

même temps que des changements de forme, tels que division partielle ou complète en deux lobes, dont l'union aurait lieu sur l'orifice utérin<sup>1</sup>.

Mode de terminaison naturelle.

L'histoire de l'accouchement abandonné à la nature est digne d'être étudiée, et elle nous servira de guide dans le traitement de ces cas redoutables. Il arrive quelquefois, lorsque les douleurs sont fortes et l'accouchement rapide, que le travail se termine sans hémorrhagie sérieuse. Cazeaux dit : « Bien que l'hémorrhagie soit ordinairement considérée comme inévitable dans de telles circonstances, elle peut cependant être nulle pendant le travail, et la dilatation de l'orifice peut se faire sans qu'il y ait perte d'une seule goutte de sang. » En outre, Simpson a prouvé, par un très grand nombre d'observations concluantes, que lorsque le placenta était expulsé avant la naissance de l'enfant, toute hémorrhagie cessait.

Théorie de Barnes.

La théorie du placenta prævia émise par Barnes, et presque généralement acceptée, explique ces deux ordres de faits d'une manière satisfaisante.

Barnes considère la cavité utérine comme pouvant être divisée en trois zones ou segments. Lorsque le placenta est situé dans la zone supérieure ou la zone moyenne, il ne se produit ni décollement, ni hémorrhagie pendant le travail. Mais, lorsqu'il est situé, en partie ou en totalité, dans la zone inférieure ou cervicale, l'expansion du col pendant le travail peut produire un décollement plus ou moins grand, et par conséquent une hémorrhagie. Aussitôt que la portion prævia du placenta est suffisamment détachée, pourvu que la contraction utérine se produise pour clore les orifices des vaisseaux, l'hémorrhagie s'arrête. L'hémorrhagie peut donc ne pas persister, sans que le placenta soit entièrement décollé, parce que la portion qui reste adhérente est greffée sur l'utérus au delà de la zone d'insertion dangereuse.

Donc, dans le premier cas, l'absence d'hémorrhagie s'explique, à l'aide de cette théorie, par l'action de douleurs fortes

1. Sirelius, *Arch. gén. de méd.*, vol. II, 1861.

et rapides, suffisantes pour compléter le décollement des insertions placentaires de la zone cervicale ou inférieure avant que le sang ait commencé à couler ; dans le dernier cas, l'hémorrhagie cesse, non pas nécessairement parce que le placenta est expulsé en entier, mais parce qu'il est décollé de l'aire de l'implantation dangereuse.

L'expansion cervicale nécessaire pour amener ce résultat varie dans les différents cas. Le Dr Duncan<sup>1</sup>, qui a étudié ce point très soigneusement, estime la limite du décollement spontané à un cercle de 11 centimètres de diamètre ; après qu'une telle expansion s'est produite, il ne survient plus ni décollement, ni hémorrhagie. Barnes pense que, pour admettre le passage d'une tête fœtale à terme, il faut un cercle d'environ 15 centimètres de diamètre ; d'un autre côté, il a quelquefois observé que « l'hémorrhagie s'arrête complètement lorsque l'orifice utérin présente une ouverture de la dimension de celle d'un verre à pied, ou même moins. »

On voit que dans cette forme d'hémorrhagie, aussi bien que dans toutes les autres, la contraction utérine tend à arrêter l'écoulement du sang ; et, pourvu que les douleurs soient suffisamment énergiques, la nature suffit, sans aide, à triompher du danger. Ce n'est que rarement qu'elle échoue. Nous verrons plus loin que ces opinions théoriques reçoivent une importante application pratique au sujet du traitement.

Dans tous les cas de placenta prævia, le pronostic est certainement grave pour la mère et pour l'enfant. Read, dans son *Traité du placenta prævia*, estime, d'après de fort nombreuses statistiques, la mortalité des mères à 1 sur 4 1/2, et Churchill 1 sur 3. Cette estimation est certainement trop élevée, et basée sans doute sur des observations mal établies<sup>2</sup>. La mortalité dépend, naturellement, beaucoup du traitement qui a été institué.

Pronostic.

1. *Obst. Trans.*, vol. XV.

2. Cette estimation concorde, au contraire, avec celle du professeur Depaul. Sur 71 cas observés à l'hôpital des Cliniques, 23 femmes ont succombé, ce qui donne une proportion de une morte sur trois (Cliniques du Dr Depaul, page 677). (*Trad.*)



Sans aucun doute, si les malades ont été abandonnées aux seules ressources de la nature, les résultats peuvent être aussi défavorables que Read le suppose ; mais, si elles ont reçu des soins appropriés, ils doivent être beaucoup plus heureux. Sur 64 observations, rapportées par Barnes, la mort a eu lieu 6 fois, ou 4 fois sur 10  $\frac{2}{3}$ . En somme, les risques de la mère sont très grands. Churchill estime qu'on perd plus de la moitié des enfants. Cela n'a rien d'extraordinaire, les enfants étant soumis à des causes de danger, telles que l'asphyxie par perte du sang maternel, et l'entrave apportée à la respiration, pendant la durée du travail, par un placenta en partie décollé ; bien des enfants meurent aussi parce qu'ils ne sont pas à terme, d'autres des suites d'une mauvaise présentation.

Traitement.

Lorsqu'une hémorrhagie soudaine apparaît dans les derniers mois de la grossesse, on doit songer immédiatement à la possibilité d'un placenta prævia ; et on découvrira, en général, l'existence de cette complication, par un examen vaginal complet, qu'on doit toujours pratiquer dans de semblables circonstances. Il est rare que l'orifice du col ne soit pas suffisamment dilaté pour nous permettre de reconnaître la présentation placentaire.

Est-il bon de laisser continuer la grossesse ?

La première question qui s'impose est celle de savoir si nous pouvons temporiser, en arrêtant l'hémorrhagie et laissant continuer la grossesse. C'est là la conduite recommandée généralement dans les ouvrages d'obstétrique. On nous dit de placer la femme sur un matelas dur, à l'abri de la chaleur, sans couvertures, de la laisser au repos absolu, dans une chambre fraîche et bien aérée, de lui appliquer des linges froids à la vulve et sur les parties inférieures de l'abdomen, de lui donner en quantité des boissons froides et acidulées, et de prescrire de l'acétate de plomb, de l'opium ou de l'acide gallique, médicaments réputés hémostatiques. Dans ces derniers temps, la justesse de ces recommandations a été fortement contestée. Et il y a peu de jours il s'est élevé une discussion intéressante, à la Société obstétricale de Londres<sup>1</sup>, au sujet d'un mémoire dans

1. *Obst. Trans.*, vol. VI, p. 188.

lequel le Dr Greenhalgh préconisait la provocation immédiate du travail dans tous les cas de placenta prævia. Six professeurs d'accouchement de la métropole, pas un de moins, prirent part à cette discussion, et, sauf quelques divergences de détail, tous furent d'avis de ne pas laisser continuer la grossesse lorsque le placenta prævia a été diagnostiqué avec certitude. Leurs raisons sont claires et irréfutables. Certes, le travail commence souvent de lui-même ; mais, s'il ne se déclare pas, la vie de la femme doit être considérée comme en péril tant qu'elle n'est pas délivrée, car personne ne peut répondre qu'il ne surviendra pas, à un moment donné, une hémorrhagie dangereuse, mortelle même ; et plus la femme approche du terme, plus grand est le risque auquel elle est soumise. Et la temporisation n'augmente nullement les chances de l'enfant. Pourvu qu'il ait atteint l'âge de la viabilité, on peut dire qu'il a plus de chances de naître vivant si la grossesse se termine tout d'un coup que s'il survient des hémorrhagies répétées. Je crois donc être dans le vrai en disant qu'on ne doit rien faire pour empêcher la terminaison de la grossesse, qu'on doit plutôt souhaiter un dénouement aussi rapide que possible. Il est permis cependant d'excepter de cette règle les cas où une hémorrhagie survient pour la première fois avant le septième mois de la gestation. Les chances de vie pour l'enfant seraient alors très médiocres, et si l'hémorrhagie n'est pas alarmante, comme cela arrive en général à cette période, on pourrait avoir recours au traitement indiqué plus haut, dans l'espoir de prolonger la grossesse jusqu'au jour où l'enfant sera plus en état de vivre. Mais nous ne devons compter que fort peu sur les médicaments astringents. Le repos absolu au lit est le meilleur des traitements, avec l'emploi de tampons vaginaux astringents, au matico ou au perchlorure de fer, comme hémostatiques locaux.

Lorsque l'époque de la grossesse, ou l'urgence, nous détermine à ne pas temporiser, nous avons le choix entre divers procédés. Les principaux sont : 1° la ponction des membranes ; 2° le tamponnement du vagin ; 3° la version ; 4° le décollement

Différentes méthodes de traitement.

*S. M. B.*



*partiel ou complet du placenta.* Nous allons étudier en détail les avantages et les indications de chacune de ces méthodes. Il est rare toutefois que nous puissions compter sur une seule, dans la plupart des cas, nous en combinons deux ou trois.

Ponction  
des membranes.

1<sup>o</sup> La ponction des membranes est recommandée par Barnes comme la première méthode à adopter dans tous les cas de placenta prævia qui offrent du danger. « C'est, dit-il, le moyen le plus efficace en général, et il peut toujours être appliqué. » Son premier bénéfice est l'augmentation de la rétraction utérine, par l'écoulement du liquide amniotique. Bien que, tout d'abord, la ponction puisse augmenter l'écoulement du sang par un plus grand décollement du placenta, l'hémorrhagie sera presque toujours enrayée par le tampon jusqu'à ce que l'orifice soit suffisamment dilaté pour permettre le passage de l'enfant. Il n'y a, ordinairement, aucune difficulté à faire la ponction, surtout si la présentation placentaire est partielle. Une plume, ou tout autre objet pointu, guidé par le doigt examinateur, est introduit dans le col et poussé à travers les membranes. Lorsque l'insertion du placenta sur le col est complète, il n'est plus si facile d'obtenir l'évacuation du liquide amniotique; et, bien que certains auteurs conseillent de traverser le tissu placentaire lui-même, j'incline à penser qu'il vaut mieux, dans ce cas, abandonner ce procédé et avoir recours à un autre.

On objecte surtout à la ponction des membranes d'empêcher la dilatation graduelle du col, et de rendre la version beaucoup plus difficile. Mais, dans les cas de placenta prævia, l'orifice n'est pas si régulièrement dilaté par la poche des eaux que dans les accouchements ordinaires. En outre, le tissu du col est généralement relâché par l'hémorrhagie, et la dilatation s'opère facilement. Si nous désirons dilater le col en vue de la version, nous pouvons facilement le faire avec les sacs de Barnes, qui agissent en même temps comme un excellent tampon. Les objections n'ont plus alors autant de poids qu'elles pouvaient en avoir avant l'application de ces dilatations artificielles. Aussi

j'incline à recommander la ponction des membranes dans tous les cas de placenta prævia.

2<sup>o</sup> Le tamponnement du vagin, ou mieux encore de la cavité du col lui-même, est surtout très utile dans les cas où l'orifice n'est pas suffisamment dilaté pour pratiquer la version ou le décollement du placenta, et lorsque l'hémorrhagie persiste malgré l'évacuation du liquide amniotique. Ce procédé arrête parfaitement l'écoulement sanguin.

Tamponnement  
du vagin.

La meilleure manière de tamponner est d'introduire un cône d'éponge d'un volume suffisant dans la cavité du col, et de le maintenir *in situ* par un tampon vaginal; on trouvera au chapitre *Avortement* (p. 320) quelle est la meilleure substance à employer, et la manière de l'introduire. L'éponge arrête non seulement l'hémorrhagie plus sûrement que tout autre moyen, mais opère en même temps la dilatation du col. Mais le tampon, sous quelque forme qu'il soit, n'est qu'un expédient temporaire. Il ne peut être laissé que quelques heures, à cause de l'irritation qu'il provoque, et de la fétidité des liquides qui s'accumulent dans le vagin. Tant qu'il est en place, nous devons le surveiller de temps en temps, pour voir s'il ne s'écoule pas de sang à travers lui; si on le préfère, on peut se servir dans le même but des sacs de Barnes.

Tandis que le tampon est *in situ*, on peut employer avantageusement d'autres modes d'excitation de la contraction utérine, par exemple un bandage abdominal serré, quelques frictions sur l'utérus, et des doses répétées d'ergot de seigle. Ce médicament est surtout recommandé par le Dr Greenhalgh, qui se sert, en même temps, d'un tampon formé d'un ballon oblong de caoutchouc, insufflé d'air et recouvert de spongio-piline.

En enlevant le tampon, nous pouvons trouver qu'il s'est fait une dilatation considérable, parfois suffisante pour admettre que le travail s'opérera par les forces naturelles. Dans ce cas, malgré la persistance des douleurs, il ne survient plus d'hémorrhagie; si cependant elle continue, nous devons adopter un autre procédé.



Version.

3° La version a été longtemps considérée comme le remède *par excellence* du placenta prævia, et elle a une valeur incontestable dans bien des cas. Toutefois elle a fait beaucoup de mal lorsqu'elle a été pratiquée avant que l'orifice ne fût suffisamment dilaté pour admettre le passage de la main, ou lorsque la femme était déjà trop épuisée par l'hémorrhagie pour supporter la secousse de l'opération. Cette assertion est confirmée par les observations de bien des cas mortels dans la pratique de ceux qui enseignaient que la version était toujours le meilleur procédé, et c'était la grande majorité des anciens auteurs.

Elle est surtout utile lorsque, au début, ou après l'emploi du tampon, l'orifice est suffisamment dilaté pour admettre la main, et que les forces de la femme ne sont pas épuisées. Si le poulx est petit, faible et filiforme, elle est certainement inapplicable, à moins que tous les autres procédés n'aient été insuffisants contre l'hémorrhagie. Et, alors même, il sera bon d'essayer de remonter les forces de la femme épuisée par des stimulants, avant de commencer l'opération.

Pourvu que la présentation placentaire soit partielle, l'opération peut être faite facilement comme à l'ordinaire. Dans l'implantation centrale, le passage de la main peut n'être pas sans difficultés. Le D<sup>r</sup> Rigby recommande de la pousser à travers le placenta, jusqu'à ce qu'elle ait atteint la cavité utérine. Il est fort difficile de concevoir comment on y arrivera sans un décollement complet du placenta, et encore moins de comprendre comment on pourra extraire le fœtus à travers une ouverture ainsi faite. Il me paraît bien préférable de glisser la main sous le bord du placenta, en le décollant aussi bien que possible; et, si nous pouvions savoir de quel côté du col son insertion est le moins étendue, ce serait celui-là qu'il faudrait choisir. Dans tous les cas où elle est possible, on fera la version par la méthode bipolaire, qui offre surtout des avantages dans le placenta prævia. L'opération peut être faite plus tôt, la dilatation complète de l'orifice n'est pas aussi nécessaire, et elle provoque moins de déchirures du col, chose toujours dan-

gereuse. Lorsqu'on a amené un pied à l'orifice, il n'est pas nécessaire de hâter l'accouchement. Le pied fait tampon et arrête en général toute perte ultérieure; aussi pouvons-nous attendre tranquillement les contractions utérines pour terminer l'accouchement. Heureusement, le relâchement des parois utérines, qui est si fréquent, facilite cette méthode de la version, et on la pratique presque toujours avec succès. Si nous sommes en présence d'un cas favorable pour la version, mais que la dilatation ne soit pas suffisante, nous pourrions l'obtenir en général au bout d'une heure ou un peu plus, avec les sacs de Barnes, et nous arriverons sans doute à arrêter l'hémorrhagie pendant ce laps de temps.

4° Le décollement complet du placenta fut recommandé pour la première fois par Simpson, dans un excellent mémoire sur ce sujet. J'ai déjà présenté les raisons qu'il invoquait en faveur de ce procédé. C'est une erreur de croire, comme on l'a fait souvent, qu'il avait l'intention de le recommander dans tous les cas indistinctement. Il a toujours pris soin de démentir cette supposition. Les cas où il l'appliquait spécialement sont :

- a. Lorsque l'enfant est mort;
- b. Lorsque l'enfant n'est pas viable;
- c. Lorsque l'hémorrhagie est considérable et l'orifice de l'utérus pas assez dilaté pour entreprendre la version avec sécurité, fait qui se présenta 11 fois sur 39 (Lee);
- d. Lorsque les diamètres du bassin sont trop courts pour que la version soit sûre et facile;
- e. Lorsque la mère est trop épuisée pour supporter la secousse de la version;
- f. Lorsque le liquide amniotique ne s'est pas écoulé;
- g. Lorsque l'utérus est trop fortement rétracté pour la version<sup>1</sup>.

Tels sont les cas dans lesquels tous les accoucheurs modernes excluent l'opération de la version; et c'était surtout pour ceux-là que Simpson avait adopté l'extraction du placenta. Comme

1. *Selected obstet. Works*, p. 68.

Décollement  
du placenta.



sa théorie de la source de l'hémorrhagie est maintenant presque universellement discréditée, de même la pratique dont elle était la base est tombée dans l'oubli, et nous ne la discuterons pas longuement. Il est très douteux que le décollement complet avec extraction du placenta soit une opération facile; elle ne l'est certainement pas autant que les écrits de Simpson pourraient nous le faire supposer. L'introduction de la main assez profondément pour extraire le placenta chez une femme épuisée causerait probablement une secousse aussi grave que la version elle-même; et une autre objection très sérieuse à ce procédé est la mort presque certaine de l'enfant, s'il s'écoule quelque temps entre le décollement du placenta et l'accouchement complet. La modification de cette méthode, si énergiquement défendue par Barnes, est certainement d'une application plus facile, et paraît répondre au but que cherchait Simpson par son opération. Il est impossible de la décrire mieux qu'en citant les propres paroles de Barnes <sup>1</sup> :

« *L'opération est celle-ci* : Introduire un ou deux doigts aussi loin que possible dans l'orifice utérin, la main tout entière dans le vagin s'il le faut; sentir le placenta, insinuer le doigt entre lui et la paroi utérine; décrire un cercle avec le doigt de façon à décoller tout ce qu'on pourra atteindre du placenta; si l'on sent le bord où commencent les membranes, déchirer les membranes avec soin, surtout si elles n'ont pas été préalablement rompues; s'assurer, si on le peut, de la présentation de l'enfant avant de retirer la main. Habituellement, l'orifice se rétracte après cette manœuvre, *et souvent l'hémorrhagie cesse.* »

Il résulte, de tout ce qui a été dit, qu'on ne saurait formuler aucune règle pratique bien définie dans tous les cas de placenta prævia. Le traitement sera appliqué, dans chacun en particulier, en se guidant sur les circonstances; et, si nous avons présentée à l'esprit l'histoire naturelle de l'hémorrhagie, nous pouvons espérer une terminaison favorable.

Il me paraît utile, comme conclusion, de récapituler sous la

1. *Obstet. operations*, 2<sup>e</sup> édit., p. 417.

forme d'une série de propositions, les règles qui ont été indiquées pour le traitement de l'hémorrhagie.

I. Avant que le fœtus ait atteint l'âge où il est viable, temporiser, pourvu que l'hémorrhagie ne soit pas excessive, jusqu'à ce que la grossesse soit suffisamment avancée pour nous offrir quelque sérieux espoir de sauver l'enfant. Dans ce but, l'indication principale est le repos absolu au lit, avec quelques moyens adjuvants pour enrayer l'hémorrhagie, par exemple le froid, les tampons astringents, etc.

II. Lorsque l'hémorrhagie survient après le septième mois de la grossesse, ne pas essayer de retarder l'accouchement.

III. Dans tous les cas où cela sera facile, rompre les membranes. Ce procédé favorise les contractions utérines et comprime les vaisseaux saignants.

IV. Si l'hémorrhagie s'arrête, abandonner le cas à la nature. Si elle persiste, et que l'orifice ne soit pas suffisamment dilaté pour qu'on puisse terminer l'accouchement par la version, tamponner l'orifice et le vagin, en provoquant en même temps les contractions utérines avec un bandage abdominal, la compression de l'utérus, et l'ergot. Le tampon ne doit pas être laissé au-delà de quelques heures.

V. Si, après l'enlèvement du tampon, l'orifice est suffisamment dilaté, si l'état général de la femme est bon, on peut terminer l'accouchement par la version, en choisissant de préférence la méthode bipolaire. Si l'orifice n'est pas assez ouvert, on peut le dilater davantage avec un sac de Barnes, qui agit aussi comme tampon.

VI. Au lieu de faire la version, ou avant d'y avoir recours, le placenta peut être décollé de son insertion autour de l'orifice. Cette pratique est surtout préférable lorsque la femme est tout à fait épuisée et dans de mauvaises conditions pour supporter la secousse de la version.