

## CHAPITRE XIII

### DE L'HÉMORRHAGIE AVANT L'ACCOUCHEMENT : PLACENTA PRÆVIA

Les hémorrhagies qui résultent d'une situation anormale du placenta, inséré partiellement ou entièrement sur l'orifice interne du col, ont donné lieu à d'intéressantes discussions. L'étiologie de cette insertion anormale, la source de l'hémorrhagie, et les causes qui la font naître, les moyens adoptés par la nature pour l'arrêter, son traitement, tout a été le sujet de controverses sans fin et qui sont loin d'être terminées. Il faut admettre aussi que l'extrême importance du sujet justifie amplement l'attention qu'on lui a accordée ; car il n'y a, dans l'obstétrique, aucune complication plus apte à produire des alarmes soudaines, aucune qui réclame un traitement scientifique plus rapide.

#### Définition.

On entend par *placenta prævia* l'insertion du placenta sur le segment inférieur de la cavité utérine, de telle sorte qu'il est situé, en totalité ou en partie, sur l'orifice interne du col. Dans le premier cas, c'est une présentation placentaire *complète* ou *centrale* ; dans le second, une présentation *incomplète* ou *marginale*.

#### Causes.

Les causes de la situation anormale du placenta ne sont pas pleinement élucidées. Tyler Smith supposait qu'elle était due à ce que la fécondation de l'ovule n'avait eu lieu que dans la

partie inférieure de la cavité utérine. Cazeaux fait observer que la muqueuse utérine est moins gonflée, moins turgide que lorsque l'imprégnation se produit au siège ordinaire, et que, par conséquent, elle offre moins d'obstacle à la descente de l'ovule dans la partie inférieure de la cavité de la matrice. La descente de l'ovule imprégné peut aussi être favorisée par une grandeur anormale ou une forme inaccoutumée de la cavité utérine. Cela peut être, en effet, dans les cas où la cavité est plus grande, car on observe le placenta prævia en général chez les femmes qui ont déjà eu plusieurs enfants. Mais ce sont là des hypothèses intéressantes qui n'ont aucune valeur pratique. Il est un fait certain, c'est qu'assez fréquemment, une fois sur 573, d'après Johnson et Sinclair, le placenta est greffé partiellement ou complètement sur l'orifice utérin.

Le placenta prævia n'était pas inconnu des anciens auteurs, mais ils croyaient que, situé primitivement sur le fond, il était accidentellement tombé dans le segment inférieur de l'utérus. Portal, Levret, Rœderer, et surtout notre compatriote Rigby, sont au nombre de ceux dont les observations tendent à faire supposer qu'ils connaissaient exactement le fait obstétrical. C'est à Rigby que nous devons l'expression d'*hémorrhagie inévitable*, comme synonyme de placenta prævia, et pour la distinguer de celle qui est consécutive au décollement du placenta inséré normalement, laquelle est appelée *hémorrhagie accidentelle*. Ces dénominations, adoptées par le plupart des auteurs, sont cependant trompeuses, car elles établissent une distinction essentielle entre l'étiologie des deux genres d'hémorrhagie, et nous verrons bientôt que cette distinction n'est pas toujours exacte.

Il est de la plus haute importance, si l'on veut bien comprendre la nature et le traitement du placenta prævia, de connaître exactement la source de l'hémorrhagie et la manière dont elle se produit ; mais c'est un sujet que nous discuterons avec plus de fruit après la description des symptômes.

Bien que le placenta doive occuper sa situation anormale

Historique.

Symptômes.

depuis les premiers temps de sa formation, il donne rarement lieu à quelque symptôme appréciable avant les trois derniers mois de la grossesse. Toutefois il est loin d'être improbable que cette situation anormale du placenta puisse produire l'avortement dans les premiers mois, le siège de son insertion passant inaperçu.

Hémorragie subite.

Le premier symptôme qui nous fasse concevoir des soupçons est une hémorragie soudaine, sans cause appréciable. La quantité de sang perdu varie considérablement. Dans quelques cas, la première hémorragie est relativement légère et s'arrête bientôt spontanément ; mais, si on laisse aller les choses sans intervenir, après un certain laps de temps, qui peut varier de quelques jours à quelques semaines, l'écoulement reparait de nouveau d'une façon aussi inattendue que la première fois, et les hémorragies successives sont de plus en plus profuses. Les pertes paraissent à différentes périodes. Elles commencent rarement avant la fin du sixième mois, souvent plus près du terme, et quelquefois même au moment du travail. L'hémorragie coïncide fréquemment avec l'époque où la femme aurait eu ses règles, sans doute à cause de la congestion physiologique des organes de la génération. Si la perte ne se montre la première fois que vers le moment du terme ou au terme même, elle peut être formidable, et quelques minutes suffisent pour mettre en péril la vie de la femme. On doit certainement accepter comme un axiome que, du jour où il s'est déclaré une hémorragie, la femme est en danger, car des pertes excessives peuvent survenir à tout moment, sans prodromes et alors qu'on n'est pas sûr d'avoir du secours. Il arrive souvent que le travail prématuré se déclare après une ou plusieurs hémorragies.

Réapparition soudaine de l'hémorragie.

Dans les cas de placenta prævia, lorsque le travail a commencé, soit prématurément, soit à terme, l'hémorragie peut devenir excessive, car chaque contraction décolle de nouvelles portions du placenta, et de nouveaux vaisseaux rompus restent ouverts. Dans ces circonstances, le sang coule souvent

en plus grande quantité pendant les douleurs et diminue dans leurs intervalles. Ce fait a depuis longtemps été signalé comme un des signes auquel on pouvait distinguer l'hémorragie « inévitable » de l'hémorragie « accidentelle » ; dans cette dernière, en effet, le sang s'arrête pendant les douleurs. Mais cette distinction est tout à fait trompeuse. Dans toutes les formes d'hémorragie utérine, même dans celle qui accompagne le placenta prævia, la contraction de l'utérus a pour effet de resserrer les vaisseaux d'où le sang s'échappe, et de diminuer ainsi l'écoulement. L'augmentation apparente du flux pendant les douleurs tient à ce que les contractions chassent dehors le sang qui est déjà sorti des vaisseaux. Cependant, jusqu'à un certain point, les douleurs doivent favoriser l'hémorragie, par le décollement de nouvelles portions du placenta ; mais alors la perte a lieu surtout pendant les intervalles, et non pas pendant la durée des contractions.

En général le sang coule en plus grande abondance pendant les douleurs.

A l'examen vaginal, si l'orifice est suffisamment dilaté pour admettre le doigt, et il l'est en général, à cause du relâchement produit par l'écoulement sanguin, nous pourrions presque toujours sentir quelque portion du placenta. Si l'implantation est centrale, nous trouverons l'orifice supérieur du col entièrement couvert par la masse placentaire épaisse et molle, se distinguant d'un caillot qui occuperait la même situation, par sa consistance et l'impossibilité d'être brisé sous la pression du doigt. On peut sentir, à travers le placenta, la partie du fœtus qui se présente, mais pas aussi distinctement que si aucun organe n'était interposé entre le doigt et l'enfant. Dans les présentations partielles, on trouvera une certaine étendue de l'orifice occupée par la poche des eaux, avec la tête ou une autre partie foetale au-dessus, et le reste du cercle recouvert par le bord du placenta. Si la présentation est marginale, on ne peut sentir que le bord épais du délivre, qui fait saillie à la circonférence de l'orifice. Si le col est haut et la grossesse peu avancée, il ne sera pas facile de saisir tous ces détails, le col étant presque hors de portée ; et, comme il est de toute importance de faire

Examen vaginal.

un diagnostic exact, on devra introduire deux doigts, ou même toute la main, pour explorer complètement l'état des organes. Le segment inférieur du globe utérin est plus épais et plus charnu qu'à l'état normal, et Gendrin a signalé que le ballotement ne peut être perçu. Dans les cas douteux, notre diagnostic peut être éclairé par l'auscultation, le souffle placentaire est entendu sur le segment inférieur de l'utérus.

Le Dr Wallace <sup>1</sup> a pensé que l'auscultation vaginale pouvait être utile, et qu'au moyen d'un stéthoscope de bois recourbé on distinguait le souffle placentaire d'une façon saisissante. Je crois que cette manœuvre sera difficilement acceptée dans la pratique.

Source  
de l'hémorrhagie.

Il est maintenant à peu près généralement admis par les auteurs que la source de l'hémorrhagie est dans les vaisseaux utéro-placentaires lacérés. Il n'y a que peu d'années encore, sir James Simpson défendait, avec son énergie habituelle, la théorie soutenue par son prédécesseur le Dr Hamilton, à savoir que la principale, sinon la seule source de l'hémorrhagie était dans la portion détachée du placenta lui-même. Selon lui, le sang passait de la partie du placenta encore adhérente dans celle qui était décollée, et s'écoulait de la surface de cette dernière; et, conformant sa pratique à son hypothèse, il décollait complètement le placenta, après avoir observé que, dans bien des cas où le délivre avait été expulsé avant l'enfant, l'hémorrhagie avait cessé. Le fait de la cessation de l'hémorrhagie n'est pas douteux, dans de semblables circonstances, mais la théorie de Simpson est contestée par la plupart des auteurs modernes, particulièrement par Barnes qui s'est beaucoup occupé de l'étude de cette question. Selon lui, l'arrêt de l'hémorrhagie n'est pas dû au décollement du placenta, mais à la contraction utérine qui le précède ou l'accompagne, contraction qui obture les vaisseaux, comme dans les autres formes d'hémorrhagie. Le Dr Mackenzie a montré le siège de l'hémorrhagie par une série d'expériences pratiquées sur des chiennes pleines dont il dé-

1. *Edin. med. Jour.*, nov. 1872.

collait le placenta; le sang s'écoulait alors des parois de l'utérus, et non pas de la surface placentaire mise à nu. La disposition des larges sinus veineux, qui s'ouvrent sur la muqueuse utérine, favorise l'écoulement du sang lorsqu'ils sont déchirés, et c'est d'eux que vient le sang (peut-être aussi un peu des artères utérines) exactement comme dans l'hémorrhagie *post partum*, alors que toute la surface d'insertion du placenta et non plus seulement une partie, est mise à découvert.

On a donné diverses explications des causes de l'hémorrhagie. Pendant longtemps, on a supposé qu'elle dépendait de l'expansion graduelle du col dans les derniers mois de la grossesse, amenant le décollement du placenta inséré anormalement. Mais on a vu que ce raccourcissement du col n'est qu'apparent, et que le canal cervical ne fait pas partie de la cavité utérine durant la gestation, excepté peut-être tout au plus pendant la dernière semaine. C'est donc une explication du décollement placentaire à rejeter. Jacquemier en proposa une autre, qui a été admise par Cazeaux. Pendant les six premiers mois de la gestation, le segment supérieur de l'utérus se développe plus spécialement, ainsi que l'indique la forme en poire du fond de l'organe à cette période; et comme le placenta atteint aussi son maximum de développement pendant les six premiers mois, s'il est inséré sur le segment utérin qui se développe concurremment avec lui, ses rapports et ses attaches ne sont nullement troublés. Au contraire, pendant les trois derniers mois de la grossesse, le segment inférieur de l'utérus se développe plus que le segment supérieur, tandis que le volume du placenta reste à peu près stationnaire; il en résulte inévitablement une perte de proportion entre le col et le placenta, d'où le décollement de ce dernier. Cette théorie a soulevé de nombreuses objections, dont la plus importante est qu'il n'est pas du tout démontré que le segment inférieur de l'utérus se développe proportionnellement plus que le supérieur pendant les derniers mois de la grossesse. La théorie du Dr Barnes est basée sur l'hypothèse que la perte

Causes  
de l'hémorrhagie.

Théorie  
de Jacquemier.

Théorie de Barnes.

développement excessif du placenta lui-même relativement à celui du col, qui n'est pas disposé pour recevoir ses insertions. D'après cette théorie, le placenta, en grossissant, se détache des points où il est greffé, d'où l'hémorrhagie. Je ferai observer que ni cette théorie ni celle de Jacquemier ne sont conciliables avec les observations fréquentes dans lesquelles l'hémorrhagie n'a commencé qu'au moment du terme. Si, comme le supposent ces deux auteurs, il existait, dans tous les cas de placenta prævia, une perte de relation entre cet organe et ses points d'attache, l'hémorrhagie ne ferait jamais défaut à un moment donné des trois derniers mois de la grossesse. Le Dr Matthews Duncan <sup>1</sup>, qui a récemment repris cette étude, soutient que les hémorrhagies sont accidentelles, non inévitables, et dues précisément aux mêmes causes que les hémorrhagies ordinaires qu'on voit survenir quand le placenta est normalement placé <sup>2</sup>. Naturellement, l'insertion vicieuse du placenta rend ces causes plus aptes à agir, mais leur action est, selon lui, absolument la même que dans les cas d'hémorrhagies accidentelles. Le décollement du placenta par expansion du col est, d'après sa théorie, la cause de l'hémorrhagie lorsque le travail a commencé, et alors elle peut être strictement appelée inévitable; mais l'hémorrhagie se produit très rarement ainsi pendant la grossesse.

« Il y a, dit Duncan, quatre modes de production de cette hémorrhagie :

« 1° La rupture d'un vaisseau utéro-placentaire à l'orifice interne du col ou au-dessus;

« 2° La rupture d'un sinus utéro-placentaire marginal dans l'aire du décollement prématuré spontané, lorsque l'insertion du placenta n'est pas centrale ou couvrant l'orifice interne, mais qu'elle a lieu sur le bord ou près du bord de cet orifice;

« 3° Le décollement partiel du placenta, à la suite de causes accidentelles, par exemple un coup ou une chute;

1. *Edin. med. Journ.*, nov. 1873, et *Brit. Med. Journ.*, nov. 1873.

2. *Sur le mécanisme de l'accouchement normal et pathologique* de Matthews Duncan, traduit par Budin, pages 323 et seq.

« 4° Le décollement partiel du placenta, sous l'influence de contractions utérines qui produisent une légère dilatation de l'orifice interne du col.

Ces faits peuvent être considérés comme des exemples de fausses couches commençantes arrêtées dès leur début. »

Je ne vois aucune raison pour douter que l'hémorrhagie puisse, bien souvent, être attribuée aux trois premières causes, et alors sa production ressemble strictement à celle des hémorrhagies accidentelles. La quatrième fait dépendre l'hémorrhagie d'un décollement partiel, provoqué par un commencement de dilatation du col, en expliquant cette dilatation par un début de fausse couche. Cette dernière hypothèse me paraît tout à fait aussi futile que celles qui invoquent un défaut de relation entre le placenta et ses points d'attache. Nous savons que, sans aucune espèce de menaces d'avortement, il se produit sans cesse des contractions utérines pendant la durée de la grossesse. Ce fait a été parfaitement démontré par Braxton Hicks, et chacun peut s'en assurer en plaçant la main pendant quelques minutes sur un utérus de femme grosse. Il n'y a aucune raison pour supposer que ces contractions n'affectent pas le col, aussi bien que le fond de l'utérus; et il est facile de comprendre que, dans les cas d'insertion partielle ou complète sur l'orifice, une ou plusieurs contractions un peu plus fortes que les autres puissent, à un moment donné, produire une déchirure des attaches placentaires dans le voisinage du col.

Dans les cas de placenta prævia, un examen soigneux de l'organe nous fera découvrir des modifications pathologiques au siège du décollement, ainsi que l'ont signalé Gendrin, Simpson et d'autres auteurs. Ce sont des thromboses dans les cotylédons placentaires, avec épanchements de caillots sanguins, diversement altérés et décolorés, selon le temps depuis lequel le décollement s'est produit. Les auteurs ont aussi décrit des modifications dans la portion du placenta qui recouvre l'orifice, que le décollement ait eu lieu ou non. Il paraît y avoir une tendance à l'atrophie de cette portion de tissu placentaire, en

Modifications anatomopathologiques du placenta.