

## XIII

## RÉSUMÉ

## DES INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

## DES OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES

## SOMMAIRE

- 1° Voie génitale suffisante pour laisser passer le fœtus.  
 1° Levier et version.  
 2° Forceps et extraction manuelle.  
 2° Voie génitale insuffisante pour laisser passer le fœtus.  
 a. Mère morte, mourante ou condamnée.  
 Hystérotomie et accouchement forcé.  
 b. Enfant mort ou condamné.  
 Hystérotomie et embryotomie.  
 c. Mère et enfants bien portants.  
 Pronostic relatif des diverses opérations à employer.  
 De leur emploi.  
 Bassin au-dessus de 9 centimètres.  
 Bassin de 9 à 7 centimètres.  
 Bassin de 7 à 5 centimètres.  
 Bassin au-dessous de 5 centimètres.

## 1° VOIE GÉNITALE SUFFISANTE POUR LAISSER PASSER LE FŒTUS

Le levier et les versions qui ont pour but de corriger les présentations ou positions vicieuses ont leurs indications absolument distinctes et différentes. Le levier est à l'heure actuelle presque tombé dans l'oubli; on aura recours aux versions toutes les fois qu'il y aura avantage ou nécessité à transformer une présentation en une autre.

Le forceps et l'extraction manuelle comportent un pronostic à peu près égal pour la mère, mais le forceps sauvegarde mieux les intérêts de l'enfant que l'extraction manuelle; d'une façon générale il sera donc préférable de recourir au forceps. Quand le fœtus se présente par l'ovoïde céphalique, c'est le forceps qu'on emploiera, réservant l'extraction manuelle (après version préalable) aux cas exceptionnels où la tête est trop haute pour pouvoir être commodément saisie par l'instrument, ce qui a surtout lieu avec une présentation élevée de la face ou du front. — Quand au contraire il y a présentation de l'ovoïde cormique, c'est à l'extraction manuelle qu'il conviendra de s'adresser (après version préalable, s'il s'agit d'une présentation du thorax ou de l'abdomen): exceptionnellement on sera conduit à appliquer le forceps sur le siège décomplété mode des fesses.

En résumé :

OVOÏDE CÉPHALIQUE. *Forceps. Par exception, extraction manuelle.*  
 OVOÏDE CORMIQUE. *Extraction manuelle. Par exception, forceps.*

## 2° VOIE GÉNITALE INSUFFISANTE POUR LAISSER PASSER LE FŒTUS.

Trois cas peuvent se présenter en clinique (voir p. 475) :

*La mère est morte, mourante ou condamnée* : la mort vient d'avoir lieu ou doit se produire à brève échéance, sous l'influence d'une maladie incurable, d'un cancer par exemple. — Il faut avant tout sauver le fœtus.

*L'enfant est mort ou condamné*; les moyens actuels d'investigation sont suffisamment précis pour affirmer la mort du fœtus *in utero*; l'enfant qui par l'époque de la grossesse ou par le fait de certaines maladies, comme l'hydrocéphalie, est destiné à succomber dans un bref délai, ne mérite guère plus d'égards.

*La mère et l'enfant sont bien portants*; il importe de ménager autant que possible les deux existences.

Examinons successivement ces trois cas :

## a. Mère morte, mourante ou condamnée :

Pour sauver l'enfant au moment de l'accouchement ou pendant les derniers temps de la grossesse, l'hystérotomie peut être pratiquée, mais l'accouchement forcé est préférable au cas où les voies génitales sont assez larges pour permettre le passage du fœtus.

## b. Enfant mort ou condamné :

L'embryotomie exposant beaucoup moins les jours de la mère que l'hystérotomie, on devra s'efforcer de terminer l'accouchement par la mutilation du fœtus, et la pratiquer tant que le bassin permettra l'introduction et le maniement des instruments réducteurs. — La limite à laquelle l'embryotomie devra en pareil cas céder le pas à l'hystérotomie est d'ailleurs difficile à préciser; elle dépend des opérateurs, des instruments employés, et aussi des particularités de chaque fait (voir p. 757).

## c. Mère et enfant bien portants :

Les quatre opérations, auxquelles on peut avoir recours, sont : l'expulsion provoquée, la symphyséotomie, l'hystérotomie et l'embryotomie. — J'omets de parler de l'accouchement forcé, applicable au cas seul où l'obstacle est constitué par le col incomplètement dilaté, obstacle qui disparaît spontanément sous l'influence des contractions utérines.

Je rappelle le pronostic relatif de ces quatre opérations, en les classant par gravité croissante :

MORTALITÉ MATERNELLE		MORTALITÉ INFANTILE	
Avortement . . . . .	} 2 p. 100	Hystérotomie . . . . .	8 p. 100
Accouchement provoqué . . . . .		Accouchement provoqué . . . . .	22 —
Embryotomie . . . . .	6 —	Symphyséotomie . . . . .	39 —
Symphyséotomie . . . . .	18 —	Avortement provoqué . . . . .	100 —
Hystérotomie . . . . .	25 —	Embryotomie . . . . .	100 —

En dehors des cas spéciaux, où chacune de ces opérations peut être pratiquée avec avantage, les indications varieront avec le degré de la *viciation pelvienne* (voir p. 775).

1° *Bassin au-dessus de 9 centimètres.* — L'accouchement spontané, ou l'extraction du fœtus intact sont le plus souvent possibles; toutefois si le volume de l'enfant mettait un obstacle absolu à l'accouchement, pratiquer l'embryotomie si l'enfant est mort, et la symphyséotomie s'il est vivant. Si la femme consulte avant le terme de sa grossesse et qu'on craigne par les accouchements antérieurs des accidents dystociques sérieux, la question de l'accouchement provoqué devra être soulevée.

2° *Bassin de 7 à 9 centimètres.* — Pendant la grossesse, pratiquer l'*accouchement provoqué.* — A terme, si l'accouchement est impossible par le forceps ou l'extraction manuelle, on a le choix entre la *symphyséotomie*, l'*hystérotomie* et l'*embryotomie.* — L'*embryotomie* doit être réservée aux cas où l'enfant est mort. La *symphyséotomie*, alors que l'enfant est bien portant, est l'opération de choix, et c'est à elle qu'on devra avoir recours.

3° *Bassin de 5 à 7 centimètres.* — Si la femme est à terme et le fœtus de développement normal, on a le choix entre l'embryotomie et l'opération césarienne; d'une façon générale, il faudra donner la préférence à l'opération césarienne alors que l'enfant est bien portant; toutefois, si la femme prévenue du danger relatif de l'opération préférerait l'embryotomie, l'accoucheur devrait accéder à son désir et sacrifier le fœtus dans l'intérêt de la mère. — Quand la femme n'est pas à terme, il y a lieu de combiner l'accouchement provoqué et la symphyséotomie, la symphyséotomie augmentant le diamètre rétréci de 2 centimètres environ et l'accouchement provoqué permettant d'avoir un diamètre fœtal 1 à 2 centimètres plus petit que le normal à terme. — Donc même avec un bassin de 5, qu'on porte à 7 par la symphyséotomie, on pourra avoir à 7 mois par l'accouchement provoqué un enfant vivant, le bipariétal étant environ de 7 centimètres à cette époque.

4° *Bassin au-dessous de 5 centimètres.* — Pendant la grossesse l'unique ressource est l'*avortement provoqué*, à moins que, comme tout à l'heure, la femme ne demande l'*hystérotomie* au voisinage de l'accouchement. — A terme l'*embryotomie* devenant très difficile, mieux vaudra d'une façon générale recourir à l'*opération césarienne.*

## APPENDICE

### OBSTÉTRIQUE LÉGALE