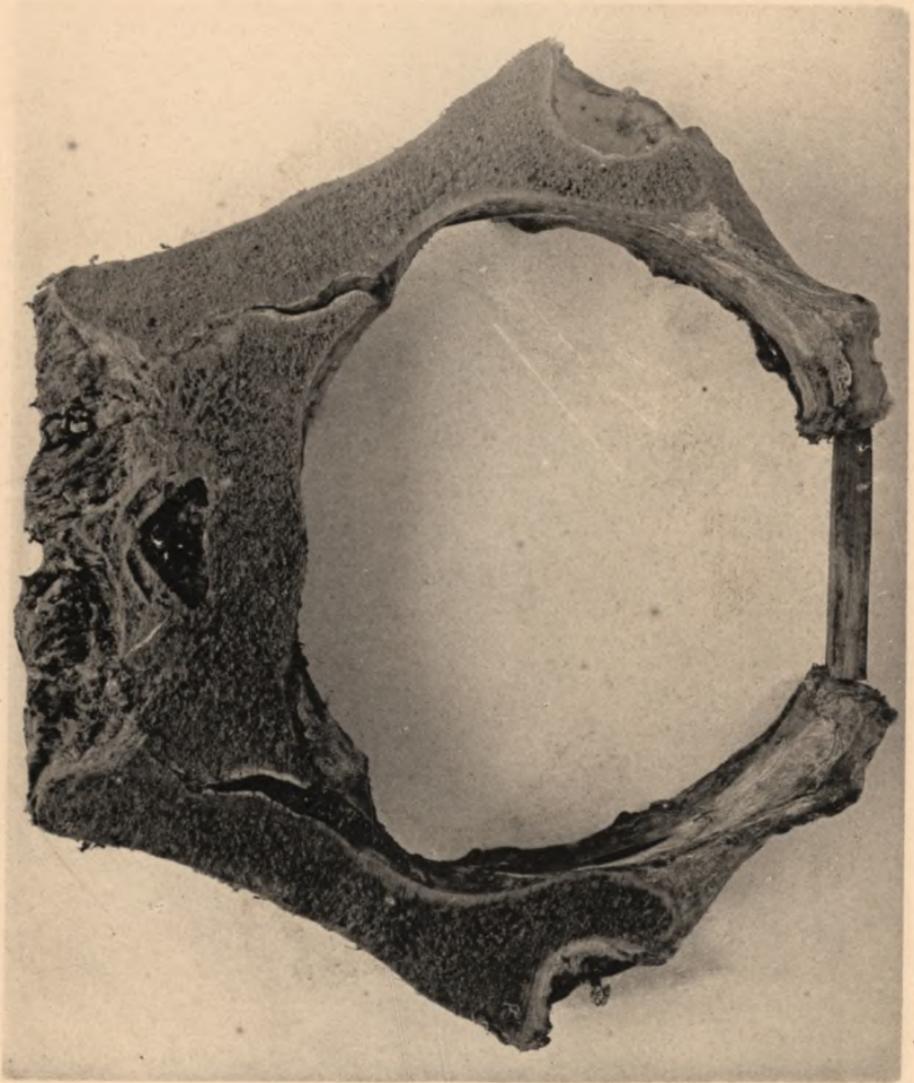
champ très restreint où elles régneront seules sans partage.

Et je souhaite ardemment de ne pas me tromper, car si je suis dans la vérité, la vie de bien des femmes et de bien des enfants sera sauvegardée et les accoucheurs n'auront plus à s'imposer le supplice de broyer des enfants pleins de vie qu'ils ont mission de sauver.

IMPRIMERIE LEMALE ET C^{ie}, HAVRE

**Biblioteka Główna
WUM**

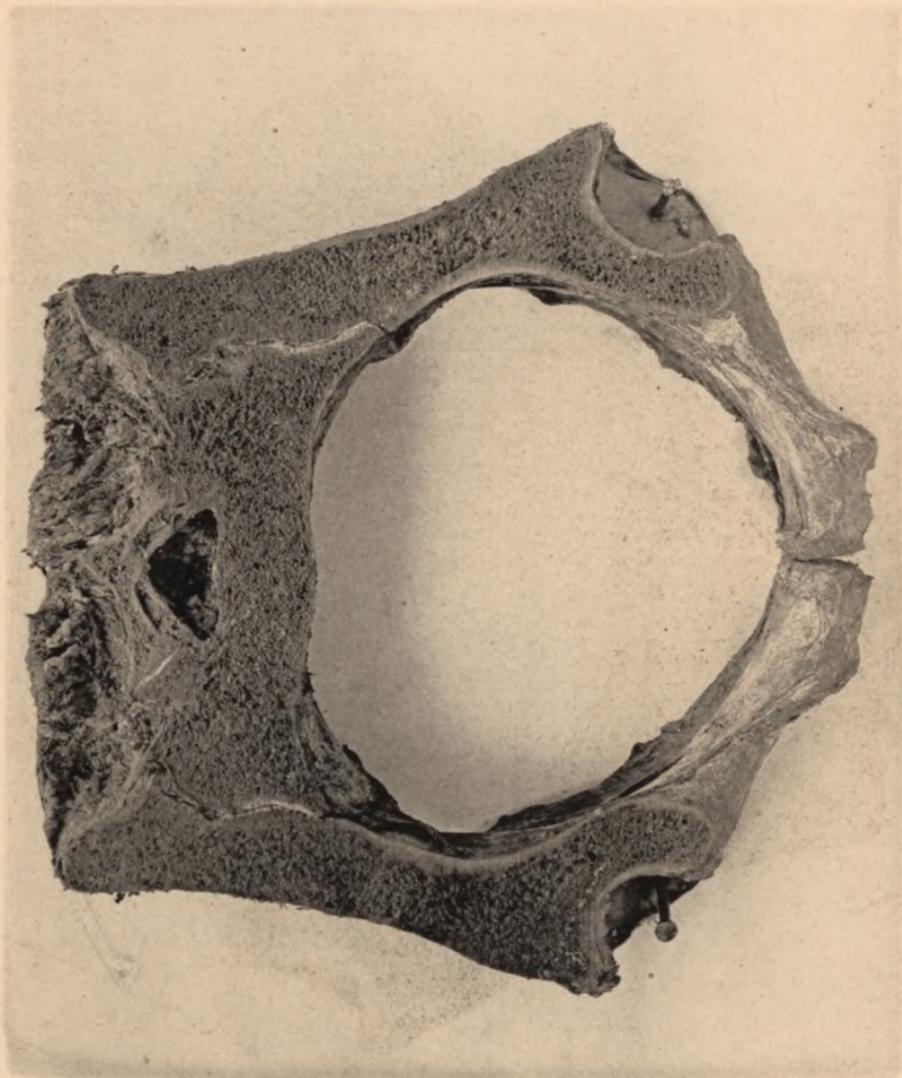




1/2 GR

COUPE SUIVANT LE PLAN DU DÉTROIT SUPÉRIEUR D'UN BASSIN DE 10 c. 8
TRANSFORMÉ EN BASSIN DE 12 c. 4 GRACE A UN ÉCARTEMENT DE 6 c. DE LA SYMPHYSE
PUBIENNE AVEC UN SIMPLE DÉCOLLEMENT SANS DÉCHIRURE DES LIGAMENTS SACRO-
ILIAQUES ANTÉRIEURS (FEMME MORTE DE NÉPHRITE 9 JOURS APRÈS UN ACCOUCHEMENT
A TERME).

PLANCHE II



1/2 GR

LA MÊME COUPE APRÈS RAPPROCHEMENT DES PUBIS

Biblioteka Główna WUM

Br.6872



000027068



www.dlibra.wum.edu.pl