

prævia en constitue une des plus résistantes, une *rupture prématurée* des membranes pourra en être la conséquence. Le chorion tirailé, tantôt se rompt, tantôt décolle le placenta; la femme se trouve ainsi perdre soit du liquide amniotique, soit du sang¹. Pour la même raison nous verrons, à propos du traitement, que la rupture artificielle des membranes empêche le décollement du placenta et remédie à l'hémorragie.

Les *présentations vicieuses* du fœtus proviennent de ce que le placenta, occupant une partie du segment inférieur de l'utérus, empêche l'engagement de la partie fœtale; l'enfant n'est pas fixé comme à l'état normal; sa mobilité est une invite constante aux présentations vicieuses.

L'*expulsion prématurée de l'œuf* (rarement avortement, le plus souvent accouchement prématuré) se produit, tantôt à la suite de la rupture prématurée des membranes, tantôt après une hémorragie, tantôt enfin sous l'influence directe de l'insertion vicieuse, sans qu'on sache dans ce dernier cas la cause exacte de l'interruption de la grossesse.

Un des symptômes précédents ayant fait penser à l'insertion vicieuse du placenta, l'examen direct de la femme pourra fournir certains signes confirmant son existence.

Il n'en est que deux ayant quelque importance : l'*épaississement du segment inférieur de l'utérus*, perçu au toucher et surtout marqué au niveau d'un des culs-de-sac latéraux; on a la sensation d'une sorte d'*éponge præfœtale*; — le *vague qui accompagne la perception du ballotement*, et qui résulte de la présence du placenta.

Les autres signes qu'on prétend recueillir par le palper (empatement placentaire), par l'auscultation (souffle placentaire), par le toucher (pouls placentaire de Gendrin) n'ont aucune valeur réelle.

b. *Accouchement.*

Pour compléter l'histoire du placenta prævia pendant la période d'ouverture du col, il s'agit d'ajouter les signes fournis à ce moment par le toucher. L'orifice externe en se dilatant permet d'arriver directement sur le placenta au cas où l'insertion est partielle ou centrale; on sent alors un corps spongieux, inégal, bien différent des membranes qu'on peut également explorer à côté du placenta. Dans le cas d'insertion marginale ou latérale, le placenta ne sera perceptible qu'en introduisant le doigt assez loin dans l'utérus, car il faut arriver au moins au niveau de l'orifice interne pour atteindre le bord de l'organe; mais dans ces cas, quand la poche est intacte, un doigt exercé peut deviner, à l'épaisseur et aux inégalités des membranes, le voisinage du placenta.

Le travail n'est d'habitude pas entravé par l'existence du placenta prævia, du moins en ce qui concerne l'ouverture du col; mais l'hémorragie abondante et dangereuse qui peut exister, la présentation vicieuse qui résulte souvent de l'insertion vicieuse, s'accompagnent de leurs périls et inconvénients habituels.

Pendant le travail, s'il n'y a pas eu rupture prématurée de l'œuf, diverses

¹ Pinard. *Annales de gynécologie*, 1889, t. I, p. 471.

circonstances sont susceptibles de se produire : ou la poche des eaux se forme régulièrement et évolue suivant l'habitude (insertion marginale ou latérale); — ou cette poche est constituée en partie par le placenta et par les membranes (insertion partielle), la rupture se fait de préférence à l'union du placenta et des membranes, le lambeau placentaire est rejeté de côté par la partie fœtale, qui descend petit à petit pour arriver à la vulve; ou, enfin, le placenta seul tient lieu de poche des eaux (insertion centrale), et en pareil cas deux circonstances peuvent exister : tantôt le fœtus se fait jour à travers le placenta qu'il déchire, tantôt il repousse devant lui cet organe dont il se coiffe, de telle sorte que l'accouchement se fait en sens inverse de ce qui a lieu d'habitude, c'est-à-dire qu'il y a d'abord expulsion du placenta, puis du fœtus; il va sans dire que, dans ce dernier cas, la mort de l'enfant est certaine.

Au moment de la délivrance, on a noté la fréquence des hémorragies et des adhérences, la cause en est dans la faible rétractilité du segment inférieur sur lequel se faisait l'insertion.

DIAGNOSTIC. — Il y aura lieu de penser au placenta prævia, en présence des quatre circonstances suivantes : hémorragie abondante de la grossesse, surtout pendant les trois derniers mois; — rupture prématurée des membranes; — présentation vicieuse; — expulsion prématurée de l'œuf.

Pendant la grossesse, le diagnostic est relativement très difficile, car les signes fournis par l'examen direct (éponge præfœtale, atténuation du ballotement) manquent de précision; aussi le plus souvent est-on obligé de s'en tenir à une simple présomption. — Toutefois, quand une femme a pendant les trois derniers mois de sa grossesse, sans cause appréciable, et pour la première fois une hémorragie brusque, et qu'il n'y a pas rupture de varice vulvaire, on est autorisé à porter le diagnostic de placenta prævia et à instituer une thérapeutique en conséquence.

Pendant le travail, le diagnostic sera souvent facile, le toucher permettant à travers le col ouvert d'arriver sur le placenta; cependant avec les variétés d'insertion marginale et surtout latérale, le placenta, quoique prævia, sera la plupart du temps inaccessible, et on ne pourra que supposer l'existence de l'insertion vicieuse.

Après la délivrance, le siège de la rupture des membranes mettra à même de porter le diagnostic; toutes les fois, en effet, que l'orifice de sortie du fœtus se trouve à moins de 8 centimètres du bord placentaire, on est en droit de supposer que l'insertion se faisait à moins de 8 centimètres de l'orifice interne et que par conséquent le placenta était prævia.

ÉTILOGIE. — Les causes de l'insertion vicieuse du placenta sont à peu près inconnues; la seule admissible est celle mentionnée par INGLEBERT, où par anomalie la trompe s'abouchant à la partie inférieure de l'utérus, l'œuf se greffe naturellement dans le segment inférieur de l'organe. — Il est possible qu'en dehors de cette cause, tout à fait exceptionnelle, l'insertion vicieuse soit simplement le résultat accidentel de la fixation de l'ovule au voisinage de l'orifice interne.

PRONOSTIC. — Le pronostic est grave pour l'enfant, car environ 50 p. 100 des fœtus succombent. — A l'égard de la mère l'antisepsie a amené une grande atténuation dans le danger de l'insertion vicieuse, puisque, au lieu de 24 p. 100, la mortalité est tombée à 5 p. 100 environ.

La gravité du pronostic dépend :

Du moment où paraît la première hémorragie. — Plus tôt elle a lieu pendant la grossesse, plus le pronostic est sombre; car, en général, l'écoulement sanguin est d'autant plus précoce que le centre du placenta est plus voisin de l'orifice interne.

De la variété d'insertion vicieuse. — Plus l'insertion se rapproche de la variété centrale, plus grande est sa gravité. — Les insertions latérales se passent souvent silencieusement et sans causer d'accidents ou n'amènent simplement que la rupture prématurée des membranes, rupture dont on connaît la bénignité. — L'hémorragie étant ici l'accident principal et le plus redoutable, c'est d'après sa fréquence qu'il faut juger de la gravité du placenta prævia; or, l'hémorragie ne se produit guère que dans un cas sur cent d'insertion vicieuse, et la plupart du temps avec la variété partielle ou centrale.

De la résistance de l'orifice utérin à la dilatation;

De l'intensité des contractions utérines;

De la présentation fœtale;

De la mort de l'enfant: la mort de l'enfant survenant pendant la grossesse ralentit l'activité de la circulation utéro-placentaire et améliore en conséquence le pronostic de l'hémorragie.

Enfin du traitement suivi: le traitement joue ici un rôle considérable.

TRAITEMENT. — Les méthodes de traitement dirigées contre le placenta prævia sont nombreuses, elles se trouvent résumées dans le tableau suivant² :

A. Mère.

1° On lutte contre l'hémorragie :

- | | |
|----------------------------------|----------------------------|
| I. Méthode de DUBOIS | Seigle ergoté (1836). |
| II. Méthode de SEYFERT | Injection vaginale (1852). |
| III. Méthode de LEROUX | Tampon (1876). |

2° On ouvre le col :

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|
| IV. Méthode de GUILLEMEAU | Accouchement forcé (1871). |
| V. Méthode de BARNES | Sacs violons (1862). |
| VI. Méthode de GREENHALCH | Accouchement provoqué (1865). |

B. Œuf.

1° On décolle ou arrache le placenta :

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|
| VII. Méthode de SIMPSON | Arrachement total (1844). |
| VIII. Méthode de BARNES | Décollement partiel (1862). |
| IX. Méthode de BUNSEN | Arrachement partiel (1839). |

¹ Voir mes *Travaux d'obstétrique*, t. II, p. 376.

² Extrait de ma thèse d'agrégation, 1886. *De la conduite à tenir dans les cas de placenta prævia.*

2° On fait couler le liquide amniotique :

- | | |
|------------------------------------|---|
| X. Méthode de PUZOS | Rupture des membranes (1759). |
| XI. Méthode de COHEN | Rupture après décollement placentaire (1855). |
| XII. Méthode de DEVENTER | Perforation du placenta (1734). |

3° On agit sur le fœtus :

- | | |
|---|------------------------------------|
| XIII. Méthode de KRISTELLER | Expression fœtale (1865). |
| XIV. Méthode de : | |
| a. WIGNARD | Version céphalique externe (1812). |
| b. BRAXTON HICKS | Version podalique mixte (1864). |
| XV. Méthode de (pas de nom spécial). — Extraction par les forceps, par la main (avec ou sans version) ou par l'embryotomie. | |

Il m'est impossible d'aborder ici la description de ces différentes méthodes; on les trouvera exposées en détail dans ma thèse d'agrégation, 1886; je me bornerai à celles qu'il est indispensable de connaître pour savoir traiter le placenta prævia pendant la *grossesse*, l'*accouchement* et la *délivrance* et qu'il faut compléter par un *traitement excitant et réparateur*.

Dans toute cette thérapeutique, c'est l'hémorragie génitale qu'on a en vue, c'est elle qui constitue le principal accident de l'insertion vicieuse, c'est contre elle que doit être dirigé le traitement.

a. GROSSESSE. — Si l'hémorragie est légère, simple expectation; si au contraire elle est sérieuse, on aura recours d'abord au *tamponnement vaginal*; puis, si ce moyen était insuffisant, à la *rupture des membranes*, précédée ou suivie au besoin de l'application d'un sac de Barnes.

1° TAMPONNEMENT VAGINAL. — L'appareil le plus simple pour tamponner le vagin, et dont l'emploi réussit souvent pour assurer l'hémostase, est le pessaire à air de GARIEL (fig. 386), qu'on gonfle après introduction dans le vagin, soit avec de l'air, soit mieux avec de l'eau¹, à l'aide d'une poire ou une seringue. L'appareil distendu, à un degré aussi marqué que la femme peut le supporter, sera laissé dix à douze heures en place; mais il ne faudrait pas le maintenir appliqué plus longtemps sans laisser au vagin quelques instants de répit, une heure environ, pour éviter les accidents d'une pression continue (escarre, fistule).

Dans les cas où ce ballon de caoutchouc ne serait pas suffisant, on aurait recours au tamponnement bien plus compliqué, mais plus efficace en même temps, de LEROUX.

Voici les détails de ce tamponnement :

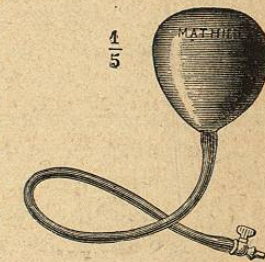


Fig. 386. — Pessaire GARIEL.

¹ Il existe 6 numéros du pessaire Gariel; le 5 et le 6, qui sont les plus volumineux, sont ceux qui conviennent pour l'obturation du vagin. — Différents autres appareils de même genre ont été inventés depuis, le colpeurynter de Braun, l'appareil élyptérogyoïde de Chassagny, qui sont de simples dérivés du précédent.

1° *Préparatifs.* — Deux objets sont nécessaires : *a*, des bourdonnets ; *b*, un corps gras.

a. Bourdonnets. — On peut se servir de coton hydrophile ou de charpie ordinaire — 1.500 grammes environ — en quantité suffisante pour remplir

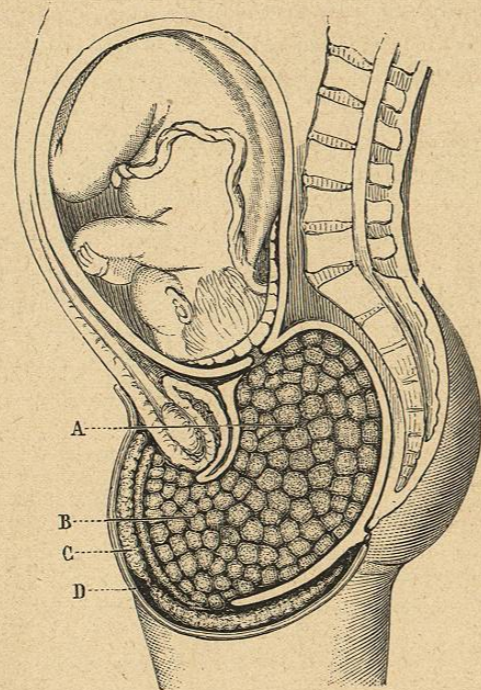


Fig. 387. — Tampon à bourdonnets, appliqué. (BAILLY.)

A, bourdonnets profonds munis d'un fil. — *B*, bourdonnets superficiels libres. — *C*, gâteau de charpie. — *D*, bandage en T.

un chapeau à haute forme, dit M. PÉJOT ; avoir bien soin de spécifier au pharmacien de délivrer la dose entière, sans quoi il croira volontiers à une erreur et n'en donnera que la moitié.

Avec cette charpie ou ce coton, on fait une série de bourdonnets de la grosseur d'une petite noix environ. Il en faut une soixantaine.

Ces bourdonnets peuvent être fixés à un même fil à 15 ou 20 centimètres de distance les uns des autres, de manière à constituer ce qu'on a appelé la *queue de cerf-volant*, ou être appendus à des fils séparés.

Avoir soin de tremper les bourdonnets préparés dans une solution antiseptique (acide phénique au 1/50^e, acide borique au 1/25^e, ou mieux bichlorure de mercure au 1/1000^e). Ils doivent rester quelque temps dans ce liquide, de manière à être complètement imbibés. Avant de les introduire, il faut les bien exprimer.

b. Corps gras. — On se servira d'huile, de vaseline : mieux vaut employer le cérat, soit phéniqué au 1/50^e, soit boriqué au 1/25^e ; le cérat est le corps qui facilite le mieux le glissement.

Demander 500 grammes de cérat. Une quantité moindre serait souvent insuffisante.

2° *Position de la femme.* — En général, on pratique le tamponnement en laissant la femme étendue dans son lit, sur le dos, dans la position habituelle, les membres inférieurs légèrement écartés. Les Anglais préfèrent la position latérale sur le côté gauche. Quelques accoucheurs mettent la femme dans la position dite obstétricale, c'est-à-dire en travers du lit, le siège affleurant le bord du matelas, et deux aides assis, tenant chacun un des membres inférieurs.

3° *Introduction et disposition des bourdonnets.* — Après avoir vidé le vagin des caillots qui y sont accumulés et l'avoir nettoyé au moyen d'une

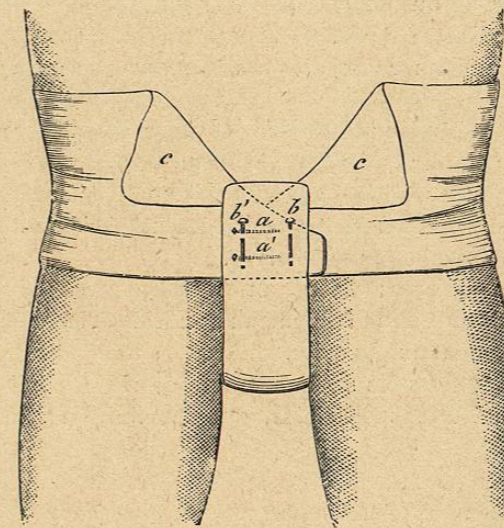


Fig. 388. — Bandage en T fixant le tampon. (BAILLY.)

c, c Les deux chefs du bandage sont renversés de manière à laisser le ventre complètement libre.

injection antiseptique ; après avoir évacué le contenu de la vessie et au besoin vidé le rectum des matières fécales à l'aide d'un lavement, on introduit avec ou sans aide du spéculum, plutôt sans, un à un, dans le fond du vagin, les bourdonnets munis d'un fil, jusqu'à ce que la cavité vaginale soit complètement remplie.

4° *Fixation du tampon.* — Pour fixer le tampon on applique sur la vulve, empiétant sur le périnée, un gâteau de charpie préalablement trempé dans la solution antiseptique, et au-dessus de lui un bandage en T, que la fig. 388 me dispense de décrire.

Le tampon étant ainsi appliqué, si on fait par la pensée une coupe antéro-postérieure de la femme, on aura la disposition indiquée par la fig. 387.

Combien de temps peut-on laisser le tampon appliqué. — Le tampon ne doit pas rester appliqué plus de douze heures, plus d'une demi-journée. Un