

5 centimètres d'un côté et de 55 centimètres de l'autre, on pourra en conclure que vraisemblablement le placenta était inséré à 5 centimètres de l'orifice utérin. Si au contraire on mesure sur tous les points du pourtour de l'orifice membraneux des distances de 20 centimètres, c'est que le placenta était inséré à égale distance de l'orifice utérin au fond de la cavité. »

Aussi, nous rappelant que la hauteur du segment inférieur est de 10 à 11 centimètres, nous dirons avec Pinard qu'il y a insertion du placenta sur cette zone toutes les fois que, d'un côté de l'orifice de rupture, les membranes tendues mesureront moins de 10 centimètres.

**Caractères anatomiques.** —

Cette mensuration des membranes est facile à pratiquer; à l'heure actuelle, lorsqu'on examine le délivre, il ne faut point négliger ces constatations. On met le placenta sur une table, en l'y posant par sa face utérine; on pénètre avec la main dans l'intérieur de l'œuf, on soulève les membranes, on les tend et l'on se rend compte approximativement du lieu d'insertion du placenta dans la cavité utérine: ce qui peut servir à expliquer certaines particularités de la grossesse ou de l'accouchement.

Sans doute, cette méthode n'est pas absolument mathématique, en ce sens que la rupture des membranes ne se fait pas toujours exactement au centre de la partie inférieure; elle est inapplicable dans les cas où les membranes sont déchirées, incomplètes; aussi ces faits ne



Fig. 365. — Coupe du canal génital pendant la période d'expulsion. (Braune.)

E, Orifice externe du col complètement dilaté. I, Saillie légère formée par l'orifice interne. C, Anneau de contraction.

doivent-ils pas être comptés dans la statistique de l'insertion du placenta sur le segment inférieur.

D'ailleurs, on pourra contrôler les renseignements fournis par la mensuration des membranes en examinant les caractères extérieurs du placenta; les recherches de Gendrin, Sirelius, confirmées depuis par Hofmeier, Ahlfeld, Schröder, ont en effet montré que le placenta prævia présentait des caractères macroscopiques particuliers: sa forme est plus ou moins irrégulière; il est aplati, étalé; quelquefois formé de deux lobes distincts. Les cotylédons diffèrent de volume et d'épaisseur; en certains points ils sont atrophiés, tandis que dans d'autres ils présentent une épaisseur plus ou moins grande.

Les membranes sont généralement plus épaisses, plus résistantes au fur et à mesure qu'on se rapproche du placenta.

Tous ces caractères seront d'autant plus marqués qu'une plus grande portion du placenta, voire sa totalité, sera insérée sur le segment inférieur

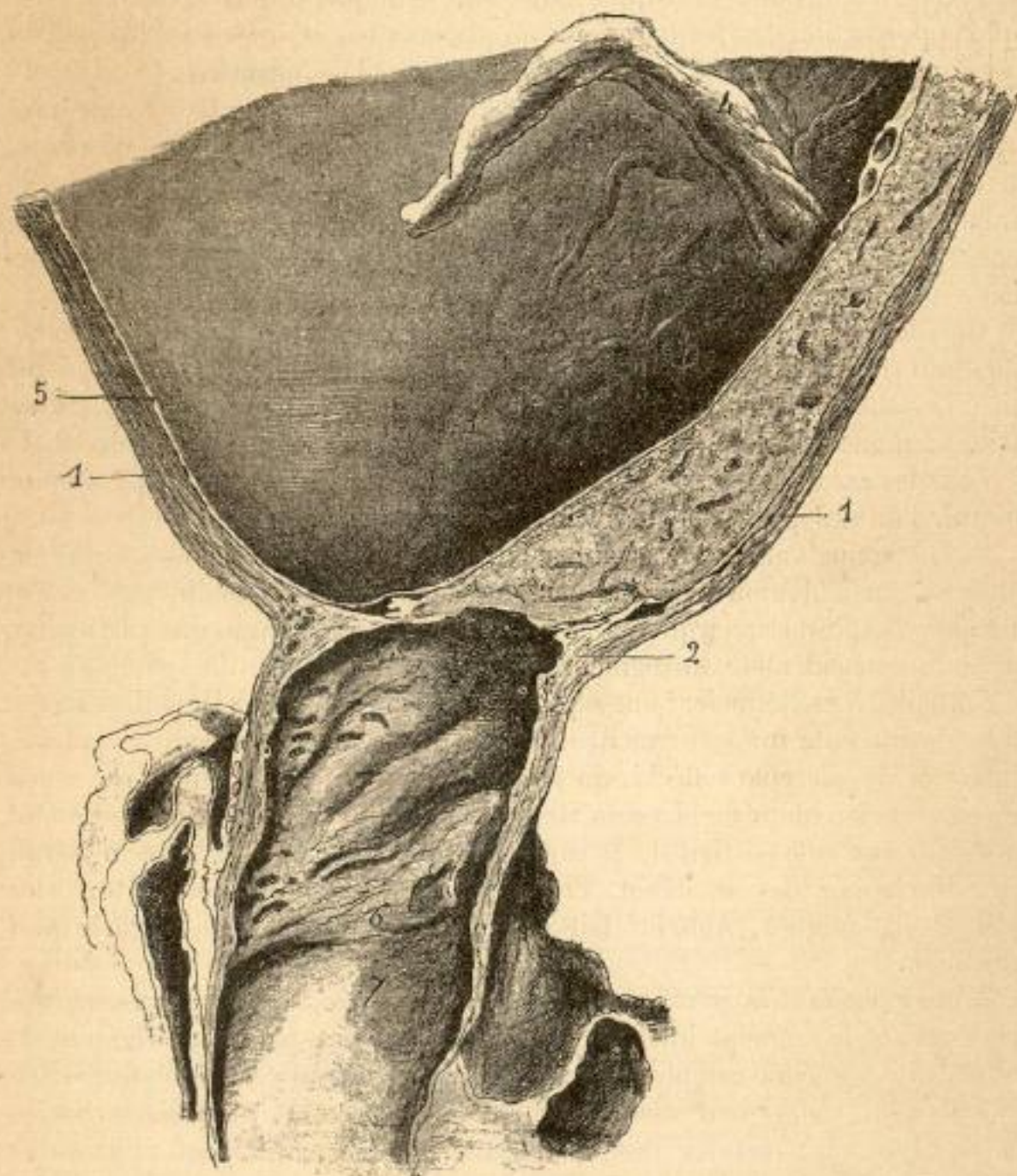


Fig. 364. — Insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus.

(D'après Ahlfeld, *Lehrbuch der Geburtshilfe*, p. 341.)

1, Segment inférieur de l'utérus. 2, Orifice interne de l'utérus. 3, Placenta. 4, Cordon ombilical. 5, Membranes de l'œuf. 6, Orifice externe de l'utérus. 7, Paroi vaginale.

de l'utérus; de même, d'une manière générale, les troubles occasionnés par cette complication au cours de la grossesse et de l'accouchement seront d'autant plus manifestes que la placenta empiètera davantage sur le segment inférieur.

**Étiologie.** — Les causes qui produisent l'insertion du placenta sur le



segment inférieur sont encore peu connues. On admettait que cette complication s'observait plus fréquemment chez les multipares que chez les primipares; les chiffres qui donnaient la proportion la plus élevée étaient ceux de Simpson (50 pour 100) et de Pinard (pour les primipares 55,92 pour 100). Maggiar<sup>1</sup>, d'après une statistique faite à la clinique Baudelocque, a trouvé que la proportion des femmes ayant un placenta bas était de 46,62 pour 100 pour les primipares et de 55,65 pour 100 pour les multipares.

Ces chiffres, qui montrent que l'insertion du placenta sur le segment inférieur est presque aussi fréquente chez les primipares que chez les multipares, tendent à ruiner une théorie d'après laquelle le placenta s'insère à la partie inférieure de l'utérus lorsque celui-ci a été atteint d'endométrite avant la conception: la muqueuse malade (elle l'est souvent chez les multipares) laisserait glisser l'ovule.

On observe l'insertion vicieuse lorsque l'utérus présente des myomes, lorsqu'il est atteint de malformation, en particulier lorsque la trompe, au lieu de s'aboucher à la partie supérieure de l'utérus, s'ouvre plus bas. Certaines femmes présentent cette complication à chacune de leurs grossesses.

Dans les cas de grossesse gémellaire avec placentas isolés, il est commun de voir l'un des placentas au voisinage du segment inférieur.

Si l'on connaît ainsi un certain nombre de conditions dans lesquelles on observe particulièrement cette complication, il est impossible à l'heure actuelle d'expliquer pourquoi et comment le placenta occupe une partie plus ou moins considérable du segment inférieur.

Kaltenbach et Hofmeier<sup>2</sup> ont soutenu une théorie d'après laquelle l'insertion du placenta sur le segment inférieur résulterait de ce que la portion inférieure du placenta réfléchi, du chorion villosus, ne s'atrophiait pas: peu à peu cette languette de placenta viendrait s'appliquer au niveau du segment inférieur sur une portion de la paroi utérine sur laquelle elle ne se serait pas développée dès le début. En s'appuyant comme Hofmeier sur des pièces anatomiques, Ahlfeld<sup>3</sup> fait diverses objections à cette théorie qu'il repousse.

**Signes pendant la grossesse.** — Pendant la grossesse, la présence du placenta sur le segment inférieur peut ne se traduire par aucun signe extérieur, ni par aucune complication; cependant il est un certain nombre d'incidents qui s'observent assez fréquemment; ce sont: 1° l'hémorragie; 2° la rupture prématurée des membranes; 3° l'accouchement prématuré; 4° le défaut d'accommodation pelvienne ou utérine amenant facilement des présentations vicieuses.

1° **L'hémorragie.** — C'est l'accident qui seul avait frappé les observateurs et qu'ils ont d'ailleurs décrit d'une manière parfaite au point de vue symptomatique. L'hémorragie survient généralement sans cause appré-

<sup>1</sup> De la fréquence de l'insertion du placenta sur le segment inférieur et de ses accidents. Th. Paris, 1895.

<sup>2</sup> HOFMEIER. *Die menschliche Placenta. Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie derselben*, Wiesbaden, 1890.

<sup>3</sup> *Zeitschr. für Geburt. u. Gyn.*, Bd. XXI, S. 297.

ciable, alors que la femme est tranquillement assise ou même lorsqu'elle est couchée et qu'elle dort profondément; l'écoulement sanguin, qui survient ainsi brusquement, peut être d'emblée considérable sans cependant être mortel. Il s'arrête spontanément.

C'est en outre une *hémorragie à répétitions*. Une seconde hémorragie se reproduit 8 ou 15 jours après la première, et quelquefois plus abondante. Dans certains cas, l'écoulement sanguin n'est pas très considérable, mais il est continu et peut mettre la femme dans un état d'anémie aiguë grave avant tout début de traitement. D'après Pinard, la première hémorragie qui survient pendant la grossesse n'est jamais assez abondante pour être mortelle.

C'est pendant les deux ou trois derniers mois de la grossesse que se montrent ces hémorragies, parce que c'est dans cette période de la grossesse que l'utérus se développe, augmente de capacité aux dépens du segment inférieur; cependant il est légitime d'admettre que nombre d'hémorragies et par suite d'avortements qui surviennent du troisième au sixième mois de la grossesse sont dus à la même cause, ainsi qu'on peut s'en rendre compte dans certains cas par l'examen de l'œuf abortif.

D'après une statistique faite par Pinard à Baudelocque, sur 169 cas d'hémorragie liée à l'insertion du placenta sur le segment inférieur l'hémorragie est apparue:

25 fois au début de la grossesse	27 fois dans le 6 <sup>e</sup> mois
11 fois dans le 2 <sup>e</sup> mois	25 — 7 <sup>e</sup> —
18 — 5 <sup>e</sup> —	20 — 8 <sup>e</sup> —
7 — 4 <sup>e</sup> —	11 fois près du terme
10 — 5 <sup>e</sup> —	17 fois au début du travail.

Dans la moitié des cas environ l'hémorragie a lieu dans la première moitié de la grossesse.

**Comment expliquer la production de ces hémorragies** qui surviennent au cours de la grossesse? Elles résultent évidemment du décollement du placenta; reste à savoir pourquoi se décollement a lieu. Les théories ne manquent point:

1° D'après Jacquemier, il résulterait du défaut de parallélisme entre le développement du placenta et celui du segment inférieur qui s'amplifie d'une manière très marquée à la fin de la grossesse; cette opinion a été développée par Depaul, qui admet que le placenta ne peut suivre le développement des parois; « de là, séparation entre le tissu placentaire et le tissu utérin, rupture des vaisseaux utéro-placentaire et hémorragie ».

2° Pour Barnes, ce serait au contraire le placenta qui se développerait trop rapidement et n'aurait pas la place suffisante; en outre, il faudrait tenir compte d'une sorte de congestion périodique qui se produirait chaque mois au niveau du placenta.

3° Schröder incrimine le glissement de la paroi utérine sur l'œuf, mais les explications qu'il fournit, ainsi que la théorie de Mathews Duncan, s'appliquent surtout aux hémorragies survenant au cours du travail.



4° La théorie émise par Pinard permet d'expliquer l'hémorrhagie de la grossesse comme celle du travail; en effet, pendant les derniers mois de la grossesse, il existe des contractions utérines indolores; celles-ci déterminent une pression qui s'exerce sur toute la périphérie de l'œuf, mais notamment au niveau du segment inférieur en voie d'ampliation.

Lorsque le placenta est inséré dans la zone moyenne et surtout dans la zone supérieure de l'utérus, la pression s'atténue, parce qu'elle met en jeu l'extensibilité de toutes les membranes, et le tiraillement exercé sur le placenta est insignifiant ou du moins insuffisant pour produire le décollement. Il n'en est pas de même lorsque le placenta est inséré sur le segment inférieur. Sous l'influence de la contraction utérine, il se produit une expansion considérable de la portion du segment inférieur laissée libre par l'insertion placentaire; il y a à ce niveau distension anormale du chorion, qui manque d'élasticité; le tiraillement met bien en jeu l'extensibilité des membranes, mais d'un autre côté le tiraillement s'opère directement sur le placenta d'où décollement et hémorrhagie plus ou moins considérable suivant l'étendue du décollement.

Ce décollement se fait sur le bord du placenta: il n'a pas lieu nettement au niveau de la ligne de séparation de la couche spongieuse et de la couche compacte, mais plus près de la couche musculaire. Le sang coule donc à la fois par la solution de continuité du placenta et par le tissu musculaire du segment inférieur.

Il peut paraître singulier au premier abord que l'hémorrhagie augmente au moment de la contraction utérine; le muscle utérin en se contractant ne doit-il pas fermer les vaisseaux qui donnent du sang? Hofmeier a montré sur des coupes d'utérus gravides que les gros vaisseaux utérins pénètrent dans l'utérus au-dessous de l'anneau de contraction, de telle sorte que la contraction du corps de l'utérus qui serait efficace n'agit pas sur ces gros vaisseaux ni sur les branches qui se rendent au placenta; l'hémorrhagie persiste au moment de la contraction utérine parce que le tissu musculaire du segment inférieur est peu développé et ne se contracte pas d'une manière suffisante pour arrêter le sang.

Cette hémorrhagie s'arrête par formation de caillots qui est loin d'être facilitée par les contractions répétées du muscle utérin au cours du travail.

Du côté du placenta une source abondante d'hémorrhagie est le sinus circulaire ou coronaire, veine volumineuse qui se trouve près du bord du placenta et qui dans quelques cas est ouverte.

Cette variété d'hémorrhagie qui survient pendant la grossesse ou pendant l'accouchement n'est pas due à un décollement du placenta, mais à une déchirure plus ou moins étendue du sinus circulaire. Jacquemier un des premiers les a signalées, puis Mathews Duncan les fait rentrer dans l'une des variétés d'hémorrhagie en disant que cette variété peut survenir<sup>1</sup> « par la rupture d'un sinus marginal utéro-placentaire dans l'aire de détachement prématuré, spontané, non pas quand l'insertion du placenta est centrale ou

<sup>1</sup> Sur le mécanisme de l'accouchement normal et pathologique, par J. Mathews Duncan, traduit par le docteur P. Budin, 1876, p. 524

qu'il couvre l'orifice interne, mais quand l'un de ces bords siège sur l'orifice interne ou près de lui. » P. Budin a rapporté récemment<sup>1</sup> sept observations d'hémorrhagies causées par cette déchirure du sinus circulaire. « La rupture du sinus circulaire, dit-il, peut être la cause de l'hémorrhagie lorsque le placenta est inséré vicieusement sur le segment inférieur et même lorsqu'il occupe normalement le fond de l'utérus. — La disposition anatomique de ce sinus décrite par Meckel, Jacquemier, Delore, etc., la minceur et la fragilité de ses parois permettent de comprendre qu'il puisse se rompre sous l'influence de congestions subites ou répétées, par exemple, après des rapprochements sexuels, après des secousses en voiture ou en chemin de fer, après des chutes, des traumatismes, des émotions violentes, etc.... L'insertion vicieuse du placenta, l'insertion marginale semble donc devoir prédisposer à la rupture du sinus circulaire. La disposition anatomique des vaisseaux ouverts explique la soudaineté et l'abondance de ces hémorrhagies dites silencieuses; hémorrhagies assez semblables à celles que produit en se rompant une varice volumineuse des membres inférieurs. »

Bonnaire (Soc. obst. et gyn., juin 1895) a également observé un cas de rupture du sinus circulaire qui aurait été consécutive à un mouvement brusque causé par une émotion vive de la femme<sup>2</sup>. Pour lutter contre l'hémorrhagie due au cours du travail<sup>3</sup>, Bonnaire employa le ballon de Champetier de Ribes pour hâter la dilatation. Budin<sup>4</sup> pense que, suivant les cas, on peut avoir successivement recours à la rupture artificielle des membranes ou au tamponnement vaginal.

2° Rupture prématurée des membranes. — Cette hémorrhagie ne se produit pas fatalement: les adhérences inter-utéro-placentaires peuvent être assez solides pour résister à ces tiraillements; le chorion est plus ou moins extensible ou bien il se rompt; on se trouve en présence d'une rupture prématurée des membranes, c'est-à-dire d'un écoulement du liquide amniotique se produisant un temps plus ou moins long avant tout début de travail.

Pinard a montré combien peu d'importance il fallait attacher aux différentes causes données par les auteurs pour expliquer cet incident de la grossesse (minceur des membranes, hydramnios, grossesse gémellaire, rétrécissements du bassin, mauvaises présentations, etc.); si dans quelques cas exceptionnels, en particulier lorsqu'il y a surdistension de l'œuf, certaines de ces causes peuvent produire la rupture prématurée, il n'en est pas moins

<sup>1</sup> Soc. obstétr. et gynéc. (juin 1895).

<sup>2</sup> MAYGRIER (Soc. obst. et gynéc., juillet 1895), PONS ont publié aussi des faits de rupture du sinus circulaire; dans un cas de Maygrier l'hémorrhagie fut mortelle: il est vrai qu'il y avait en même temps un décollement du placenta « sur une petite étendue ». PONS et Budin pensent que la fatigue des voyages peut être une cause de rupture du sinus circulaire.

<sup>3</sup> HUMGOUER, LEROY (Soc. gyn. de Bordeaux, 1895) ont vu pendant la grossesse et le travail des faits d'hémorrhagie dues à la rupture du sinus circulaire, sans que le placenta fût inséré sur le segment inférieur.

<sup>4</sup> BUDIN distingue deux variétés de faits au point de vue de l'anatomie pathologique de la déchirure du sinus circulaire: dans les uns, on ne trouve qu'une ouverture sur le sinus circulaire et l'on voit le caillot volumineux qui occupe la face externe des membranes pénétrer, par cette ouverture, dans l'intérieur du sinus. Dans les autres, le sinus est, au contraire, largement déchiré sur une longueur de 2 ou 5 centimètres.



vrai que c'est surtout l'insertion du placenta sur le segment inférieur qui amène le plus souvent la rupture prématurée; sur 147 cas de rupture prématurée des membranes, 105 fois les membranes mesuraient d'un côté moins de 10 centimètres.

Généralement, lorsque les membranes sont ainsi rompues, il ne survient plus d'hémorragie jusqu'au début du travail; parfois cependant l'orifice de rupture n'est pas assez grand et les membranes, malgré cette petite solution de continuité, continuent à tirailler le placenta; la femme perd du

liquide amniotique plus ou moins teinté par le sang.

5° *Accouchement prématuré*

— Une conséquence toute naturelle de la rupture prématurée des membranes, c'est l'*accouchement prématuré* qui peut aussi résulter simplement de la gêne apportée à l'ampliation du segment inférieur par la présence du placenta. Sur 167 cas d'accouchements prématurés dus à l'insertion vicieuse du placenta, il y avait eu 72 fois rupture prématurée. Quant à la fréquence proportionnelle des accouchements prématurés, on peut dire que cet incident survient environ chez le tiers des femmes dont le placenta empiète sur le segment inférieur.

4° *Défaut d'accommodation.* —

Une autre conséquence de l'insertion basse du placenta, c'est que l'accommodation utérine et, par suite, l'accommodation pelvienne sont souvent viciées. L'engagement



Fig. 565. — Coupe schématique antéro-postérieure de l'utérus.

Le placenta est inséré en bas et en arrière. La tête fœtale a glissé vers la fosse iliaque gauche.

de la partie fœtale ne se fait que tardivement, dans les derniers jours de la grossesse, et peut même faire défaut; de telle sorte que la proportion des présentations du siège est plus grande que dans les grossesses normales; il n'est pas rare non plus de rencontrer des présentations de l'épaule, la tête glissant sur la surface du placenta et venant se placer vers l'une ou l'autre des fosses iliaques (fig. 565).

Est-il possible pendant la grossesse de soupçonner et même de reconnaître la présence du placenta sur le segment inférieur? D'une manière générale, lorsqu'on ne trouve pas d'autre cause (rétrécissement du bassin, hydramnios, etc.) pouvant expliquer le défaut d'engagement ou la présentation vicieuse, il faut y songer; à plus forte raison, s'il existe en même temps des hémorragies, si la femme a perdu du sang au cours de la grossesse ou s'il survient une rupture prématurée des membranes.

L'examen de la femme vient souvent confirmer ces présomptions: en palpant, on constate que la partie fœtale qui se présente, à peine amorcée, le sommet par exemple, s'applique mal sur l'aire du détroit supérieur: en cherchant à l'abaisser, la main sent que cette partie fœtale est arrêtée par un obstacle qui ne donne pas la sensation de résistance osseuse, mais fournit une sensation de résistance molle toute particulière.

Au toucher, on constate que le col est généralement dévié vers l'un des culs-de-sac, qu'il est pour ainsi dire caché au fond d'une dépression, tandis que dans la partie opposée le segment inférieur est tendu et épais. Ces sensations sont encore plus nettes lorsqu'on combine le palper au toucher: on sent que le doigt vaginal est séparé de la partie fœtale que l'on abaisse avec l'autre main par une épaisseur assez grande de tissus.

Mais, dans des cas assez nombreux, il est impossible de soupçonner cette situation du placenta; tout semble normal; il n'y a aucun accident de la grossesse qui va à terme. Ce n'est qu'au moment du travail, parfois même seulement au cours de ou après la délivrance, que survient une hémorragie plus ou moins abondante. L'examen des membranes démontre que le placenta était inséré bas.

*Signes pendant l'accouchement.* — Quelle physiologie donne cette complication aux deux temps de l'accouchement: travail proprement dit et délivrance?

*Pendant le travail,* les symptômes observés pendant la grossesse s'accroissent: s'il y a déjà eu de petites pertes sanguines, elles augmentent en raison même de l'intensité plus grande et de la répétition à intervalles plus rapprochés des contractions utérines. Le vagin se remplit de caillots en même temps que se fait par la vulve un suintement sanguin continu. Les hémorragies peuvent apparaître pour la première fois au cours du travail et à une époque même assez avancée du travail, lorsque la partie fœtale s'engageant ou complétant son engagement, appuie sur les membranes et augmente ainsi le tiraillement exercé sur le placenta.

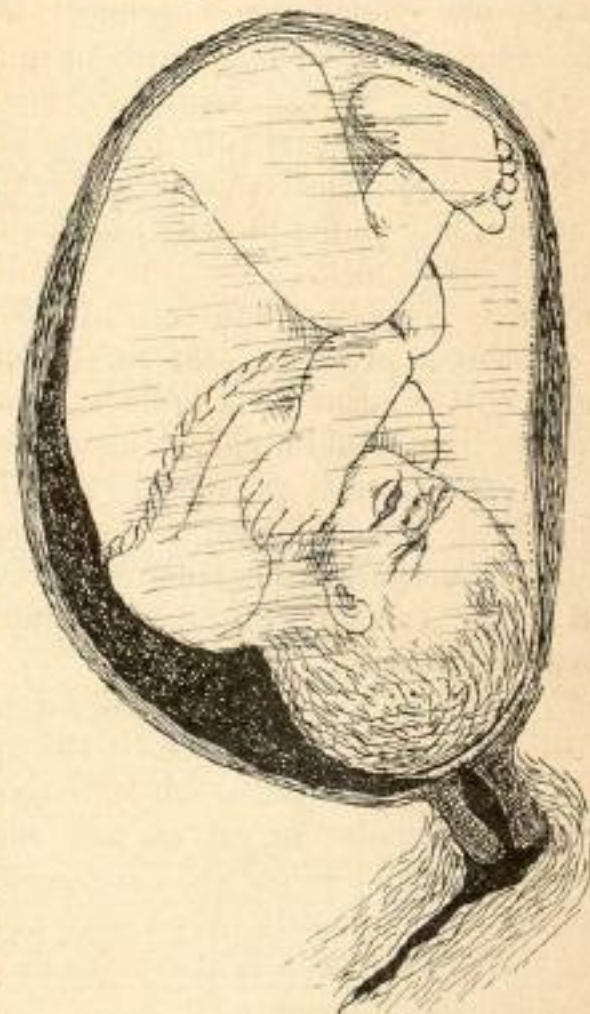


Fig. 566. — Coupe schématique antéro-postérieure de l'utérus.

La tête fœtale s'est accommodée en partie dans le segment inférieur; lorsque cette tête va être poussée par en bas, même après rupture des membranes, le placenta pourra être décollé directement.



Lorsque les membranes sont rompues prématurément ou au début du travail, spontanément ou artificiellement, il n'y a généralement pas d'hémorragie; la partie fœtale descend peu à peu. Si elle passe à frottement au niveau du placenta, elle peut produire par décollement direct un suintement sanguin plus ou moins abondant (fig. 566) et qui ne s'arrête que lorsque la partie fœtale fait bien tampon ou lorsqu'elle a pu glisser au-dessous de la masse placentaire.

S'il s'agit d'une présentation du sommet, le suintement sanguin cesse en apparence lorsque la tête appuie franchement sur le périnée au moment de la période d'expulsion, mais il s'accumule du sang en arrière de la tête, et, lorsque la tête est sortie, on voit du sang liquide ou des caillots recouvrir le sillon de la nuque, les épaules, et quelquefois il s'échappe, en même temps que le tronc, un flot de sang : le placenta s'est décollé au moment de l'engagement des épaules.

Les différents symptômes que nous avons donnés de l'insertion basse du placenta pendant la grossesse sont encore plus nets pendant le travail; il faut ajouter que, pendant cette période, non seulement on constate par le toucher et le palper combinés l'épaississement de l'un des côtés du segment inférieur de l'utérus, mais que quand l'insertion empiète sur la partie tout à fait inférieure de l'ovoïde utérin, on peut, au fur et à mesure de la dilatation, sentir des cotylédons placentaires directement avec le doigt : ce sont ces cas-là, rares d'ailleurs, qu'on considérait autrefois comme constituant seuls l'insertion vicieuse.

Il y a d'autres signes fournis par l'allure même du travail : si la partie fœtale n'est pas profondément engagée, elle appuie mal sur le segment inférieur de l'utérus, la dilatation se fait lentement, irrégulièrement; il y a une sorte de fausse rigidité du col un peu analogue à celle qu'on observe lorsque l'obstacle à la descente et à l'engagement de la partie fœtale provient d'un rétrécissement du bassin. Assez souvent la dilatation se complète rapidement en même temps que la partie fœtale descend tout d'un coup après avoir glissé le long du placenta.

En raison de la situation plus ou moins basse du placenta, le cordon peut se trouver entraîné : d'où la *fréquence relative des procidences, des procubités du cordon* qui viennent encore aggraver le pronostic pour le fœtus, dont la vie est déjà fort exposée du fait des hémorragies maternelles. Dans un certain nombre de cas, le cordon ne fait pas procidence, il n'accompagne même pas la partie fœtale, mais il se trouve comprimé en raison de sa situation déclive dans la cavité utérine; cette compression se traduit par des modifications dans le rythme des battements du cœur fœtal et par la coloration du liquide amniotique par le méconium.

Nous avons vu que, par suite de la présence du placenta sur le segment inférieur, les présentations autres que celles du sommet étaient plus fréquentes que dans les cas normaux; tous les accoucheurs sont d'accord pour considérer la présentation de l'épaule comme vicieuse et pour la transformer en présentation longitudinale. Pinard a observé que les hémorragies sont plus fréquentes lorsqu'il y a présentation transversale que lorsqu'il y a pré-

sentation longitudinale. Mais quelle est en pareil cas la plus favorable des présentations longitudinales, sommet ou siège?

Les avis sont ici différents : les uns pensent qu'il vaut mieux que le fœtus s'engage par le siège décompleté; le membre inférieur peut descendre ainsi à travers un orifice incomplètement dilaté et faire tampon sans décoller le placenta. La dilatation progresse peu à peu : au fur et à mesure qu'elle avance, une partie de plus en plus volumineuse du fœtus obture l'orifice, remplit le segment inférieur : il n'y a pas d'hémorragie. Aussi un certain nombre d'auteurs, Hofmeier en particulier, conseillent-ils en pareil cas de laisser le siège en bas lorsqu'il s'y trouve, et de l'y amener systématiquement lorsqu'il se produit une hémorragie au cours du travail.

D'autres auteurs, et en particulier Pinard, considèrent qu'ici encore, la présentation du sommet est préférable à toute autre présentation, que les bons résultats obtenus par l'engagement du siège premier ne tiennent point tant à ce mode de présentation qu'à la rupture des membranes qui est nécessaire pour cette manœuvre; aussi estiment-ils qu'il vaut toujours mieux ramener la tête en bas parce qu'on donne ainsi plus de chances à l'enfant de naître vivant.

L'insertion du placenta sur le segment inférieur peut ne se révéler par aucun signe, ni pendant la grossesse, ni pendant le travail; il n'y a pas d'hémorragie; le sommet se présente, le travail marche normalement, ou bien l'accoucheur n'a point suffisamment prêté attention à quelques-unes des particularités que nous avons indiquées, étant surtout occupé d'une autre difficulté, d'un rétrécissement du bassin par exemple. Ce n'est qu'au moment de la délivrance que cette complication va se révéler.

Aussitôt après la sortie du fœtus, par suite du défaut de rétraction du segment inférieur de l'utérus, il s'écoule une assez grande quantité de sang; ou bien un suintement sanguin continu persiste; malgré les injections chaudes et vaginales ou intra-utérines, le liquide revient fortement teinté en rouge. Si l'hémorragie est de moyenne abondance et qu'on pratique le toucher, on arrive assez souvent sur un placenta en partie décollé qui se présente par sa face fœtale ou par un bord; ce qui explique pourquoi il y a hémorragie externe. Il est facile de comprendre qu'en raison même de l'insertion du placenta, celui-ci se présentera plus souvent par sa face utérine ou par un bord que par la face fœtale.

Enfin, dans certains cas, il n'y a pas d'hémorragie pendant la période de délivrance proprement dite, c'est-à-dire jusqu'à la sortie du délivre; ce n'est qu'après qu'on observe une perte de sang plus ou moins considérable en rapport avec un défaut de rétraction du segment inférieur sur lequel le placenta était inséré.

*Conduite à tenir pendant la grossesse.* — Il n'y a pas, à l'heure actuelle, de traitement prophylactique de l'insertion du placenta sur le segment inférieur : les notions pathogéniques sur cet accident sont peu nombreuses et parmi les causes bien nettes que l'on peut invoquer pour expliquer cette localisation du placenta, il n'en est guère auxquelles on puisse remédier. Ainsi, dans quelques cas extrêmement rares, il a semblé que l'insertion du



placenta sur le segment inférieur était due à une *malformation* ou à une *conformation particulière* de l'utérus, par suite de laquelle la trompe venait s'aboucher de chaque côté au niveau du segment inférieur au lieu de se trouver au voisinage d'une des cornes; le cloisonnement de l'utérus, signalé par quelques auteurs, échappe également à l'action prophylactique.

Dans certains cas cependant quelques précautions peuvent jusqu'à un certain point être utiles : ainsi, d'après les observations de Pinard, il semble que l'insertion vicieuse soit plus fréquente chez les femmes qui font de petits voyages répétés pendant les quelques semaines qui suivent la conception; la trépidation du chemin de fer serait à ce point de vue particulièrement nocive. Aussi est-il sage, pendant les premiers mois de la grossesse, d'éviter les déplacements répétés et les voyages en chemin de fer.

C'est surtout chez les multipares, ayant déjà présenté à l'une des grossesses précédentes des symptômes d'insertion vicieuse que cette précaution s'impose; en effet, d'après Jacquemier et Schröder, le placenta s'insère vicieusement surtout dans les utérus qui ont été déjà distendus par les grossesses et dont la muqueuse présente une surface glissante due à des lésions anciennes. S'il existe donc un traitement réellement prophylactique de l'insertion vicieuse, il consiste à soigner les utérus malades avant qu'ils deviennent à nouveau gravides.

Arrivons au traitement réel de l'insertion vicieuse : les hémorragies extrêmement abondantes et graves auxquelles elle expose ont depuis longtemps appelé l'attention des accoucheurs. C'est pour remédier à ces accidents que Guillemeau, Levret, pratiquaient l'*accouchement forcé*.

Ces méthodes de violence ont fait leur temps; à l'heure actuelle on a recours à des procédés de traitement plus doux en même temps que plus efficaces et basés sur une connaissance plus parfaite du mécanisme de l'accouchement. Pour simplifier les choses, nous allons d'abord exposer la pratique suivie actuellement par Pinard dans le traitement de l'insertion vicieuse et nous étudierons ensuite rapidement les autres procédés employés, tels que le tamponnement et la version par manœuvres mixtes.

**Méthode de Pinard.** — La femme peut perdre du sang dès les premiers mois de la grossesse; nous avons vu que c'était là une cause fréquente d'avortement. Peu de chose à faire contre cette hémorragie des premiers mois de la grossesse : repos complet au lit, injections vaginales chaudes pour faire contracter le muscle utérin, et surtout grandes précautions à prendre pour le reste de la grossesse. Parfois l'hémorragie est d'emblée si abondante ou si continue que le décollement de l'œuf est inévitable et que l'avortement a lieu.

L'hémorragie peut n'apparaître que dans les derniers mois ou même dans les dernières semaines de la grossesse; si elle est peu abondante, il suffit à la femme de garder le repos au lit pour que l'hémorragie s'arrête d'elle-même. Quand l'hémorragie est assez abondante d'emblée, il faut conseiller les injections vaginales chaudes à 48 degrés, qui suffisent généralement à arrêter l'écoulement sanguin.

L'hémorragie, sans être très abondante, peut devenir grave par sa répétition et sa continuité; la femme perd du sang presque continuellement; elle pâlit et présente tous les symptômes de l'anémie aiguë. Les injections chaudes pourront n'être plus suffisantes, d'autant que chez cette femme, qui est déjà profondément anémiée, une perte de sang, même minime, devient parfois extrêmement grave. C'est là d'ailleurs un fait très important au point de vue de la conduite à tenir dans le traitement de l'insertion vicieuse aussi bien pendant la grossesse que pendant le travail : certaines femmes, rendues exsangues par des hémorragies répétées ou abondantes, peuvent succomber rapidement à la suite d'une nouvelle déperdition sanguine, même très légère.

Aussi *est-il sage de ne pas trop attendre* : lorsque pendant la grossesse l'état de la femme commence à être sérieux, il faut, suivant la méthode de Pinard, pratiquer artificiellement la rupture des membranes. Pour cela, après avoir soigneusement désinfecté le vagin, on introduit un doigt ou deux à travers le col jusqu'à ce que leur extrémité se trouve en contact avec les membranes : on guide sur les doigts un perce-membranes dont l'extrémité pointue vient perforer les membranes. Il faut avoir soin d'agrandir cette petite ouverture et de rompre très largement les membranes *de manière qu'il n'y ait plus de tiraillements du placenta par les membranes et en particulier par le chorion*.

Cette rupture des membranes avant tout début de travail est quelquefois difficile; les membranes sont épaisses; ou bien on arrive difficilement sur elles, et ce n'est qu'après quelques tâtonnements qu'on y parvient en évitant les cotylédons placentaires. Si l'on éprouve quelque peine, il suffit de faire mettre la femme en travers du lit pour que cette manœuvre soit très simplifiée.

Si l'on n'a pas de perce-membranes à sa disposition, une paire de ciseaux, une aiguille à tricoter métallique, convenablement désinfectées, peuvent suffire à rompre les membranes. Généralement, après cette rupture, l'hémorragie s'arrête et le travail ne tarde pas à se déclarer; si les membranes ont été déchirées bien largement, l'hémorragie ne se produit pas, et l'accouchement suit une marche normale. C'est en particulier ce que Lepage a pu observer en 1891 chez une femme qui, au cours de sa cinquième grossesse, présentait des hémorragies graves résultant d'une insertion vicieuse. Elle perdait du sang en assez grande abondance et était déjà profondément anémiée; les membranes furent largement déchirées et, quatre heures après, cette femme, chez laquelle n'existait alors aucun début de travail, accouchait spontanément d'un enfant vivant.

Les choses ne vont pas toujours ainsi; il peut arriver que, les membranes rompues, le travail ne se déclare pas. Que faut-il faire? Si l'état général de la femme est bon ou s'améliore, si elle ne perd pas de sang, il faut attendre et se conduire en un mot comme dans les cas où la rupture prématurée des membranes a eu lieu spontanément, c'est-à-dire tenir la femme au lit, surveiller les caractères du liquide qui s'écoule par la vulve, prendre la température et intervenir seulement s'il y a de l'odeur, de l'écoulement liquide ou une élévation de la température, ou s'il se produit une nouvelle hémorragie.



Dans certains cas, la situation est autre : la femme est déjà profondément anémiée, elle ne doit plus perdre de sang : il y a intérêt alors, après avoir rompu les membranes et après avoir fait une injection sous-cutanée de 500 à 500 grammes de sérum artificiel, à introduire dans la partie inférieure de l'utérus un ballon de Champetier de Ribes qui servira à la fois de tampon intra-utérin et d'agent provocateur du travail.

**Conduite à tenir au cours du travail.** — Lorsque la femme est en travail, la conduite à tenir est plus simple encore; car la rupture artificielle des membranes, indiquée déjà par Denman au siècle dernier, et qui donne de si bons résultats au point de vue de l'arrêt de l'hémorrhagie, est facile à pratiquer; on y a recours d'autant plus volontiers qu'on ne craint pas, comme pendant la grossesse, d'interrompre trop tôt le cours de la grossesse. Toutefois, si l'hémorrhagie est peu abondante, les injections vaginales chaudes suffisent à l'arrêter; si l'écoulement sanguin reparait, quel que soit l'état de la dilatation, il faut rompre les membranes.

Lorsque le placenta est inséré très bas et qu'au cours du travail on sent avec le doigt des cotylédons placentaires, c'est que souvent le placenta est inséré sur la partie postérieure de l'utérus; c'est en avant, derrière la symphyse, qu'il faut avec le doigt chercher les membranes (Pinard).

Cette petite intervention suffit-elle à arrêter l'hémorrhagie? Oui, dans l'immense majorité des cas. Si, malgré la rupture des membranes, l'hémorrhagie persiste, c'est que l'ouverture pratiquée aux membranes n'est pas suffisante; il faut l'agrandir pour qu'il n'y ait plus de traction exercée sur le placenta.

Toutefois, malgré une brèche assez large faite aux membranes, l'hémorrhagie peut persister ou réapparaître, bien que le placenta ne soit plus tiraillé; elle provient du décollement du placenta produit par le passage à frottement de la partie fœtale qui s'engage.

Si cette hémorrhagie est sérieuse, il faut se hâter de compléter la dilatation à l'aide du ballon de Champetier de Ribes de manière à empêcher le décollement du placenta : lorsque la dilatation sera complète, on terminera l'accouchement par le forceps, ou par la version s'il y avait présentation de l'épaule. — Si l'enfant est mort, et que la tête se présente première, on applique le basiotribe.

Lorsque la femme perd du sang et qu'il existe une présentation du siège, complet ou décompleté, on va à la recherche d'un pied, on l'abaisse, si toutefois la dilatation le permet, et l'on attend que la dilatation se complète avant de terminer l'extraction du fœtus.

Lorsqu'il existe une présentation de l'épaule, si la dilatation n'est pas complète, on peut recourir à la version par manœuvres combinées qui consiste, à travers un orifice incomplètement dilaté, à aller saisir un pied et à l'amener dans le vagin en aidant la manœuvre à l'aide d'une main qui agit sur le fœtus à travers la paroi abdominale. C'est là une méthode qui donne de bons résultats. Par contre, il ne nous paraît pas utile d'imiter la conduite des accoucheurs qui, dans la présentation du sommet non engagé, vont également à la recherche d'un pied et transforment ainsi en présentation du siège cette présentation du sommet.

Nous avons vu combien les hémorrhagies étaient fréquentes au moment de la délivrance chez les femmes dont le placenta est inséré vicieusement : il faut donc être prêt à toute éventualité, avoir à l'avance huit à dix litres d'eau bouillie que l'on portera à 50 degrés et avec laquelle on fera des injections vaginales ou intra-utérines qui arrêteront l'hémorrhagie dans la pluralité des cas. Si toutefois le suintement sanguin continue, il ne faut pas hésiter à pratiquer la délivrance artificielle et à assurer ensuite l'hémostase utérine à l'aide d'irrigations chaudes.

Lorsque la délivrance se fait naturellement, il faut avoir soin de n'exercer aucune traction sur le cordon : la délivrance par expression est préférable pour éviter la rétention des membranes.

Les femmes chez lesquelles se présente cette complication sont plus exposées que d'autres à la septicémie, parce qu'elles perdent souvent du sang et qu'en outre la situation qu'occupe la plaie placentaire de la cavité utérine la rend plus accessible à l'ensemencement microbien.

Nous avons indiqué quelle est à l'heure actuelle la conduite qui semble la plus rationnelle dans les cas où le placenta est inséré sur le segment inférieur; le principal danger étant l'hémorrhagie, dès que cette hémorrhagie prend des proportions inquiétantes, il faut rompre les membranes (Pinard) même avant tout début du travail; Puzos avait conseillé de recourir à cette manœuvre lorsque la femme est déjà en travail.

Dans des leçons faites en 1895 à la Clinique Baudelocque, Pinard a fait connaître les résultats obtenus par lui depuis l'année 1885, époque à laquelle il a abandonné le tamponnement, jusqu'en 1895. De 1885 à 1888, sur 59 femmes ayant eu des hémorrhagies graves, 2 sont mortes d'infection : elles avaient été tamponnées toutes deux avant leur entrée dans le service. A partir de 1888, Pinard a ajouté à sa méthode l'emploi du ballon de Champetier de Ribes : sur 169 femmes ayant eu des hémorrhagies liées à l'insertion vicieuse, 65 ont présenté des hémorrhagies sérieuses pendant le travail et 57 des hémorrhagies assez graves pour nécessiter une intervention; sur ces 57 femmes 4 sont mortes. De telle sorte que la mortalité maternelle brute, sur  $59 + 57 = 76$  femmes, est de 6 décès, soit 7,8 pour 100; mais sur les 4 dernières femmes mortes, 5 doivent être éliminées de la statistique, ayant été apportées mourantes dans le service, de telle sorte que la mortalité expurgée est de 5 morts sur 75 femmes, soit 4,1 pour 100.

Voyons maintenant rapidement les autres méthodes de traitement employées à l'heure actuelle par d'autres accoucheurs : A. *Méthode de Braxton-Hicks*; B. *Méthode de Barnes*; C. *Tamponnement vaginal*.

A. *Méthode de Braxton-Hicks.* — Braxton-Hicks (1864) a conseillé d'intervenir<sup>1</sup> lorsque, au cours du travail, il existe une hémorrhagie et que la dilatation n'est pas suffisante pour terminer l'accouchement : il suffit qu'on puisse introduire un ou deux doigts dans l'orifice du col; de la main gauche on rompt les membranes. La main droite est appliquée sur le ventre de la

<sup>1</sup> Voir au chapitre de la version la description de la version bi-polaire ou de Braxton-Hicks.



femme. On cherche à saisir un pied avec les doigts introduits dans le col et à l'abaisser le plus possible de manière que le membre inférieur vienne faire tampon au niveau du segment inférieur. Les contractions font hâter la dilatation; on maintient le pied en bas avec le poids du bras et on attend que la dilatation soit suffisante pour terminer l'extraction.

Dans la première statistique de Braxton-Hicks, la mortalité maternelle ne s'élève qu'à 10 pour 100. Cette méthode est successivement employée en Allemagne par A. Martin (1876) et par Schröder; en 1882, Hofmeier publie la statistique du service de Schröder et donne les résultats comparés de la méthode du tamponnement et de la méthode de Braxton-Hicks: sur 44 femmes ayant eu des hémorragies graves par insertion vicieuse, 8 ont été tamponnées, parmi lesquelles 5 sont mortes de septicémie, soit une mortalité maternelle de 57,5 pour 100. Trente-six ont été traitées par la méthode de Braxton-Hicks: aucune n'est morte.

En 1885, Böhm, sur 58 cas, a pratiqué 15 tamponnements. 4 femmes sont mortes (1 par septicémie, 3 par hémorragie): d'où mortalité maternelle de 50,8 pour 100. Sur les 45 autres femmes, 55 ont été traitées par la méthode de Braxton-Hicks, 10 par la rupture des membranes: aucune n'est morte. Dans ces deux statistiques, la mortalité fœtale est de 71 pour 100.

En 1884, Röhmer, assistant de Schröder, donne une nouvelle statistique du traitement des hémorragies par la méthode de Braxton-Hicks: sur 102 cas, on a noté 7 morts, soit 5,8 pour 100.

B. *Méthode de Barnes.* — Barnes (1864) est d'avis de rompre artificiellement les membranes pour évacuer le liquide amniotique et produire la contraction utérine. Cette simple manœuvre suffit habituellement pour arrêter l'hémorragie; si l'hémorragie persiste, Barnes introduit un ballon en forme de violon qu'il distend et qu'il remplace, au fur et à mesure que la dilatation progresse, par des ballons de plus en plus gros; malheureusement ces ballons ne sont pas assez volumineux pour produire une dilatation complète. Si la tête est mobile, Barnes termine l'accouchement par la version mixte en allant à la recherche d'un pied. La statistique donnée par lui en 1864 porte sur 69 cas et donne 6 morts (5 par rupture de l'utérus et 5 par hémorragie), soit une mortalité maternelle de 8,5 pour 100. Plus récemment J. Murphy a donné une statistique de faits dans lesquels il a employé le ballon de Barnes et la version de Braxton-Hicks. Sur 65 femmes ayant eu des hémorragies graves au cours de la grossesse et du travail, il a noté 2 morts, soit 5,2 pour 100 de mortalité maternelle.

C. *Tamponnement.* — C'est Leroux, de Dijon (1776), qui le premier a proposé cette méthode pour combattre les hémorragies consécutives à l'accouchement; ce n'est qu'incidemment qu'il en conseille l'emploi pour les hémorragies de la grossesse. Cette méthode fut employée par Mme Dugès, Mme Lachapelle, P. Dubois, Depaul, et elle est actuellement défendue en France par Tarnier. Elle consiste à bourrer fortement le vagin avec des tampons de coton antiseptique; — on employait autrefois des bourdonnets de charpie. — Il est utile de préparer 60 ou 80 tampons dont quelques-uns, qu'on appliquera les premiers, seront munis d'un fil.

Ces tampons doivent être préparés à l'avance et maintenus dans une solution antiseptique (acide phénique au 1/50<sup>e</sup>, bichlorure de mercure à 0,25 centigr. pour 1000 grammes).

Voici comment Tarnier<sup>1</sup> conseille de préparer le tampon: « Pour être en mesure d'appliquer immédiatement, au moment voulu, un tampon aseptique, il faut qu'il soit préparé à l'avance; aussi, je vous conseille d'avoir toujours chez vous un tampon prêt à être appliqué. Vous le préparerez avec de petits bourdonnets de coton au sublimé ou à l'acide phénique, liés chacun avec un fil aseptique, et vous le conserverez dans un bocal en verre hermétiquement bouché et rempli d'une solution de sublimé à un pour 1000 ou d'acide phénique à 20 pour 1000. Il faut encore bien savoir que le coton vendu dans le commerce sous le nom de coton antiseptique, n'a pas toujours été stérilisé à l'étuve; il est donc prudent de se méfier de son aseptie, et il est sage de le passer à l'étuve ou de le faire bouillir dans une solution sublimée ou phéniquée, avant de s'en servir pour préparer un tampon.

« Le tamponnement vaginal exige environ soixante bourdonnets de moyen volume, et, en outre, une certaine quantité de coton antiseptique qui sera appliqué en dehors de la vulve, et maintenu avec un bandage en T destiné à empêcher le tampon d'être expulsé du vagin.

« Si vous n'avez pas de tampon préparé d'avance, vous ne devrez cependant pas renoncer à ce mode de traitement, car il vous sera possible de préparer un tampon extemporanément et dans des conditions suffisantes d'asepsie. Vous prendrez pour cela du coton antiseptique au sublimé ou à l'acide phénique, coton qui se trouve à peu près partout, et vous en ferez des bourdonnets que vous tremperez simplement dans une solution antiseptique avant de les introduire dans le vagin. Vous vous serviriez encore avec avantage de gaze antiseptique à l'iodoforme, au salol, etc., mais vous n'oublierez pas que l'absorption de l'iodoforme du tampon peut déterminer des phénomènes d'intoxication, surtout chez les femmes qui ont perdu beaucoup de sang.

« Si vous êtes appelé dans un pays pauvre, sans ressources, il n'y a ni ouate ni gaze antiseptiques, procurez-vous du coton ordinaire, qui n'ait pas encore servi (en en trouve chez presque toutes les couturières) ou, à défaut de coton, demandez de l'étoffe. Si vous en avez le temps, et vous l'aurez presque toujours, faites bouillir ce coton ou cette étoffe dans de l'eau phéniquée, ou encore dans de l'eau ordinaire, additionnée de carbonate de soude ou de sel marin, et ce n'est qu'après avoir stérilisé par l'ébullition les bourdonnets d'ouate ou d'étoffe que vous serez autorisé à les introduire dans les organes génitaux. »

Lorsqu'on pratique le tamponnement, la femme est mise en travers du lit dans la situation obstétricale: après avoir vidé le vagin des caillots qu'il renferme, après l'avoir lavé avec soin, on introduit un à un les tampons aussi profondément que possible autour du col, puis on continue à remplir le vagin avec des bourrelets isolés qu'on serre fortement les uns contre les autres. Lorsque le tamponnement paraît suffisant, on le maintient à l'aide

<sup>1</sup> De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique, p. 542.



d'un gros tampon d'ouate qu'on tient appliqué contre la vulve par un bandage en T.

Si le tamponnement est pratiqué au cours du travail, il accélère habituellement les contractions utérines et arrête tant bien que mal l'écoulement sanguin; ce tampon peut être laissé en place jusqu'à ce qu'il soit expulsé en même temps que le fœtus (Pajot, Bailly); ou bien on le retire lorsqu'on croit reconnaître les douleurs expulsives (Depaul). En règle générale, il n'est pas bon de laisser le tampon en place plus de 12 à 24 heures.

Un certain nombre d'auteurs ont imaginé de remplacer le tampon fait avec la charpie ou l'ouate par des ballons introduits dans le vagin et que l'on distend avec de l'air ou de l'eau: tels sont le pessaire à air de Gariel, le colpeurynter de Braun, l'appareil élytro-ptérygoïde de Chassagny, etc.

Quelle est la valeur exacte<sup>1</sup> de la méthode du tamponnement? Si, depuis l'antisepsie, elle n'est plus une cause d'infection génitale, elle n'en reste pas moins sujette à un certain nombre de critiques que nous allons résumer. Pinard, qui est très hostile au tamponnement, qu'il a complètement abandonné dans sa pratique, lui reproche:

1° D'être douloureux.

2° D'être inefficace, en ce qu'il n'arrête pas toujours l'hémorrhagie et en ce qu'il ne provoque pas ou n'accélère pas toujours le travail. Même avec un tamponnement bien fait, le sang peut s'accumuler au-dessus de lui ou infiltrer les tampons. La digue n'est plus efficace.

3° D'être habituellement — en dehors des services d'accouchement — fort mal pratiqué. Le plus souvent on se contente de mettre dans le vagin cinq ou six tampons qui ne peuvent que bien imparfaitement remplir le double but du tamponnement.

4° De gêner l'évacuation des réservoirs vésical et rectal et de produire du côté du vagin des plaies contuses qui, si elles ne s'infectent pas d'emblée comme autrefois, grâce aux précautions antiseptiques, créent cependant un danger d'infection.

5° D'être inférieur comme méthode aux trois moyens suivants: injections chaudes, rupture des membranes, introduction du ballon de Champetier de Ribes qui permet d'intervenir assez rapidement.

Le tamponnement est en outre une méthode illogique: il est appliqué là où ne se produit pas l'écoulement sanguin. N'est-il pas préférable, n'est-il pas rationnel de faire l'hémostase là où le sang sort des vaisseaux?

C'est donc le tamponnement du segment inférieur de l'utérus — et non le tamponnement du vagin — avec le ballon de Champetier de Ribes, qu'il faut pratiquer, en cas d'hémorrhagie liée à l'insertion vicieuse du placenta.

Varnier, dans un cours fort documenté fait sur ce sujet en 1895, a comparé les différentes méthodes de traitement: il a montré — chiffres en mains — que la méthode du tamponnement donnait de moins bons résultats que les autres au point de vue de la mortalité maternelle et qu'en particulier

<sup>1</sup> Lire sur ce sujet les thèses de: Ed. Bourdier, Insertion vicieuse du placenta et tamponnement vaginal. Th. Paris 1895. — A. Abd-el-Nour, Les méfaits du tamponnement vaginal dans le placenta prævia. Th. Paris 1895.

les méthodes de Barnes, de Braxton-Hicks, de Pinard, constituaient un progrès réel dans le traitement des hémorrhagies liées à l'insertion vicieuse du placenta. Ce qui, d'après Varnier, à qui nous avons emprunté presque tous ces chiffres, constitue la réelle supériorité de la méthode de Pinard sur les autres, c'est que la mortalité fœtale y est abaissée; la plupart des statistiques donnent en effet 75 pour 100 de mortalité fœtale brute. L'une des meilleures, celle de Löhmer, donne une mortalité fœtale *expurgée* de 50 pour 100 par la méthode de Braxton-Hicks. — La méthode de Pinard donne 40,5 pour 100 de mortalité fœtale brute et 51,7 pour 100 de mortalité expurgée.

Harris (de Paterson) a fait connaître (Soc. obst. et gynéc. 15 déc. 1894) une méthode manuelle pour obtenir rapidement la dilatation du col de l'utérus: elle consiste à introduire dans le col successivement l'index, le pouce et les autres doigts. La femme étant anesthésiée, la durée moyenne de la manœuvre aurait été de 20 minutes.

Que convient-il de faire dans les cas où le placenta est véritablement prævia, c'est-à-dire dans les

cas où, en pratiquant le toucher, on arrive de tous côtés sur le tissu placentaire? Il nous paraît mauvais de recourir à la méthode de Simpson, qui pratiquait l'arrachement total du placenta, ou à celle de Deventer, qui perforait le placenta pour permettre l'écoulement des eaux; on a même employé cette méthode pour passer avec la main à travers le placenta et extraire le fœtus par cette voie. La fig. 567 montre un placenta qui présente en son milieu une solution de continuité par laquelle on a extrait le fœtus. En règle générale, il suffit d'explorer avec soin la partie de l'œuf qui est accessible pour arriver en un point (soit en avant, soit en arrière, soit sur les côtés) sur les membranes.

Nous ne pouvons que rappeler les différents procédés à employer chez les

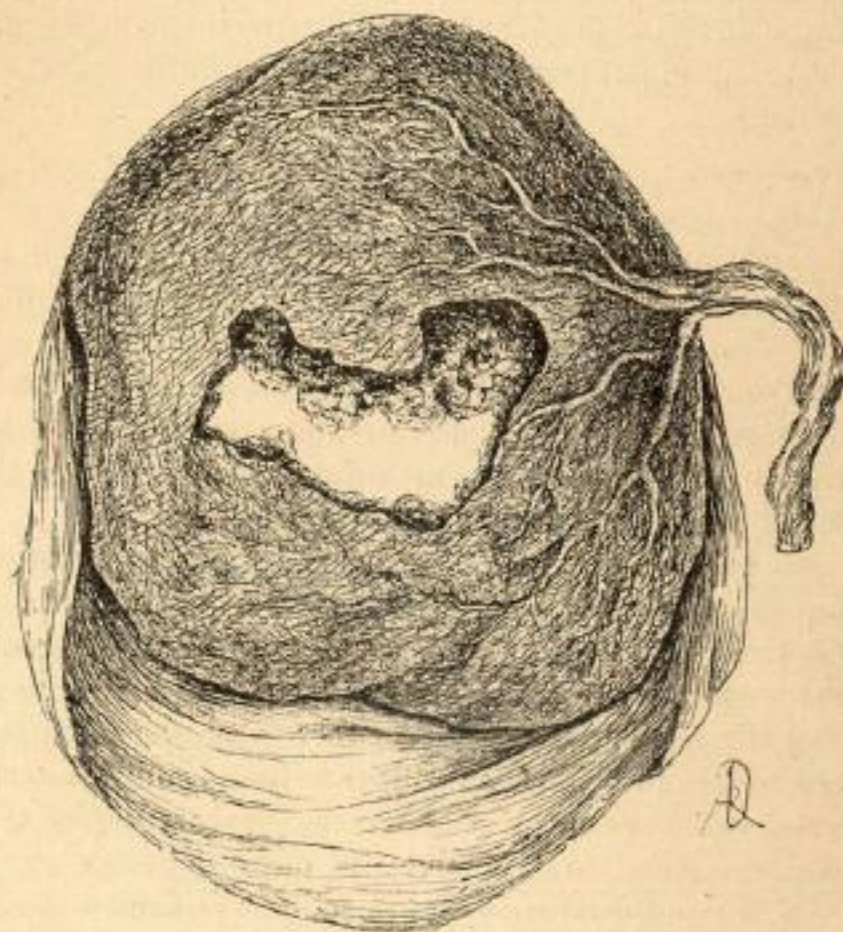


Fig. 567. — Placenta prævia vu par sa face fœtale (d'après nature). La solution de continuité qui se trouve près du cordon a servi au passage de la main de l'opérateur et au passage du fœtus.



femmes qui ont perdu beaucoup de sang par suite d'insertion du placenta sur le segment inférieur. On veille avec grand soin à ce que la femme ne fasse aucun mouvement, à ce qu'elle reste la tête basse; lorsqu'elle est accouchée, on pratique les injections intra-utérines chaudes ou un tamponnement modéré avec la gaze iodoformée, qui a surtout pour but de maintenir éveillée la contraction utérine. Si la malade a des tendances syncopales, les injections d'éther, de caféine, sont utiles. Il faut renoncer à la transfusion, qui est dangereuse et difficile à pratiquer. — On a recours également avec avantage aux injections de sérum artificiel faites en assez grande quantité. Pour cela, on se sert soit d'une seringue de Roux, soit de l'appareil de Potain, et on fait pénétrer dans le tissu cellulaire 250 grammes de la solution suivante :

Eau stérilisée. . . . .	1000 grammes.
Chlorure de sodium . . . . .	7 —

On emploie une solution préparée extemporanément en faisant bouillir un litre d'eau additionnée de 15 grammes de sel marin, si on ne peut avoir une solution bien préparée et s'il y a urgence extrême. Ces injections sont faites de préférence au niveau de la région supérieure et externe de la cuisse, au niveau de la fesse. On peut ainsi injecter 1000 à 1500 grammes de ce sérum artificiel en dix ou douze heures.

Un procédé pratique pour les injections hypodermiques d'eau salée en grande quantité consiste à employer un entonnoir de verre ou une ampoule stérilisée qui contient le liquide à injecter : à l'extrémité de l'entonnoir ou de l'ampoule est adapté un long tube de caoutchouc muni d'une aiguille : on tient le réservoir à 1<sup>m</sup>,50 ou 2 mètres au-dessus du plan du lit et le liquide pénètre par pression directe dans le tissu cellulaire sous-cutané. — Quelques accoucheurs préfèrent, dans les cas graves, injecter le liquide directement dans les veines : il ne semble pas jusqu'à présent qu'au point de l'efficacité et de la rapidité d'action, les injections veineuses aient une supériorité sur les injections hypodermiques et en revanche elles sont plus difficiles à pratiquer et ne présentent pas la même innocuité.

Lorsqu'on est appelé auprès d'une femme exsangue, il est prudent de lui injecter ainsi une certaine quantité de sérum avant de pratiquer la moindre intervention.

#### MÔLE HYDATIFORME OU VÉSICULAIRE

Les anciens auteurs appelaient *môle* toute masse qui, développée dans l'intérieur de l'utérus, en était expulsée; ils confondaient ainsi nombre de produits dissemblables, tels que débris placentaires retenus après l'avortement, fibromyomes, polypes.

Aussi étaient-ils obligés de différencier les môles *vraies* des môles *fausses* et de décrire des môles *charnues*, *vésiculaires*, *aqueuses*, etc.

Peu à peu le nom de *môle* a été réservé au développement dans l'utérus

de vésicules dont on a cherché pendant longtemps la pathogénie; Regnier de Graaf (1678) admettait que ces vésicules étaient des œufs non fécondés; d'autres auteurs (Ruysch, Albinus) pensèrent qu'il s'agissait d'une altération de l'œuf; Percy (1811) voulut préciser et admit que les vésicules contenaient chacune un petit ver.

Mme Boivin, MM. Velpeau, Desormeaux, montrèrent qu'il s'agissait d'une maladie des membranes de l'œuf.

Ch. Robin l'attribua à une hydropisie des villosités chorales.

De ses recherches Virchow conclut qu'il s'agit d'un myxome des villosités chorales, d'une véritable hyperplasie du tissu muqueux qui existe à l'état normal dans chaque villosité. La môle serait donc constituée par une dégénérescence kystique des villosités chorales résultant d'une hypertrophie du tissu muqueux : ce serait un *myxome du placenta*. Cette théorie du *myxome* a été acceptée par la plupart des auteurs; cependant elle a été combattue par H. Müller, pour qui la môle résulte d'une prolifération de l'épithélium des villosités chorales, par Ercolani qui insiste sur la néoplasie de cet épithélium et par Rummler qui fait remarquer que c'est dans les grosses vésicules qu'il y a le moins de mucine.

Franckel, Franqué insistent sur l'importance des proliférations cellulaires qui se développent hors des villosités; Marchand ne considère pas la môle comme un myxome, mais comme une tumeur épithéliale, et pense que la modification la plus importante est celle des parties épithéliales qui produisent peut-être une altération hydropique du tissu cellulaire du chorion. L. Ouvry<sup>1</sup> insiste également sur la constance des lésions de l'épithélium de revêtement de la villosité.

*Anatomie pathologique.* — L'aspect macroscopique de la môle expulsée de l'utérus varie suivant l'étendue et la variété des lésions qui ont fait distinguer par Dubois et Desormeaux : 1° une môle *pleine* ou *en masse*; 2° une môle *creuse*; 3° une môle *embryonnée*.

1° *Môle pleine.* — Elle se présente sous l'aspect d'une masse rougeâtre, plus ou moins volumineuse, pouvant atteindre le volume d'une tête d'enfant, et recouverte de caillots sanguins. Lorsqu'on a lavé cette tumeur, lorsqu'on l'a débarrassée des caillots qui l'enveloppent, on voit qu'elle est constituée par un amas de petits kystes de forme et de volume extrêmement variés, reliés entre eux par de nombreux filaments très ténus et rattachés par leur périphérie à une membrane de couleur rougeâtre qui n'est qu'un reste du chorion.

Tantôt cette masse ne renferme que des vésicules sans traces d'ammios; d'autres fois on constate les débris d'une poche amniotique.

Cette dégénérescence complète de l'œuf semble exister lorsqu'elle atteint les villosités chorales dès le début, lorsque l'œuf est encore englobé de toute part par les villosités.

2° *Môle creuse.* — Dans certains cas la poche amniotique ne contient que du liquide gélatineux, lactescent, sans trace d'embryon ni de cordon ombi-

<sup>1</sup> Étude de la môle hydatiforme. Thèse Paris 1897.