

XV

LE PLACENTA PRÆVIA COMPLET

(VARIÉTÉ TOTALE OU COMPLÈTE DE L'INSERTION VICIEUSE)

(Société obstétricale de France, séance du 5 avril 1893 et in Mémoires de cette Société, 1894, p. 17.)

DÉFINITIONS

Tous les auteurs sont d'accord sur la signification des termes *insertion vicieuse du placenta*, *placenta prævia*, *ectopie placentaire* : il s'agit de l'attache du placenta sur le segment inférieur de l'utérus.

En ce qui concerne les variétés *latérale*, *marginale*, *partielle* et *centrale*, tout le monde paraît s'entendre quant à la valeur des mots tout au moins. Et pourtant, à la vérité, il règne à ce point de vue une véritable confusion qui vient de ce qu'on a fait dévier le sens primitif des locutions employées.

Ainsi les auteurs contemporains disent qu'il y a *insertion latérale* ou *marginale*, lorsqu'un bord placentaire arrive plus ou moins près de l'orifice interne de l'utérus, mais sans le recouvrir ; *insertion partielle* ou *incomplète* lorsque l'ouverture supérieure du col est en rapport avec un cotylédon situé entre le centre et le bord du placenta ; enfin *insertion complète* ou *centrale*, lorsque le centre même du gâteau placentaire répond à l'orifice interne.

Or, ces interprétations ne sont de mise que si le col est fermé ; s'il est dilaté, elles cessent d'être justes, car, ainsi que nous le verrons plus tard, une insertion marginale pendant la grossesse, peut devenir partielle pendant le travail, etc.

Du reste, dans l'esprit de beaucoup d'obstétriciens, les variétés d'insertion vicieuse ne sont exactement diagnostiquées qu'au moment même de l'accouchement.

Voici la définition de Cazeaux : « Ces diverses insertions ont reçu différents noms : marginale, quand le placenta s'étend très près de la *circonférence* de l'orifice ; incomplète ou partielle, quand il n'en recouvre qu'une partie ; complète ou centrale quand il le recouvre *en totalité*. »

Or, qu'est-ce que la *circonférence*, une partie ou la totalité de l'orifice, si cet orifice est punctiforme comme pendant la gestation ? Il est donc bien question d'une surface circulaire plus ou moins étendue, avec une aire et une circonférence ; ce ne peut être que l'orifice utérin pendant la période de dilatation. Baudelocque a la même idée, lorsqu'il parle des cas où « le centre du placenta répond au milieu de l'orifice cervical.

Excellentes sont les expressions de Jacquemier : « L'extravasation sanguine, dit-il, qui dépend du lieu d'insertion du placenta, se produit : 1° lorsqu'il correspond à l'orifice interne de l'utérus ; 2° lorsqu'un point de sa circonférence en est plus ou moins rapproché.

C'est à cela que nous nous en tiendrons : ou bien le placenta recouvre l'orifice interne ; ou bien, sans le recouvrir, il en est voisin par un de ces bords.

C'est tout ce qu'on peut dire pendant la grossesse.

On objectera que ce sont les deux catégories admises particulièrement en Allemagne, où l'on décrit seulement le placenta prævia central et le placenta prævia latéral, le premier réunissant ce que nous entendons en France sous le nom de placenta prævia partiel et le placenta central proprement dit, le second comprenant notre placenta prævia marginal et latéral proprement dit. Cette confusion n'est pas dans notre esprit et voici, sous forme de résumé, quelle est notre opinion :

Pendant la grossesse, le diagnostic d'insertion vicieuse une fois fait, on ne peut chercher que deux choses : si le placenta recouvre l'orifice interne ou s'il l'avoisine seulement.

Pendant l'accouchement les variétés classiques reprennent leurs droits, mais elles ne sont définitivement établies que lorsque le col est dilaté ou assez dilatable pour permettre l'extraction du fœtus. Si à ce moment précis un bord placentaire affleure la circonférence de l'orifice, la variété sera marginale ; elle sera partielle ou incom-

plète si des cotylédons décollés recouvrent une partie de l'orifice utérin pendant que l'autre partie est ou était recouverte par les membranes ; l'insertion vicieuse sera enfin *totale* ou *complète* si l'aire du col dilaté ou dilatable est *partout* recouverte par les cotylédons, le pourtour du placenta ayant adhéré ou adhérant encore à la zone du segment inférieur qui est la plus voisine du col.

Avant que l'orifice ne soit complètement dilaté ou dilatable, on diagnostiquera encore les variétés marginale, partielle ou totale, mais avec cette réserve que la dilatation continuant à se faire, elles peuvent se transformer l'une dans l'autre.

Nous éviterons avec soin l'expression : *insertion centrale, centre pour centre*, qui, pour nous, est la cause des discussions soulevées aujourd'hui sur l'existence de la variété qui lui correspond.

Nous étudierons dans ce travail l'insertion vicieuse *totale* ou *complète* du placenta, encore nommée *placenta prævia total*, et nous entendrons par ces mots, *la variété dans laquelle la surface de l'orifice utérin complètement dilaté ou dilatable est entièrement recouverte par des cotylédons placentaires.*

A) *L'existence du placenta prævia complet est-elle possible ?* — On a dit que l'ovule fécondé ne pouvait pas se greffer sur l'orifice interne qui n'est qu'un trou, et que, par suite, le placenta ne pouvait pas se développer sur ce point.

L'orifice interne est un trou, soit. Mais ce trou est comblé au moment où l'ovule fécondé arrive dans la cavité utérine. En effet, dès le début, la muqueuse utérine se boursoufle, se tuméfie, et au moment où l'ovule se présente, elle est prête à le recevoir. Or, ces modifications s'opèrent dans tous les points où la muqueuse a les caractères de celle du corps utérin ; la région supérieure du col, appelée *isthme de l'utérus*, est recouverte d'une semblable muqueuse, et ce défilé va être encombré, obturé, par les mamelons de sa membrane interne hypertrophiée.

Est-ce là une conception purement théorique ?

Sänger¹ a pu étudier directement l'utérus gravide d'une

¹ *Arch. f. Gyn.*, Bd. XIV, H. 3.

femme de 25 ans, retiré cinq minutes après le décès. Or, vu par la cavité utérine, le segment inférieur était tapissé par les membranes qui, tendues sur l'orifice interne du col, n'offraient à son niveau aucune apparence de dépression en entonnoir.

Bien plus, rien n'indiquait la position précise de l'orifice interne ; il était si exactement fermé qu'il formait comme une surface plane sur laquelle couraient les membranes.

La caduque peut donc obturer l'orifice interne du col, la barrière qu'elle constitue ainsi est certainement friable et peu consistante, mais elle suffit à faire disparaître la béance de l'orifice.

Ce n'est pas tout d'ailleurs. Si l'ovule se greffe tout à côté de l'ouverture supérieure du canal cervical, la variété de ce placenta prævia sera encore complète. En effet les recherches d'Hofmeier¹ ont montré comment la caduque ovulaire donne parfois naissance à des villosités placentaires, surtout dans les zones les plus voisines de la sérotine.

Dans ces circonstances, les cotylédons se développent au delà des limites de la caduque inter-utéro-placentaire, et si celle-ci a pris naissance juste à côté de l'orifice interne, on conçoit que celui-ci puisse être recouvert par un large département vilieux.

Ce ne sera pas une insertion mathématiquement centrale, sans doute ; mais, cliniquement, on pourra se trouver en présence de la variété complète.

La question posée plus haut est donc résolue : L'existence du placenta prævia complet est possible.

B) *L'existence du placenta prævia complet est-elle réelle ?* — Pour répondre à cette question il n'y avait qu'à trouver des observations probantes. J'en ai réuni 39², éliminant, de parti pris, celles qui n'étaient pas assez explicites, et je me suis limité dans mon choix, sauf quelques rares exceptions, aux cas recueillis dans ces dernières années, par des maîtres dont la compétence ne peut être mise en doute.

¹ *Le placenta humain*. Wiesbaden, 1890.

² Depuis ma communication à la Société Obstétricale, j'ai eu connaissance de plusieurs autres cas dûment observés, soit à la Maternité, soit à la Clinique de la rue d'Assas, soit dans d'autres hôpitaux. J'ai jugé inutile d'accumuler de nouveaux matériaux, les anciens me paraissant largement suffisants.

Enfin, parmi ces faits, j'ai eu l'occasion d'en voir quatre moi-même¹.

Sans reprendre chacune de ces observations par le détail, il me paraît nécessaire d'indiquer sur quelles bases le diagnostic de variété complète a été établi.

Sur les 39 cas qui figurent dans ce Mémoire, huit fois le diagnostic « placenta prævia central » est indiqué sans autres commentaires. Ce n'est donc pas sur cette série que je me fonde pour soutenir ma thèse (observ. XXIII, XXIV, XXIX, XXX, XXXIII, XXXIV, XXXV et XXXVI).

Le n° XXVII porte, avec le diagnostic de placenta prævia central, la mention que le placenta fut extrait le premier avant le fœtus. Ce n'est encore là qu'une présomption.

Les trente autres observations me semblent indiscutables dans cette série, seize fois la femme guérit et on établit le diagnostic sur l'examen clinique seulement ; treize fois la femme succomba et huit fois l'autopsie vint pleinement confirmer les données de l'exploration pratiquée du vivant des femmes. A supposer que l'on ne veuille pas tenir compte des preuves purement cliniques, il me resterait aujourd'hui huit cas où la démonstration anatomique demeure inébranlable.

On peut cependant juger de la valeur des renseignements fournis par le toucher vaginal pendant le travail par les citations suivantes :

Lorsque l'orifice utérin est complètement dilaté, ou tout au moins assez dilatable pour permettre l'extraction de l'enfant, on remarque que « le placenta adhère partout au pourtour de l'orifice utérin ; on cherche si en un point quelconque les adhérences cèdent plus facilement, on décolle ensuite le placenta dans une étendue de plusieurs centimètres et l'on arrive seulement alors au bord sur lequel s'attachent les membranes » (observ. I, IV, X, XXXII, XXXVII, XXXVIII).

« Le doigt rencontre partout le placenta..., nulle part, il ne peut atteindre les membranes... on est obligé de perforer les

¹ Au moment de paraître, nous venons d'observer un nouveau cas d'insertion complète à la clinique de la rue d'Assas (voir observations, voir aussi « note 2 » à la page précédente).

cotylédons. » (Observ. II, III, V, VI, VII, XII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX, XXII, XXVI, XXVII, XXXI.)

Quels sont maintenant les résultats des autopsies ?

Six fois sur huit, l'ouverture du cadavre fut faite, un temps variable, généralement court, après l'évacuation complète de l'utérus. On reconnaît alors, sur la face interne de l'organe, la surface d'insertion placentaire, nettement distinguée par ses caractères ordinaires. « Elle recouvre complètement et déborde partout les bords de l'orifice utérin. » (Observ. I, II, III, IV, V.)

L'observation IX est la description d'une pièce sèche, extrêmement curieuse, conservée au musée de la Maternité et que M^{me} Henry a bien voulu me montrer.

C'est un utérus sur le segment inférieur duquel le placenta est encore en place. On a extrait le fœtus par une incision faite sur la paroi antérieure de l'organe gestateur qu'on a maintenu béant par un artifice de préparation. Le placenta est resté sur sa surface d'insertion « nulle part les membranes ne recouvrent l'aire du col... la zone circulaire (du segment inférieur), qui donne encore attache aux cotylédons périphériques est large d'au moins 3 centimètres à gauche et en arrière », c'est-à-dire dans la région où le bord du placenta est le moins éloigné de l'orifice cervical.

Dans l'observation XXI, il s'agit d'une femme morte pendant le travail ; « le fœtus est encore contenu dans la cavité utérine, il se présente par le siège. Le placenta est perforé en son centre par un pied qui a été abaissé, décollé à sa partie inférieure et médiane, il se prolonge par ses bords jusqu'à l'anneau de contraction ».

En raison des faits qui viennent d'être cités et dont la description *in extenso* se trouvera plus loin, il me paraît démontré cliniquement et anatomiquement que la variété complète de l'insertion vicieuse du placenta existe réellement.

Diagnostic. — Je n'ai pas l'intention de reprendre le diagnostic du placenta prævia en général. Je tiens seulement à montrer quelles sont les causes d'erreur qui peuvent faire croire à une variété complète de l'insertion vicieuse, tandis que c'est réellement d'une autre variété ou même d'un autre mode d'insertion qu'il s'agit.

Pendant la grossesse ou au début de la période de dilatation, l'orifice utérin peut être recouvert par un cotylédon placentaire sans qu'on puisse admettre pour cela la variété complète. En effet, lorsque l'orifice utérin sera un peu plus largement ouvert, un bord placentaire pourra se décoller, et les membranes devenir accessibles au doigt. C'est donc démontrer une fois de plus, que pour affirmer cliniquement la variété complète, il faut attendre que l'orifice soit assez largement dilaté ou dilatable pour que l'extraction du fœtus soit possible.

Si, dans ces conditions précises, le doigt explorateur ne trouve partout que des villosités sans rencontrer nulle part les membranes, la variété complète doit être diagnostiquée.

Dans une de ses leçons cliniques, M. Budin citait un fait bien rare et bien curieux qui lui est personnel.

Une femme perdant du sang en quantité énorme, présente les signes d'un placenta prævia central. Au toucher on ne trouvait dans l'orifice que des villosités. On fait l'extraction et la malade succombe à l'anémie aiguë. A l'autopsie, on trouva la surface d'insertion placentaire au fond de l'utérus.

Il y avait eu, dans ce cas, décollement complet du placenta inséré normalement et *glissement* de ce placenta jusqu'au niveau du col, suivant un processus reconnu très rare aujourd'hui, mais que les anciens avaient considéré comme fréquent. En 1877, M. Budin avait vu à Vienne un exemple du même genre.

Dans d'autres circonstances, le placenta est multiple au lieu d'être unique : la masse principale s'insère normalement, mais il y a un ou plusieurs cotylédons qui sont réellement *prævia*.

Enfin, exceptionnellement aussi, les villosités placentaires ont conservé jusqu'à la fin de la grossesse leur vascularisation sur la plus grande partie des membranes. L'œuf est placenta presque partout (cas de Sirélius, de Barnes, de Bartlett). On conçoit que, dans ce cas, le diagnostic différentiel est quasi impossible ; d'ailleurs le pronostic est à peu près le même.

Fréquence. — Malgré l'importance très relative d'une statistique ayant pour but d'établir à peu près la fréquence d'un accident quelconque, et malgré la difficulté qu'il y a d'arriver à un

résultat tant soit peu exact, j'ai recueilli les chiffres suivants :

A la Clinique de la rue d'Assas, sur un total de 7.200 accouchements (chiffre rond), il y a eu quarante-six cas d'insertions vicieuses de placenta, dont deux cas d'insertion complète¹.

A la Maternité, sur 15.000 accouchements, j'ai relevé quatre-vingt-onze observations de placenta prævia, dont douze insertions complètes.

M. Porak a bien voulu me permettre de consulter ses registres : à Saint-Louis et à Lariboisière, sur un ensemble de 12.400 accouchements, il y a eu quatre-vingt-dix-sept insertions vicieuses, dont une variété complète.

A la Pitié, pour 2.000 accouchements, j'ai trouvé vingt-cinq insertions vicieuses, dont trois variétés complètes.

A la Charité, sur 4.300 accouchements, j'ai compté quarante-six insertions vicieuses, dont deux complètes.

En additionnant ces divers chiffres, on voit que sur 40.900 accouchements, il y a eu trois cent cinq cas d'insertions vicieuses du placenta dont vingt variétés complètes.

A ne prendre que ces documents, on obtient ainsi la proportion de une insertion complète pour 1.500 accouchements, ou encore une insertion totale sur quinze ou seize insertions vicieuses quelconques.

Mais tout en conservant le principe de ne retenir que les chiffres observés à l'Hôpital, il est nécessaire d'ajouter les suivants :

M. Bar, sur un ensemble de 4.100 accouchements et M. Pinard, sur plus de 15.000 accouchements (thèse de Dylion), n'ont jamais rencontré l'insertion totale.

Aussi la statistique est-elle modifiée de telle sorte que les vingt cas d'insertion complète correspondent non plus à 40.900 accouchements, mais 60.000, ce qui donne comme moyenne un cas d'insertion complète sur 2.500 à 3.000 accouchements.

Marche de la grossesse dans le cas d'insertion totale ou complète du placenta. — Une première question est de savoir à quel

¹ Pour ne pas modifier les proportions, nous ne comptons pas ici la dernière observation que nous avons recueillie à la clinique de la rue d'Assas, en mars 1894.

mois de la grossesse les hémorragies ont paru pour la première fois. Sur vingt-deux cas où les dates sont bien précisées, la première hémorragie a paru au 9^e mois dans sept cas (observ. V, VII, XII, XIII, XIV, XVI, XXII).

La première hémorragie a paru au 8^e mois, dans cinq cas (observ. I, IV, XI, XX, XXXVII); au 7^e mois, dans cinq cas (observ. III, XIX, XIII, XXVI, XXXI); au 6^e mois, dans un cas (observ. XV); au 5^e mois, dans un cas (observ. VI); au 4^e mois, dans trois cas (observ. II, X, XXIII).

En résumé, le plus souvent, la première perte apparaît à la fin de la grossesse, dans le cours ou à la fin du 9^e mois.

A quelle époque maintenant a eu lieu l'expulsion de l'œuf?

Au 9^e mois, dans dix cas (observ. V, VII, X, XII, XIV, XV, XVI, XVII, XXII, XXXVII); au 8^e mois, dans huit cas (observ. I, II, III, IV, XI, XVIII, XIX, XX); au 7^e mois, dans quatre cas (observ. VI, XIII, XXVI, XXX); au 6^e et au 5^e mois, néant; au 4^e mois dans un cas (observ. XXIII).

La grossesse est donc arrivée le plus souvent aux environs du terme.

L'accouchement prématuré a eu lieu pourtant dans un bon nombre de cas. Trois fois seulement (observ. VII, XIII, XX), la première hémorragie est notée comme ayant coïncidé avec le début du travail. Les autres fois, elle avait paru un temps plus ou moins long avant les premières douleurs.

Dans les trois cas où la première hémorragie se produisit au 4^e mois, une fois seulement l'expulsion se fit à la même époque (observ. XXIII), les deux autres fois, la grossesse ne se termina qu'au 8^e mois (observ. II) et au 9^e mois (observ. X).

En résumé, les hémorragies se produisent surtout dans les derniers mois; l'accouchement prématuré a souvent lieu, mais non loin du terme normal de la grossesse, habituellement. Enfin, l'apparition précoce des pertes sanguines n'est pas un indice que l'expulsion va se faire de bonne heure et la gestation peut continuer son cours, malgré cette précocité.

Marche de l'accouchement. — Le phénomène le plus important à étudier est la dilatation du col.

Un certain nombre d'éléments entrent en lutte, les uns pour favoriser, les autres pour retarder cette dilatation du col.

Les conditions favorables à l'ouverture de l'orifice sont d'abord la multiparité. Dans toutes mes observations, il s'agit de femmes ayant eu déjà des enfants. C'est d'ailleurs la règle pour toutes les variétés d'insertion vicieuse.

L'état d'imbibition et de vascularisation extrême du col et du segment inférieur, plus prononcé que dans d'autres circonstances, en raison justement de la présence du placenta, rend les tissus plus souples, plus dilatables. Et dans plusieurs observations il est noté que très rapidement, en quelques contractions, l'orifice utérin s'est complètement dilaté, et spontanément. Dans d'autres cas, l'introduction d'un ballon (observ. III), ou de la main (observ. V, X, XI, XII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII), à travers un orifice incomplètement dilaté, a suffi pour l'agrandir et permettre l'extraction immédiate ou presque immédiate, tant les bords étaient souples.

Enfin il peut arriver (observ. II) que le placenta, en partie décollé ou déchiré, s'engage dans l'orifice et contribue à sa dilatation.

Une présentation longitudinale du fœtus est parfois efficace pour produire ce résultat, si l'engagement a lieu derrière ce placenta en partie descendu.

Un fait qui résulte de la mollesse du segment inférieur est la déchirure de ce segment. La lésion remonte parfois jusqu'au cul-de-sac vaginal; elle siège d'un côté ou de l'autre et peut donner du sang pour sa part pendant ou après la délivrance.

C'est ce qui est noté dans l'observation XVI. Et c'est là encore un procédé, peu favorable il est vrai, par lequel l'orifice s'agrandit pour livrer passage au fœtus.

Toutes ces causes de dilatation l'emportent en définitive sur les actions qui pourraient la retarder.

Ainsi la date prématurée de l'accouchement relatée un certain nombre de fois, l'absence inévitable de poche des eaux, sont efficacement contre-balancées. L'adhérence anormale du placenta dont l'observation XXII est un exemple rare autant qu'extrême, ne suffit même pas à déterminer la rigidité de l'orifice.

En somme, la dilatation se fait aisément dans la majorité des cas, et cela grâce à la souplesse du segment inférieur. Le peu d'intensité des contractions utérines, qui en général sont faibles chez les femmes très anémiées, n'est pas non plus une gêne pendant cette période du travail.

Les phénomènes mécaniques dépendent de la présentation. Or, l'existence du placenta sur le segment inférieur explique la fréquence des présentations vicieuses, en gênant l'engagement.

Si la tête ou le siège viennent spontanément ou après une manœuvre quelconque, appuyer sur l'orifice cervical par l'intermédiaire du placenta, il se produit un fait intéressant qui est noté dans les observations II, VI et XXI. Le placenta, au lieu de représenter un diaphragme plus ou moins plan ou plus exactement, un peu concave vers le haut comme pendant la grossesse, change de forme sous l'influence du travail et de la poussée longitudinale que lui imprime la présentation ; il se creuse, se déprime et se transforme en une sorte d'utricule, de cavité plus ou moins conique, dont les parois s'appliquent exactement sur la partie fœtale correspondante. Cet aspect, qui peut encore être comparé à un bonnet ou à une sorte de cornet d'oublie, n'est pas primitif : c'est un véritable *phénomène plastique* qui se produit pendant le travail ; il est le résultat de la poussée fœtale qui tend à se faire jour à travers le tissu des cotylédons. Parfois le placenta est étiré, aminci, comme le segment inférieur qu'il recouvre (observ. XXI) et lorsque cet allongement est poussé à l'extrême (ce qui est rare parce que la déchirure ou le décollement du placenta sont déterminés bien avant, d'ordinaire), on peut se demander si ce n'est pas l'explication de ce qu'on a appelé la grossesse cervicale, avec insertion du placenta *sur le col lui-même* (observ. XIX). Ici, comme ailleurs, il ne faudrait pas désigner par l'expression de « col » ce que l'on entend aujourd'hui sous le nom de canal cervico-utérin de Braune, canal qui est formé par l'union du segment inférieur avec le canal cervical proprement dit.

Il est, avons-nous dit, un point qu'il faut mettre en relief : on n'a pas le droit d'affirmer, avant que le col ne soit dilaté ou dilatable, à quelle variété d'insertion vicieuse on aura affaire. En effet, l'orifice se dilate d'une façon variable et son ouverture peut

s'agrandir par le fait seul du décollement placentaire. C'est ainsi qu'un placenta, primitivement marginal, devient partiel si la dilatation se fait de telle sorte que, d'un côté de l'orifice, ce sont les membranes, tandis que, de l'autre côté, ce sont les cotylédons qui se décollent. De même un placenta qui, d'abord, semblait devoir être central, selon l'expression usitée, devient partiel à la dilatation complète, parce qu'un bord du gâteau placentaire s'est complètement détaché de la paroi utérine. De même encore un placenta recouvrant, par un seul cotylédon périphérique, l'orifice interne du col, pendant la grossesse, peut donner lieu à une variété complète pendant l'accouchement si des adhérences un peu fortes unissent ce cotylédon périphérique à la région correspondante du segment inférieur, tandis que, de l'autre côté, les liens qui unissent l'utérus au placenta se rompent.

De là, l'obligation de ne donner un diagnostic ferme en ce qui concerne la variété d'insertion vicieuse qu'au moment où l'orifice utérin est dilaté ou suffisamment dilatable pour qu'on puisse intervenir.

Comment va se faire l'accouchement? Dans aucune de nos observations, il n'a été laissé aux seuls efforts de la nature, et cela se conçoit, car la gravité des hémorragies appelle l'intervention. Celle-ci fut réduite au minimum dans l'observation II : après un tamponnement, on perfora le placenta, on mit un deuxième tampon et l'on attendit. La tête descendit et l'accouchement se fit seul.

Dans l'observation XIV, après un tamponnement, on abaissa un pied à travers la perforation jusqu'à la vulve, puis l'accouchement fut abandonné à lui-même. On assista à l'expulsion spontanée d'un enfant venant par le siège.

Il faut donc que la voie s'ouvre, que le placenta cesse d'être *prævia*. Ce résultat s'obtient soit par la perforation, soit par le décollement. La perforation s'attaque aux cotylédons qui avoisinent le centre du disque placentaire ; le décollement libère un de ses bords et donne accès dans la cavité de l'œuf par la déchirure des membranes que l'on rencontre alors. Nous reviendrons plus tard sur ce point.

Dans l'observation VI, après la perforation du placenta, la tête

fœtale s'est engagée et l'accouchement fut terminé par une application de forceps.

Mais les phénomènes divers du travail, dilatation du col, descente du fœtus, etc., sont toujours accompagnés d'un écoulement sanguin considérable. C'est là le grand danger de l'insertion vicieuse dans ses formes graves, et de la variété totale en particulier.

La perforation du placenta ou son décollement artificiel, inévitable pour amener le fœtus au dehors, augmentent encore les déchirures vasculaires. La perpétuelle préoccupation de l'accoucheur est d'arrêter les pertes sanguines, si dangereuses par leur abondance et leur répétition, et d'en éviter de nouvelles, s'il est possible.

A tout moment du travail, en effet, la parturiente, déjà affaiblie par des hémorragies antérieures, peut être prise de syncope et celle-ci est parfois mortelle avant même que la femme ne soit accouchée (observ. XXI).

Certaines circonstances favorisent son apparition : c'est par exemple l'ouverture de l'œuf par la perforation ou le décollement du placenta. Le liquide amniotique, en s'écoulant brusquement et en grande quantité, laisse une tendance au vide dans la cavité utérine et une syncope se produit *a vacuo* (observ. VI).

Même crainte à avoir au moment où l'on extrait le fœtus, si l'on ne procède pas avec la lenteur désirable. Enfin l'administration du chloroforme est une cause puissante de syncope, même mortelle, chez une femme déjà profondément anémiée (observ. IV).

Délivrance. — Il arrive quelquefois que le placenta soit expulsé avant le fœtus, spontanément ou à l'aide d'une manœuvre quelconque (observ. XXVIII), au complet, ou en partie seulement dans l'observation XX.

Dans d'autres circonstances, il s'échappe des voies génitales en même temps que le tronc de l'enfant dans le cours de l'extraction, soit qu'il quitte complètement les voies génitales (observ. IV), soit, au contraire, qu'il ne fasse qu'apparaître à la vulve pour n'être évacué complètement qu'après la naissance de l'enfant (observ. VII).

Dans la majorité des cas, aussitôt après la naissance de l'enfant, le placenta est déjà entièrement décollé ; il est alors expulsé spontanément et sans retard (observ. XII, XVI et XIX) ou bien, complètement descendu dans le vagin, il est très aisément saisi par la main de l'accoucheur (observ. X, XI).

Pourtant la délivrance artificielle s'impose souvent. Le décollement s'est fait sans peine dans les observations I, XV, XVI, XVIII, XX, XXIX. Deux fois (observ. I et XXXIX) il fut pratiqué au moment où la femme venait de succomber. Il arrive que les adhérences des cotylédons à l'utérus sont anormalement développées ; ces adhérences sont ou partielles (observ. II, VI, XXXVIII), ou très étendues (observ. XXII). Dans le cas de Morrill (observ. XXII), le décollement manuel fut impossible ; pour pénétrer dans l'œuf, on ne put que perforer le placenta, et après la naissance de l'enfant, on eut des difficultés considérables pour faire la délivrance artificielle. L'inversion partielle de l'utérus fut faite par l'accoucheur pour pouvoir séparer les cotylédons de la paroi maternelle ; et même on dût se servir des ongles et d'un manche de scalpel pour détacher le délivre : « on ne savait pas si l'on déchirait le placenta ou l'utérus. » Malgré ces manœuvres et les hémorragies énormes que la femme avait subies, la guérison eut lieu.

Supposons maintenant le délivre extrait. Quel aspect présente-t-il ? Le placenta est, la plupart du temps, déchiqueté ; il a d'abord pu être perforé par l'accoucheur avant la naissance de l'enfant (observ. II, III, V, VI, VII, XI, XII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX, XXI, XXII, XXVI, XXVII, XXXI). Cette première déchirure a été agrandie par le passage du fœtus, de manière à gagner un bord du disque placentaire dont elle occupait primitivement le centre (observ. II, V, VII, XX) ; ou bien le disque placentaire a été transformé en une sorte de couronne ou de cerceau traversé en son centre et intact à sa périphérie (observ. III), et on le retrouve avec cette apparence après sa sortie.

Il peut encore être déchiré sans avoir été traversé : ainsi, dans le cas de Chassigny (observ. XXXVIII), un double ballon gonflé entre la paroi extérieure et les cotylédons les a dilacérés, sans intéresser pourtant la surface chorionale ni les bords du placenta. Enfin

les adhérences anormales et partielles sont capables de déterminer aussi des solutions de continuité du même genre.

D'autres fois, le placenta est extrait sans déchirures : c'est lorsqu'il aura pu être décollé suivant un des bords et qu'on est parvenu dans la cavité de l'œuf en perçant les membranes attachées à ce bord (observ. I, XXXIV, II).

Les membranes sont d'habitude divisées en lambeaux séparés ou réunis, ensemble ou avec le placenta.

Lorsqu'elles sont aussi complètes que possibles, elles représentent une vaste calotte dont l'orifice unique est aussi large que le pourtour du disque placentaire qui est alors complètement découronné et auquel il s'adapte exactement (observ. IV).

Il est un fait digne de remarque ; le placenta prævia total *n'a pas* la forme allongée et aplatie en limande que l'on décrit d'habitude comme spéciale à l'insertion vicieuse. Il rappellerait beaucoup plus volontiers l'aspect normal ; il est, en effet, presque circulaire, plus épais à son centre qu'à sa périphérie et cette épaisseur est même parfois plus marquée qu'à l'habitude (observ. I, IV).

Sous l'influence de la poussée fœtale, nous le savons déjà, il se creuse du côté de sa face fœtale et ressemble alors à un cornet d'oublie dont la concavité regarderait en haut (observ. II).

Suites de couches. — La femme peut succomber aux hémorragies de l'insertion totale, pendant l'accouchement, avant ou immédiatement après l'expulsion du fœtus, nous l'avons vu.

La mort subite survient parfois pendant les manœuvres opératoires ou après l'extraction par le fait de l'introduction de l'air dans les sinus veineux de l'utérus.

Lorsque le placenta a été extrait, tout n'est pas encore fini.

D'abord la perte sanguine peut continuer : ou bien l'inertie utérine relâche l'organe tout entier, ou seulement le segment inférieur qui se trouve correspondre ici à la surface d'insertion du placenta ; ou bien une déchirure du col a lieu, et le sang coule par la solution de continuité.

L'hémorragie n'a pas besoin d'être bien abondante pour amener la mort ; la femme a été tellement affaiblie avant et pendant le travail qu'il suffit de bien peu pour la rendre presque exangue.

A supposer que l'hémostase complète ait été obtenue après la délivrance, tout danger n'est pas encore écarté. La mort subite ou rapide menace à l'occasion du moindre mouvement, d'un changement brusque de situation, du passage du décubitus dorsal à la posture assise, ou même sans cause appréciable ; la femme est prise alors de gêne respiratoire, elle s'agite, appelle au secours et succombe sans qu'on n'ait pu rien faire. Cette fatale terminaison s'est produite quelques heures après la délivrance dans les observations III, IV, XV, XIX, XXXVII et XXXVIII, et deux jours après l'accouchement dans l'observation II.

Si la femme résiste à l'anémie aiguë, elle est beaucoup plus sensible que d'autres à l'infection puerpérale et aux intoxications par les antiseptiques tels que le sublimé, le bi-iodure de mercure, l'acide phénique, etc. Il n'y a là, du reste, rien de particulier au placenta prævia total.

SEGMENT INFÉRIEUR ET PLACENTA PRÆVIA

Un seul point d'anatomie pathologique m'arrêtera : c'est la manière dont se comporte le segment inférieur de l'utérus lorsque le placenta s'insère totalement sur lui.

Dans les quatre autopsies que j'ai vues ou pratiquées moi-même (observ. I, II, III, IV), la surface interne de l'utérus offrait trois zones d'aspect distinct.

Dans le corps même de l'utérus, elle était partout lisse et unie. Au niveau du col, on reconnaissait nettement les plis de l'arbre de vie. Entre le col et le corps, sur le segment inférieur proprement dit, on trouvait une surface tomenteuse irrégulière, violacée, inégale, offrant en un mot tous les caractères de l'emplacement du placenta. Cette zone faisait tout le tour du col, dont elle débordait partout l'orifice interne de plusieurs centimètres.

En haut, la limite supérieure était marquée par une ligne de séparation entre les régions tomenteuses et les régions unies. Cette ligne de démarcation se trouvait au-dessous de la ligne d'insertion fixe du péritoine qui établit pour certains auteurs sur la face externe de l'utérus, la limite entre le segment inférieur et le corps de l'utérus. Ces détails sont nettement indiqués dans

les observations I et IV (il n'est pas possible de trouver l'anneau de contraction qui, sur ces utérus, ne se laisse reconnaître par aucun relief ni par aucune différence brusque dans l'épaisseur des parois utérines). Léopold, dans l'observation qui figure à la fin de ce Mémoire, sous le n° XXI, montre aussi que le bord du placenta ne dépasse pas en haut l'anneau de contraction. Récemment, Ahlfeld¹ arrive à la même conclusion.

En résumé, le segment inférieur existe bien nettement constitué dans l'insertion vicieuse totale du placenta.

Les idées de Bayer², qui sont opposées à cette assertion, se trouvent en contradiction avec l'examen direct des faits.

En général, l'existence du placenta prævia total prouve que le segment inférieur se forme dès le début de la grossesse. C'est là un nouvel appoint à la théorie que nous avons développée ailleurs³. En voici le résumé :

Avant même que l'œuf fécondé ne soit arrivé dans la matrice, la muqueuse de l'isthme a bourgeonné comme celle du corps. La cavité de l'isthme s'est déjà ouverte en haut du fait seul de ce bourgeonnement. Il y a là un terrain tout préparé pour recevoir l'ovule, exactement comme sur le corps. L'isthme, en s'évasant en haut et restant fermé en bas au niveau de l'orifice interne, correspond justement au segment inférieur.

Pronostic. — La variété totale ou complète de l'insertion vicieuse est extrêmement grave. Sur les trente-neuf observations qui figurent dans ce Mémoire, la femme est morte dans quatorze cas et l'enfant dans trente cas, ce qui donne une mortalité de 35,8 p. 100 pour la mère et de 76,9 p. 100 pour les fœtus.

La femme peut succomber avant la période d'expulsion (observ. IX et XXI), peut-être même avant tout début de travail, ou bien immédiatement après la naissance de l'enfant (observ. I, V, XXXIX) ou bien quelques heures après la délivrance (observ. III, IV, XV, XIX, XXXVII et XXXVIII) ou enfin plusieurs jours après l'évacuation de l'utérus (observ. II).

¹ AHLFELD. *Centralb. f. Gyn.*, 26 mars 1892, n° 12, p. 225. Contribution à l'étude du placenta prævia.

² Congrès des gynécologues et accoucheurs allemands, 1886, p. 27.

³ DEMELIN. *Anatomie obstétricale*.

La cause de mort la plus fréquente est l'hémorragie. Viennent ensuite la septicémie, l'entrée de l'air dans les veines, l'intoxication par les antiseptiques, etc.

Nous ne nous arrêterons pas plus longtemps sur ce point qui n'offre rien de bien spécial à l'insertion complète. Nous serons également bref sur les causes de mort du fœtus.

Celui-ci peut succomber dans l'utérus avant tout début de travail, ou pendant l'accouchement ou après sa naissance; il meurt, le plus souvent, d'asphyxie par décollement placentaire. A cette cause, il faut en ajouter une autre : lorsque les cotylédons ont été déchirés pour une raison quelconque, c'est l'anémie aiguë par hémorragie fœtale.

Nous reviendrons sur ce point à l'occasion du traitement.

Traitement. — Passons d'abord en revue les différents modes de traitement qui ont été employés dans nos observations; comparons-les aux résultats obtenus et nous essaierons de tirer de cet examen quelque enseignement pratique. Éliminons d'abord cinq observations qui manquent de renseignements au point de vue thérapeutique.

Restent trente-quatre cas, que nous allons étudier; il y a d'abord une première division à faire parmi eux. Il faut séparer les cas où, aussitôt qu'on fût obligé d'intervenir pour arrêter la perte, on pût faire l'extraction du fœtus, de ceux où l'expulsion ou l'extraction ne se produisirent que plus ou moins longtemps après l'emploi d'autres moyens d'hémostase imposés par la non-dilatabilité de l'orifice.

Onze fois on fit l'extraction du fœtus immédiatement, sans essayer d'autres procédés d'hémostase; c'est-à-dire que l'orifice utérin se trouvait suffisamment dilaté ou dilatable au moment où la femme fut soumise à l'observation.

On fit : *la version podalique immédiatement, en décollant le placenta sans le déchirer pour pénétrer dans l'œuf* (observ. X : la femme guérit, l'enfant était mort avant l'intervention; observ. XXXVII : la femme mourut quelques heures après l'accouchement, l'enfant était mort avant);

La version podalique immédiate en perforant le placenta pour

pénétrer dans l'œuf (observ. XX : la femme guérit, l'enfant était mort avant l'accouchement; observ. XXVI : la femme guérit, l'enfant mourut);

La version podalique immédiate, sans autre indication sur la manière dont on pénétra dans l'œuf (observ. XVIII : la mère guérit après avoir eu de la fièvre, l'enfant vécut quelques heures; observ. XXIV : la femme guérit, l'enfant mourut observ.; XXXV : le fœtus étant mort, la femme mourut douze heures après la délivrance; on avait donné du chloroforme);

L'application du forceps sur le sommet (observ. XXXIX : enfant mort, femme morte après la délivrance);

L'extraction du placenta d'abord, du fœtus ensuite (observ. XXVIII : enfant mort, femme guérie);

La dilatation manuelle du col, suivie immédiatement de la version podalique (observ. XXXI : perforation du placenta pour entrer dans l'œuf, enfant mort, mère guérie; observ. XXXIII : enfant vivant, mère guérie).

Dans ces onze cas, il y eut 3 morts pour les femmes (27 p. 100) et 9 morts pour les enfants, encore un dixième enfant ne vécut-il que quelques heures (90 p. 100).

Dans vingt-trois cas, le col n'était pas suffisamment dilaté ou dilatable pour permettre l'extraction immédiate du fœtus et on dut employer divers procédés d'hémostase provisoire en attendant la dilatation complète.

Six fois on s'abstint de faire l'extraction, on attendit l'accouchement spontané après avoir fait :

Le tamponnement vaginal, puis la perforation du placenta, après laquelle on fit un 2^e tamponnement parce que l'hémorragie continuait. Le fœtus naquit putréfié et la femme mourut deux jours après (observ. II);

Le tamponnement vaginal répété, puis l'accélération du travail avec le double ballon de Chassagny et la perforation du placenta (observ. XI), l'enfant naquit par le sommet, macéré, la femme guérit;

Le tamponnement vaginal, puis la perforation du placenta et la

la version de Braxton Hicks (observ. XIV), l'enfant vécut et la femme guérit;

L'application du colpeurynter et la version de B. Hicks (observ. XXIX, XXX), les femmes guérirent, les enfants succombèrent;

La perforation du placenta et la version de B. Hicks (observ. XXI), la femme mourut sans être accouchée.

Dans ces six cas où on tenta d'obtenir l'hémostase sans extraire le fœtus, il y eut pour les mères *deux cas de mort* (observ. II et XXI), soit 33 p. 100 de mortalité; et pour les enfants *cinq cas de mort* (observ. II, XI, XXIX, XXX, XXXI), soit 83 p. 100 de mortalité.

Dix-sept fois on fit l'extraction artificielle après avoir arrêté l'hémorragie par d'autres moyens.

On pratiqua :

Le tamponnement vaginal, puis la version podalique en décollant le placenta pour pénétrer dans l'œuf (observ. I : mort immédiate de la femme, l'enfant était mort auparavant; chloroforme. — Observ. IV : mort de la femme quelques heures après l'accouchement, mort de l'enfant; observ. XXXII : mère et enfants vivants);

Le tamponnement vaginal ordinaire, puis la version podalique en perforant le placenta pour pénétrer dans l'œuf (observ. V, chloroforme, mort immédiate de la femme, mort de l'enfant. — Observ. VII : mort de l'enfant, guérison de la mère. — Observ. XII : mort de l'enfant, guérison de la mère. — Observ. XIII : mort de l'enfant quelques minutes après l'extraction; guérison de la mère. — Observ. XV : enfant macéré; mort de la femme quelques heures après l'accouchement. — Observ. XVI : mère et enfant vivants. — Observ. XVII : enfant mort, guérison de la mère. — Observ. XIX : enfant vivant, mère morte deux heures après l'accouchement. — Observ. XXXIV : fœtus mort, mère guérie);

Le tamponnement vaginal avec un colpeurynter, puis la version en perforant le placenta pour pénétrer dans l'œuf (observ. XXVII : enfant mort, mère guérie);

Le tamponnement vaginal ordinaire, puis la perforation du placenta pour faire pénétrer dans l'œuf un ballon de Champetier, puis

la version podalique (observ. III : l'enfant mourut deux heures après l'accouchement, la femme, sept heures après) ;

Le tamponnement vaginal ordinaire, puis la perforation du placenta, puis l'application du forceps sur le sommet (observ. IV : enfant mort, mère vivante ; observ. XXII : enfant mort, mère vivante).

L'accouchement provoqué à l'aide du double ballon de Chassagny, qui fait en même temps office de tampon, puis la version podalique en décollant le placenta pour pénétrer dans l'œuf (observ. XXXVIII : mère morte trois heures après l'accouchement, enfant vivant. Le placenta avait été déchiré par le ballon).

Sur ces 17 observations, il y eut 7 cas de mort pour les femmes (41 p. 100) et 13 cas de mort pour les enfants (76 p. 100).

Les résultats bruts de cette statistique sont les suivants :

L'extraction immédiate du fœtus et du délivre sans autre procédé d'hémostase préalable (extraction immédiate rendue possible par la dilatation ou dilatabilité du col au moment où l'intervention fut indiquée par la gravité de l'hémorragie) a donné une mortalité de 3 sur 11, soit de 27 p. 100 pour les femmes, et pour les enfants une mortalité de 10 sur 11, soit 90 p. 100.

L'hémostase seule, essayée à l'exclusion de la terminaison immédiate de l'accouchement rendue impossible par le défaut de dilatation du col, et obtenue à l'aide des moyens tels que le tamponnement vaginal ordinaire ou le colpeurynter, l'ouverture de l'œuf et la version de Braxton Hicks, sans autre tentative pour accélérer ou terminer l'évacuation de l'utérus, a donné une mortalité de 2 sur 6, soit 33 p. 100 pour les femmes, et de 5 sur 6 soit de 83 p. 100 pour les enfants.

Dans un cas (observ. XXI), la femme mourut sans avoir été accouchée.

Enfin, l'emploi successif des moyens hémostatiques divers avant ou pendant la période de dilatation, puis des procédés d'extraction lorsque le col a été dilaté ou dilatable, a donné pour les mères une mortalité de 7 sur 17, soit de 41 p. 100, et pour les enfants une mortalité de 13 sur 17, soit de 76 p. 100.

Remarquons d'abord l'excessive gravité du pronostic pour le fœtus dans tous les cas, puisque la mortalité oscille entre 76 et

90 p. 100. Le chiffre le moins élevé a été obtenu lorsqu'on a pratiqué les tamponnements divers, puis l'extraction artificielle, dès que le col l'a permise.

En ce qui concerne les femmes, le meilleur chiffre (27 p. 100) est donné par la série des extractions immédiates auxquelles, malheureusement, on ne peut pas recourir si le col n'est pas suffisamment ouvert.

Le chiffre le plus mauvais (41 p. 100), est fourni par la série des cas où on fut obligé d'attendre que la dilatation de l'orifice fût assez large pour permettre l'accouchement artificiel.

Le chiffre intermédiaire (33 p. 100), se rapporte aux faits dans lesquels on fut contraint, par l'étroitesse de l'orifice, d'employer les moyens hémostatiques autres que l'évacuation de l'utérus, mais où les contractions de l'organe gestateur eurent assez d'énergie pour expulser spontanément le produit de conception.

Ces chiffres prouvent, en somme, que l'évacuation immédiate de l'utérus donne les meilleurs résultats lorsqu'on peut l'opérer avant que la femme ne soit affaiblie par les hémorragies antérieures ayant nécessité l'emploi d'autres procédés commandés par l'état de dilatation insuffisante de l'orifice, mais que cette évacuation donne des résultats beaucoup moins satisfaisants lorsqu'elle a été forcément différée, c'est-à-dire lorsque la femme a déjà perdu beaucoup de sang.

L'expulsion spontanée du fœtus dans ces conditions est moins mauvaise parce que la femme a conservé encore une certaine énergie, qui est prouvée par le seul fait de l'accouchement spontané.

Ceci posé, il faut examiner deux circonstances différentes :

1° Le cas où l'orifice utérin est assez dilaté ou assez dilatable pour permettre cette évacuation immédiate ; et 2° le cas où, au contraire, le col est trop étroit et trop résistant pour laisser passer le fœtus.

1° L'orifice utérin est complètement dilaté ou dilatable.

Ici deux subdivisions à établir : dans un premier groupe, sont rangés les cas les plus défavorables où la femme a déjà perdu beaucoup de sang auparavant, et où on a dû intervenir pour faire

l'hémostase pendant la période de dilatation ; nous y reviendrons plus loin. Dans une seconde série de faits que nous allons étudier immédiatement, l'hémorragie antérieure à la dilatation complète n'a pas été assez abondante pour appeler l'hémostase provisoire et l'intervention est commandée seulement au moment même où le col est suffisamment dilaté ou dilatable. L'accouchement peut et doit alors être terminé séance tenante. On aura naturellement d'autant plus de chances de succès que la femme aura plus de résistance individuelle. L'hémorragie est inévitable, sans doute, mais elle n'est pas également abondante dans toutes les observations.

Parfois même elle l'est relativement peu ; de plus, elle ne produit pas les mêmes effets, à quantité égale chez toutes les femmes : il y a ici une question de résistance personnelle qui joue un grand rôle.

Les sujets chétifs, affaiblis par des privations ou des maladies antérieures seront naturellement dans un état beaucoup moins favorable que les autres. Dans deux cas, qui ont été suivis de mort (observ. II et III), l'urine avait été trouvée albumineuse, et cette complication a sans doute contribué à aggraver le pronostic.

Avant donc d'intervenir pour terminer l'accouchement, on doit avoir déjà des données sur la marche ultérieure des événements, en se fondant *sur l'état général de la mère*. Les cas les plus heureux sont en effet ceux où, chez une femme bien constituée, les pertes n'ont commencé qu'au moment même de l'accouchement et avec une abondance relativement modérée.

Pour que l'accouchement se termine, l'hémorragie est inévitable ; et il faut que la voie s'ouvre au fœtus à travers le placenta ou à côté de lui.

Faut-il se contenter de perforer ou de décoller le placenta pour abandonner ensuite l'expulsion du fœtus aux seuls efforts de la nature ?

Nos chiffres répondent par la négative (voy. plus haut) et nous engageant à préconiser l'extraction artificielle.

Il va donc falloir faire ou la version ou l'application du forceps.

Une question préalable se pose : Faut-il donner du chloroforme ?

Les observations I, V et XXXV montrent que cet agent est particulièrement dangereux chez des femmes profondément anémiées. Le traumatisme obstétrical, après des hémorragies répétées, uni à la tendance au vide qu'amène dans la cavité utérine l'extraction du fœtus sont déjà des causes de syncope auxquelles s'ajoute l'action spéciale de chloroforme.

Dans les cas précités, les trois femmes sont mortes, deux d'entre elles immédiatement, et la troisième peu de temps après la naissance de l'enfant.

Il va sans dire que cette prohibition de l'anesthésie chloroformique ne peut être absolue; si la femme est robuste et peu affaiblie par des pertes antérieures, elle sera sans doute susceptible de supporter le chloroforme¹.

Quel chemin va-t-on suivre pour aller saisir le fœtus ?

Si le placenta a été perforé antérieurement, c'est par cette voie que l'on introduira la main ou les instruments.

Si, au contraire, l'œuf est encore intact, faut-il perforer le placenta dans la région qui répond à l'orifice utérin, ou bien faut-il éviter les déchirures des villosités et décoller les cotylédons d'un côté ou de l'autre de l'orifice pour arriver ensuite sur les membranes de l'œuf et les rompre à leur insertion au bord placentaire correspondant ?

Examinons les avantages et les inconvénients des deux procédés.

Le décollement du placenta ouvre inévitablement de nouveaux sinus utérins, c'est-à-dire de nouvelles sources pour l'hémorragie

¹ La question me semble aujourd'hui résolue par la note suivante insérée dans le compte rendu des séances de la Société Obstétricale de France, 1898, p. 180.

M. DEMELIN. — Un point important dans la thérapeutique du placenta prævia, c'est le danger des inhalations de chloroforme, que M. Maygrier a bien mis en lumière, dans une de ses cliniques. Les syncopes pendant l'anesthésie chloroformique sont fort à craindre chez les femmes qui ont perdu beaucoup de sang. D'autre part, si on veut opérer sans anesthésie, on s'expose à déterminer des accidents également syncopaux, consécutivement à la douleur provoquée. De là une difficulté de pratique qui serait grande si l'on n'employait l'éther comme agent de narcose. L'éther sulfurique est d'un excellent effet en pareille circonstance, et je l'ai plusieurs fois employé avec succès. On pourrait peut-être proposer comme formule de l'anesthésie dans les opérations pratiquées chez les femmes anémiées par une insertion vicieuse, que le chloroforme doit être dans ce cas complètement banni, et l'éther au contraire recommandé pour obtenir la narcose.

Voir aussi : *De l'anesthésie par l'éther en obstétrique*, p. 622 de ce volume.

maternelle. Il est toujours un peu livré au hasard, car on n'a guère de raison sérieuse pour attaquer tel côté plutôt que tel autre en vue d'arriver sur les membranes si la variété de l'insertion vicieuse est véritablement totale.

On est parfois guidé, à cet égard, par la différence de solidité qui existe dans les adhérences de tel bord plutôt que de tel autre. Encore est-il que, parfois, les adhérences sont très fortes partout, et qu'on est bien forcé, de ce chef, de renoncer au décollement (observ. XXII). Pourtant, d'habitude, cette manœuvre est facile à faire, et elle a l'avantage de ne pas déchirer les villosités choriales et de ne pas ouvrir, par suite, les vaisseaux qui contiennent le sang fœtal, détail qui doit entrer en ligne de compte si l'enfant est encore vivant.

La perforation du placenta déchire au contraire les villosités choriales, en même temps qu'elle ouvre les lacs sanguins où elles plongent. La perforation du placenta peut aussi intéresser un des gros vaisseaux ombilicaux qui campent sur la face fœtale. Au point de vue technique, elle est toujours possible, soit avec le doigt, soit avec une sonde de femme (Gardien), soit avec un perce-membranes ou une pince à forcipressure. Il y a pourtant une difficulté opératoire¹ : c'est la perforation de l'amnios lorsque les cotylédons ont été traversés de part en part. L'amnios, en effet, se décolle avec la plus grande facilité, puis remonte dans la cavité de l'œuf et échappe à l'action du doigt et de la sonde. Le perce-membranes ou la pince à forcipressure sont ici des plus utiles. Il est d'ailleurs possible de chercher l'insertion du cordon ombilical sur le placenta et de déchirer l'amnios en ce point où les adhérences deviennent plus intimes avec les tissus sous-jacents.

Il est très difficile de tirer un enseignement précis à cet égard des observations cliniques ; car il est impossible de dire que si tel cas s'est terminé par la mort, c'est parce qu'on a fait le décollement du placenta au lieu de la perforation, ou inversement.

Voici cependant les résultats bruts, en les prenant pour ce qu'ils valent :

¹ Dans notre dernier cas, M. Tarnier pratiqua lui-même la perforation du placenta ; et il rencontra dans cette manœuvre de telles difficultés, qu'un homme moins habile et moins expérimenté que lui, y eut sûrement renoncé.

Cinq fois (observ. I, IV, XX, XXXII, XXXVII) on fit le décollement du placenta à la dilatation complète pour extraire le fœtus; dans trois cas, la femme mourut (I, IV, XXXVII). Une seule fois l'enfant survécut (observ. XXXII), soit une mortalité de 60 p. 100 pour les mères et 80 p. 100 pour les enfants.

Douze fois on fit la perforation du placenta pour faire l'extraction immédiatement après (observ. VII, XII, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX, XXII, XXVI, XXVII, XXXI). Dans deux cas, la femme mourut (observ. XV et XIX). Trois enfants survécurent, ce qui donne une mortalité maternelle de 16 p. 100 et une mortalité fœtale de 75 p. 100.

L'avantage serait donc pour la perforation du placenta, même au point de vue du fœtus. Nous reviendrons ultérieurement sur cette dernière proposition.

La méthode de Simpson, qui consiste à extraire le placenta avant le fœtus, a donné un succès pour la mère dans l'observation XVIII. Elle n'est plus guère employée chez nous. Elle ne nous paraît acceptable que lorsque le placenta est déjà spontanément décollé dans toute son étendue et qu'il est entièrement ou presque entièrement tombé dans le vagin, comme cela s'observe quelquefois.

Au moment où on pénètre dans l'œuf, il y a encore une précaution à prendre, c'est de faire une déchirure aussi petite que possible, pour que le liquide amniotique ne s'écoule pas trop brusquement ou en trop grande quantité; ce serait en effet une cause de syncope *a vacuo*. On se servira donc du perce-membranes, et même on maintiendra la main introduite tout entière dans le vagin pour endiguer, autant que possible, le liquide amniotique.

Maintenant, quel procédé d'extraction faut-il choisir ?

A priori, le placenta prævia gêne l'accommodation et l'engagement spontané du fœtus; les présentations de l'épaule sont fréquentes, celles du sommet sont mobiles et en général très élevées au-dessus du détroit supérieur; ce sont là des considérations qui militent en faveur de la version.

De plus, en cherchant à saisir les pieds du fœtus, l'opérateur comprime le segment inférieur avec son avant-bras et fait ainsi de l'hémostase qui sera continuée par le fœtus lui-même pendant tout le temps de l'extraction.

L'examen des faits cliniques montre que, sur 28 cas d'extraction, 25 fois ont eut recours à la version podalique par manœuvres internes, avec 9 cas de mort pour les mères (observ. I, III, IV, V, XV, XIX, XXXV, XXXVII, XXXVIII), et 18 cas de mort pour les enfants (observ. I, IV, V, VII, X, XII, XIII, XV, XVII, XX, XXIV, XXVI, XXVII, XXVIII, XXXI, XXXIV, XXXV, XXXVII), ce qui donne une mortalité de 36 p. 100 pour les mères, et de 72 p. 100 pour les enfants.

Sur trois cas où l'on fit l'extraction par le forceps (observ. VI, XXII, XXXIX), une seule fois la femme mourut, soit 33 p. 100 de mortalité (observ. XXXIX). Tous les enfants succombèrent (100 p. 100).

Il semble donc, *a priori*, que, dans l'intérêt de la mère, le forceps vaille mieux que la version. Malheureusement, il est loin d'être toujours possible; en effet, il n'a été applicable que lorsque la tête s'est engagée dans l'excavation, comprimant elle-même la surface saignante (observ. VI, XII), circonstance favorable qu'on ne rencontre pas d'habitude, car, d'ordinaire, la tête reste très élevée, très mobile, et une application de forceps dans de telles conditions exigerait du temps, pendant lequel le segment inférieur non comprimé saignerait abondamment. Du reste, dans la statistique, la différence des chiffres n'est pas si grande (33 p. 100 pour le forceps et 36 pour la version), et il y a lieu de se demander si l'avantage ne resterait pas à la version, dans le cas où un plus grand nombre d'extractions par le forceps aurait été observé.

En ce qui concerne les enfants (si tant est qu'on doive mettre sérieusement leur existence en discussion dans des cas aussi graves pour les mères), la version paraît meilleure que le forceps.

Celui-ci n'est de mise en effet que si la tête est déjà engagée, c'est-à-dire à une période du travail plus avancée que celle où on fait la version; et l'enfant, à cette période, a souffert plus longtemps de l'asphyxie par décollement placentaire.

La version paraît donc être l'opération la meilleure; du reste, le plus souvent on n'a pas le choix.

Pendant l'extraction, il faut aller lentement pour ne pas évacuer trop brusquement l'utérus, ce qui amènerait peut-être une syn-

cope *a vacuo* ; on a d'ailleurs une certaine tranquillité de ce fait que le tronc du fœtus, puis la tête, forment tampon et compriment le segment inférieur qui saigne peu pendant la manœuvre.

Après la naissance de l'enfant, il y a intérêt à faire immédiatement la délivrance artificielle, qui est le plus souvent facile, car le placenta est déjà en partie ou complètement décollé (à part la question des adhérences anormales qui est l'exception) ; en outre, il est beaucoup plus aisément atteint que quand il s'insère au fond de l'utérus.

S'il y a une déchirure du col qui donne du sang, on fera le traitement habituel, c'est-à-dire le tamponnement local du segment inférieur, au niveau de la lésion.

2° Le col ne permet pas l'extraction immédiate à cause de son étroitesse.

En fait, le pronostic de l'intervention, au moment où l'orifice utérin la permet, dépend de la quantité de sang qu'a perdue la femme avant cette période, et de la résistance qu'elle a conservée.

Aussi, lorsque le clinicien est obligé d'attendre parce que le col est encore trop étroit, ou trop inextensible, la grande difficulté est de conserver à la parturiente assez de forces pour qu'elle puisse échapper aux dangers que lui fait inévitablement subir l'intervention obstétricale.

Ici, j'étudierai ensemble deux circonstances différentes qu'il y aura lieu de séparer plus tard :

On est appelé à arrêter une hémorragie grave lorsque le travail est commencé quoique peu avancé, ou, au contraire, lorsque le col n'a encore subi aucune modification.

Dans de telles conditions, les hémorragies inévitables se sont déjà produites, soit depuis un certain temps pendant la grossesse, soit, dans les cas relativement heureux, pour la première fois au début du travail.

Nous rencontrons ici l'importante question de l'état général où se trouve la femme, du degré d'anémie plus ou moins profond où l'ont mise des hémorragies antérieures.

Quoi qu'il en soit, l'indication urgente est d'arrêter la perte actuelle et de prévenir les suivantes. Nous savons que le meilleur

moyen serait de vider l'utérus ; mais nous devons y renoncer provisoirement en raison de l'état du col ; nous verrons plus tard s'il y a lieu d'accélérer ou même de provoquer sa dilatation. Pour le moment, discutons les autres procédés d'hémostase.

Quels sont les moyens auxquels on peut avoir recours ?

Pour arrêter une hémorragie du genre de celles qui nous occupent, une seule méthode chirurgicale est possible : c'est la compression directe de la surface saignante. Reste à déterminer la nature de l'agent compresseur. Les divers tamponnements peuvent se grouper en deux séries : il y a, en effet, des tampons *artificiels* (qui sont, les uns, vaginaux : bourdonnets de charpie, de coton ou d'étoupe, mèches de gaze aseptique, colpeurynters de toutes sortes), et les autres, intra-utérins (ballon de Barnes, ballon de Champetier). Il en est un qui prétend être à la fois vaginal et intra-utérin : c'est le double ballon ou l'appareil élytroptérygoïde de Chassagny, avec ou sans les modifications d'Hubert de Louvain.

Il y a enfin un tampon naturel : c'est le fœtus lui-même. On sait que l'on désigne sous le nom de *tamponnement proprement dit* celui qui est constitué par un ensemble de bourdonnets tassés les uns contre les autres dans la cavité du vagin, ou mieux par de la gaze stérilisée.

Pour juger de la valeur de ce tamponnement, il semble nécessaire de grouper les cas où on s'est servi exclusivement de ce moyen d'hémostase jusqu'au moment où la dilatation du col a permis l'ouverture de l'œuf resté intact jusqu'alors, et, immédiatement après, l'extraction du fœtus.

Nous avons douze faits de ce genre (obs. I, IV, VII, XII, XIII, XV, XVI, XVII, XIX, XXII, XXXII, XXXIV), sur lesquels nous trouvons 4 fois la mort de la mère (I, IV, XV, XIX), et 9 fois la mort de l'enfant (I, IV, VII, XII, XIII, XV, XVII, XXII, XXXIV), soit une mortalité brute de 33 p. 100 pour les femmes et de 75 p. 100 pour les enfants.

Mais, si nous voulons être équitable dans ce procès du tamponnement, étudions un peu dans le détail les quatre observations où les femmes succombèrent.

Dans l'observation I, il est noté que la femme était *très pâle*,

exsangue, à son entrée à l'hôpital. Elle n'avait pas été soignée auparavant, elle était donc dans un état de résistance très inférieur. De plus, du chloroforme a été administré pour l'extraction du fœtus, et la mort est survenue après une syncope subite qui s'est produite dès les premières inhalations de l'anesthésique, et, à l'occasion de l'écoulement brusque et rapide d'une grande quantité de liquide amniotique.

L'observation IV nous montre une femme qui, au moment de son entrée à la Clinique, était profondément anémiée, froide et perdant du sang en grande abondance ; elle avait subi, il est vrai, deux tamponnements en ville ; mais le premier avait été fait tardivement déjà, et le second assez incomplètement pour être inefficace.

Les trois tamponnements pratiqués à la Clinique furent tous étanches, et la femme n'a plus perdu de sang depuis leur mise en place. Le procédé n'est donc pas responsable de la manière dont il avait été appliqué en ville.

Dans l'observation XV, la femme perdait du sang depuis trois mois ; deux tamponnements insuffisants avaient été faits en ville ; elle entre « presque exsangue » à la Maternité, où l'on fit immédiatement la version. Mais il était trop tard, l'hémostase n'avait pas été faite avant que la version ne devînt possible, et la malade mourut six heures après l'accouchement.

Dans l'observation XIX, la femme s'était anémiée depuis douze jours, avant qu'on ne fit le premier et unique tamponnement, lequel, d'ailleurs, arrêta l'hémorragie ante partum. Après la délivrance, l'utérus resta complètement inerte et l'hémorragie continua. C'est à ce défaut de rétraction poussé à un degré extraordinaire qu'il faut attribuer, en réalité, la mort qui survint deux heures après l'accouchement.

En somme, en mettant à part ce dernier fait, où l'utérus a présenté une inertie tout à fait inusitée après la délivrance, les insuccès du tampon sont dus à ce qu'il a été appliqué trop tardivement et trop imparfaitement.

Nous reviendrons plus tard sur ces critiques.

À côté du tamponnement ordinaire, il est permis de faire figurer celui qui est obtenu avec le colpeurynter. L'observation XXVII

montre un succès pour la mère, dû à l'emploi de cet appareil, maintenu en place jusqu'à ce que l'orifice fût assez dilaté.

Examinons maintenant les autres procédés d'hémostase auxquels on a eu recours dans nos observations.

Une seule fois (observ. III), le ballon Champetier de Ribes a été introduit dans l'œuf après une perforation artificielle du placenta, pratiquée à cet effet. Le col était imparfaitement dilaté ; sous l'influence des tractions exercées sur la queue du ballon, il s'ouvrit très vite et la version put être faite. La femme mourut quelques heures après, l'enfant vécut deux heures. On ne peut cependant pas tirer de conclusions de cette observation unique, d'autant plus qu'avant la mise en place du ballon on avait à plusieurs reprises tamponné le vagin, et avec succès.

Une fois (observ. XXXVIII), l'appareil de Chassagny fut appliqué exclusivement ; l'opération fut faite par Chassagny lui-même, qui provoqua l'accouchement avec son procédé chez une femme enceinte déjà anémiée par des pertes antérieures. L'hémostase fut parfaite, la dilatation du col rapide. Le placenta fut déchiré par le ballon ; cependant l'enfant fut extrait vivant par la version. La femme mourut trois heures après.

Une autre fois (observ. XI), l'appareil de Chassagny fut placé pour accélérer l'ouverture du col ; on avait appliqué auparavant le tampon ordinaire. L'enfant naquit mort, la femme vécut.

Dans un cas (observ. XXI), la version de Braxton-Hicks fut faite immédiatement après la perforation du placenta et à l'exclusion de tout autre moyen. La femme mourut non accouchée. Dans un autre cas (observ. XIV), cette même version fut appliquée après l'emploi préalable du tampon ; la mère et l'enfant vécurent ; on avait renoncé au tamponnement parce que la femme était indocile, se levait, etc., et que les bourdonnets ne restaient pas en place. Dans les observations XXIX et XXX, la version de Braxton-Hicks suivit encore l'emploi du tamponnement vaginal effectué ici avec le colpeurynter ; les femmes guérirent, les enfants succombèrent.

La compression des surfaces saignantes peut encore être exercée par la tête du fœtus, qui, lorsque l'œuf est ouvert, appuie, en s'engageant, sur le segment inférieur et le placenta.

Cet engagement s'effectue bien lorsqu'il n'y a pas d'autre obs-

tacle mécanique, lorsque l'œuf est ouvert et le liquide amniotique en partie écoulé. Mais, avec la variété complète de l'insertion vicieuse, le placenta est lui-même un obstacle à la descente de la tête ; il doit être déjà perforé largement pour permettre à celle-ci de servir de tampon. Ce sont là des circonstances que l'on ne rencontre pas souvent, mais dont nous relevons trois cas dans notre statistique (observ. VI, XXII et XXXIX). Deux fois (observ. VI et XXII), la femme guérit, une fois (observ. XXXIX), l'opération fut faite *in extremis* et la mort suivit peu après. Les bons résultats obtenus ne sont guère surprenants, car si la tête descend assez pour que le forceps soit aisément applicable, c'est que l'utérus est doué d'une contractilité suffisante, et partant, que la résistance générale de l'organisme est encore grande. Mais trop souvent on n'a pas le temps d'attendre si longtemps, et il faut intervenir plus tôt.

La version reste donc l'opération de choix.

L'ouverture de l'œuf a-t-elle pu parfois arrêter des pertes de ce genre ? Dans un cas (observ. XI), après la perforation du placenta, le fœtus s'engagea rapidement, et l'expulsion spontanée eut lieu. Ici encore, l'utérus était puissant, énergique, et l'hémostase préalable avait été obtenue à l'aide d'une série de tamponnements. La version tentée n'avait pas été possible. La femme guérit.

L'observation II montre que la perforation artificielle du placenta n'empêcha pas le sang de couler et qu'on dut appliquer le tampon. La femme et l'enfant succombèrent d'ailleurs.

De tout ce qui précède, il résulte que les cas les plus favorables furent ceux où la femme avait perdu peu de sang avant la dilatation complète, c'est-à-dire ceux où l'on pût immédiatement vider l'utérus, sans que la femme eût été préalablement affaiblie par des hémorragies abondantes. Encore la mortalité est-elle de 27 p. 100.

Quand on employa d'autres procédés d'hémostase que l'évacuation de l'utérus, parce que le col n'était pas assez dilaté, on obtint alors les chiffres de mortalité de 33 et 41 p. 100 ; 33 p. 100 quand l'utérus avait conservé assez de vigueur pour expulser lui-même son contenu, ou, en d'autres termes, quand la contractilité utérine fût suffisante pour amener une dilatation rapide du col, et l'issue spontanée du produit de conception ; 41 p. 100, lorsque les choses

traînent en longueur et qu'on fût obligé d'attendre plus ou moins longtemps avant que le col ne fût suffisamment dilaté ou dilatable, pour permettre l'extraction artificielle.

Aussi, l'indication est-elle avant tout d'empêcher la femme de perdre du sang pour la laisser dans des conditions de résistance telles qu'elle fera, sans trop de danger, les frais de l'hémorragie inévitable que l'accouchement provoque.

Or, parmi les moyens d'hémostase provisoire, le tampon est vivement attaqué par les uns, défendu par les autres. Sans vouloir reprendre au complet le procès qu'on lui a fait subir, je tiens à rappeler les principales objections qui lui sont faites :

1° « Le tamponnement vaginal est incapable d'arrêter une hémorragie parce qu'il est toujours mal fait. » La réponse est bien simple : on n'a qu'à le bien faire ;

2° « Le tamponnement est très difficile à bien faire. » Il est, pour le moins, aussi facile qu'une application de forceps ou toute autre opération obstétricale ; à supposer que cette difficulté existe réellement, ce qui est fort contestable, ce n'est pas une raison suffisante pour rejeter le tamponnement ;

3° « Le tamponnement détermine de l'infection. » On n'a qu'à le faire aseptique, avec des matériaux préparés d'avance et dans les conditions où l'on doit se mettre pour toute opération. Du reste, cette réponse n'est pas théorique, et il serait facile de produire des courbes de température absolument irréprochables et venant de femmes qui ont subi plusieurs tamponnements successifs ;

4° « Le tamponnement détermine de la douleur. » Le reproche est souvent vrai ; mais cette douleur n'est pas excessive, et les femmes consentent à la supporter quand elles savent que leurs hémorragies s'arrêtent à ce prix : les piqûres de morphine sont là, du reste, pour calmer cette douleur ;

5° « Le tamponnement est irréalisable dans la clientèle privée, et surtout à la campagne, où le praticien ne peut pas voyager avec un bocal rempli de liquide et de bourdonnets dans le coffre de sa voiture. » Le reproche est juste, mais l'objection est aisément combattue. Le tampon préparé d'avance et plongé dans un bocal peut être fait chez la malade elle-même : et quant au tamponnement

d'urgence, il est sans peine réalisé avec des bandes de gaze stérilisées au préalable, enfermées dans des boîtes de petit volume, et qui ne tiennent que peu de place dans un arsenal obstétrical. Si l'on est pris au dépourvu, on pourra toujours faire un tampon d'attente en se servant de linges lessivés, trempés dans l'eau bouillante et dans une solution de sublimé, ou, faute de mieux, trempés simplement dans l'eau pure et lubrifiés avec du savon. On aura ensuite un moment de répit qu'on utilisera pour préparer les éléments d'un tampon irrécusable.

6° « Le tamponnement vaginal est un arrêt de mort pour le fœtus. » La vie de l'enfant, dans des circonstances aussi graves, compte, en général, pour peu de chose. Mais, néanmoins, il serait facile de produire nombre d'observations où l'enfant naquit vivant malgré l'application d'une série de tamponnements vaginaux.

En définitive, le tamponnement reste pour nous un excellent moyen d'arrêter les hémorragies par insertion vicieuse. Loin de le rejeter, nous pensons qu'il y a lieu de recommander et de chercher à le perfectionner encore.

A côté du tamponnement vaginal, il faut citer trois autres méthodes importantes que Tarnier rangeait à côté de celle de Leroux comme étant efficaces dans le traitement de l'hémorragie par insertion vicieuse.

C'est d'abord la perforation des membranes de l'œuf pratiquée largement pendant le travail ou la grossesse (Mauriceau, Deventer, Puzos, Smellie, Pinard, etc.).

Il faut, pour que ce procédé soit applicable, que la variété d'insertion vicieuse ne soit pas complète; car, dans celle-ci après avoir traversé les cotylédons, le doigt, le perce-membranes, l'aiguille à tricoter rencontre une membrane flottante, un voile mince qui fuit devant le doigt perforateur, et qui est formé par l'annios facilement décollé du placenta. Or, on peut éprouver de réelles difficultés à faire cette petite opération; témoin un cas observé à la Clinique, où le professeur Tarnier éprouva, malgré sa grande expérience, toutes les peines du monde à déchirer le placenta, puis l'annios. De plus, quand l'enfant a succombé dans l'utérus, on peut avoir de grandes appréhensions si on se détermine à rompre les membranes, car le cadavre fœtal va se putré-

fier rapidement au contact de l'air, et la femme sera dans des conditions de résistance très inférieures pour faire les frais d'une infection qui doit être grave en raison de la quantité du sang déjà perdu.

La version de Braxton-Hicks, lorsque l'insertion placentaire est complètement sur le col, a été très combattue. On ne saurait, a-t-on dit, faire les manipulations hésitantes, nécessaires pour atteindre un pied au moyen de deux doigts introduits dans le col, sans décoller le placenta et augmenter l'hémorragie (voy. p. 558).

Enfin, la quatrième méthode étudiée par Tarnier est celle de Barnes, Murphy, Champetier de Ribes, etc. Notre maître estimait que les excellents résultats obtenus par Murphy sont encourageants, et qu'il y aurait lieu de reprendre cette question. Il est vrai que Murphy opère dès que le diagnostic d'insertion vicieuse est porté, et qu'il se garde bien d'attendre que la femme soit épuisée. Il faut, en tout cas, traverser d'abord le placenta comme le faisaient Ramsbotham, Gardien et tant d'autres accoucheurs; puis ouvrir l'ammios; ce qui, nous l'avons vu, n'est pas toujours aisé; ensuite avoir sous la main ou les sacs de Barnes ou le ballon de Champetier de Ribes pour le gonfler dans l'intérieur de l'œuf, et comprimer avec eux le placenta sur la surface saignante. L'avantage de ces ballons est de dilater le col aussi vite que possible pour permettre l'évacuation rapide de l'utérus, but toujours à poursuivre en cas d'insertion vicieuse.

A titre de conclusion, Tarnier disait que, réserve faite pour l'emploi des ballons compresseurs dont le procès n'est pas fini, la méthode la plus recommandable est encore celle de Leroux, soit le tamponnement vaginal pendant la grossesse comme pendant l'accouchement.

Essayons maintenant de donner une formule de traitement pour la variété complète de l'insertion vicieuse.

Nous ne citerons pas tous les procédés préconisés depuis l'accouchement provoqué, jusqu'à l'hystérectomie totale; nous nous contenterons d'énoncer ce qui nous paraît le plus simple et le plus sûr.

Premier cas. — On reconnaît une insertion du placenta sur l'orifice interne du col pendant la grossesse, avant toute hémorragie.

Le cas est exceptionnel, mais s'il se présente, que doit-on faire ?

La discussion peut porter sur un seul point : Faut-il provoquer l'accouchement ? (Greenhalgh, Barnes, Murphy, etc.).

Nous ne le pensons pas. Provoquer l'accouchement serait se rendre responsable de la première hémorragie ; et il vaut mieux suivre le conseil classique : à savoir, mettre la femme en surveillance, avec la possibilité de faire un tamponnement immédiat au moment où la perte se produira.

Deuxième cas. — La femme perd du sang en quantité assez notable pour qu'on doive intervenir, mais elle n'est pas en travail¹.

Le mieux, pour parer au plus pressé, est de faire immédiatement un tamponnement vaginal, en mettant autant que possible les premiers bourdonnements, ou le chef le plus profond de la gaze aseptique, dans la cavité du col même. L'hémostase provisoire assurée, on a devant soi plusieurs heures pour aviser.

Va-t-on, comme on faisait autrefois, après avoir laissé en place pendant six ou douze heures le tampon vaginal, le retirer et mettre auprès de la malade une garde capable de le renouveler au besoin ? C'est le conseil que donnent encore beaucoup d'accoucheurs.

A mon sens l'expectation armée, ainsi comprise, n'aura pas grand avantage. Les pertes vont presque sûrement se succéder et en assez grande abondance pour compromettre à très bref délai la vie de la femme, plus vite encore celle du fœtus. Celui-ci peut être regardé, dans beaucoup de ces cas, comme voué à une mort presque certaine. L'expectation ne donnera pas grand bénéfice à l'enfant, et elle risquera d'anémier considérablement la mère et de la mettre dans un état de résistance très inférieure pour l'échéance inévitable de l'accouchement, avec la nouvelle perte qui va fatalement déterminer.

Je crois donc qu'il vaut mieux ne pas attendre une seconde hémorragie.

Les adversaires de l'intervention immédiate objectent que l'ac-

¹ *Obstétrique d'urgence*, 1900.

coucheur, en décollant ou déchirant lui-même le placenta pour ouvrir l'œuf et provoquer l'accouchement, cause volontairement l'écoulement de sang redouté, et s'en rend responsable. Mais ne sera-t-il pas également responsable de l'inaction qui va laisser au hasard l'avenir de la femme, avec toutes les mauvaises chances accumulées, le jour où, bon gré mal gré, il sera obligé d'intervenir, mais cette fois chez une femme profondément affaiblie et qui mourra peut-être entre ses mains, si même il a le temps d'arriver pour arrêter la perte aussi soudaine que formidable ?

L'hémorragie est inévitable : mieux vaud qu'elle ait lieu à une heure où la femme est encore forte et résistante, que lorsqu'elle risquera de succomber à une perte insignifiante comme quantité, mais qui surviendra après une série d'autres.

Le principe de l'intervention immédiate est adopté. Qu'allons-nous faire ?

Le tampon vaginal est toujours en place, profitons du répit qu'il nous laisse, pour faire nos préparatifs. En première ligne, occupons-nous de la femme. Si son facies n'est pas anémié, si son pouls et son état général restent bons, elle n'aura besoin que de repos et de soins antiseptiques : on lui fera pourtant avaler quelques boissons alcooliques. Quant au contraire, la face est pâle, le pouls petit et rapide, l'état général inquiétant, en outre de l'alcool intus, il faudra faire une ou plusieurs injections sous-cutanées de sérum artificiel stérilisé. Placez en outre la malade dans la position inclinée de Trendelenburg, si l'anémie est grave : à un degré moindre, réservez cette posture pour le moment même de votre intervention.

Ayez ce qu'il faut pour l'anesthésie générale : du chloroforme si la malade a perdu peu de sang ; de l'éther dans le cas contraire. En ce qui me concerne, j'emploie de préférence l'éther qui expose beaucoup moins à la syncope, qui congestionne les centres nerveux, au lieu de les anémier comme le chloroforme (voy. p. 544).

Selon le pouls et l'état général, 4, 6, 10 ou 11 heures après l'application du tampon, ôtez-le, et faites une injection vaginale sous une faible pression et un peu chaude. La vessie et le rectum sont vidés ; puis, on fait une nouvelle toilette vulvaire et vaginale.

Notre plan est d'ouvrir l'œuf et de provoquer l'accouchement de

manière à évacuer l'utérus avec assez de rapidité pour que l'hémostasie définitive soit obtenue le plus vite possible, avec assez de douceur pour ne pas faire de déchirures qui donneraient du sang de leur côté, avec assez de sûreté pour que la femme ne perde pas pendant le travail.

Le mieux est d'employer la méthode de Braxton-Hicks. Pour faciliter l'abaissement du membre inférieur, qui, en traversant le col, va permettre la compression de la surface saignante par le siège même du fœtus, commencez par vous assurer de la présentation à l'aide du palper abdominal. Si le siège est en bas, tout est pour le mieux. Si le siège n'est pas au voisinage du col, faites la version podalique par manœuvres externes, puis commandez à un aide de maintenir avec ses deux mains, appliquées en long et à plat de chaque côté de la paroi abdominale antérieure, la présentation du siège que vous aurez déterminée.

Cela fait, attendez une contraction utérine ou faites-la venir au moyen de frictions ou de pincements modérés sur la paroi abdominale antérieure. Alors, si le bord placentaire est tout près de l'orifice interne, si, en d'autres termes, vous n'avez pas de décollement large à opérer pour arriver jusqu'aux membranes, exécutez ce décollement et déchirez les membranes au bord du placenta. Si, au contraire, le bord placentaire est loin du col, ne vous engagez pas dans une désinsertion qui est capable d'ouvrir de nombreux vaisseaux et décidez-vous à passer au travers du tissu placentaire. Pour cela, ayez un perce-membranes ou une aiguille à tricoter aseptique, glissez votre index dans le col jusqu'au contact des cotylédons. Vous pourrez passer un doigt dans le trajet cervical, parce qu'il s'agit d'habitude de multipares et que le tampon qui vient d'être ôté a sans doute produit des contractions utérines et un agrandissement de la cavité du col. Si deux doigts sont admis, mettez-les. Le long de l'index ou entre les deux doigts, poussez le perce-membranes et pendant la contraction utérine de préférence, traversez les cotylédons ; vous n'éprouverez d'abord aucune résistance, mais bientôt vous serez arrêté par le chorion placentaire qui joue le rôle d'une aponévrose assez épaisse : trouez-le d'un coup de main un peu brusque et vous verrez alors sortir le liquide amniotique. Retirez le perce-membranes et agrandissez

avec le doigt l'orifice qu'il a créé. Une fois dans l'œuf, orientez-vous vers le siège du fœtus qu'on a toujours maintenu en place, et atteignez un pied. Accrochez-le avec l'index : si vous pouvez introduire le médius en même temps, vous saisirez le pied beaucoup plus commodément entre les deux doigts.

Que vous ayez simplement décollé et que vous ayez perforé les cotylédons, attendez-vous à voir couler du sang ; gardez votre sang-froid ; ne perdez pas de temps, mais évitez toute brusquerie et toute violence. Quand vous aurez saisi un pied, vous serez tranquille : il suffira de l'attirer dans le col, puis dans le vagin jusqu'à la vulve, de manière à étendre complètement le membre inférieur. Votre intervention est terminée. Le siège amené au contact du segment inférieur va exciter des contractions utérines qui l'appliqueront de plus en plus sur le placenta et qui dilateront l'orifice sans écoulement de sang. Le reste de l'accouchement pourra être livré aux seuls efforts de la nature.

La règle très générale est que l'hémorragie cesse dès que le membre inférieur est abaissé ; si elle persistait, il suffirait d'exercer sur le pied des tractions un peu soutenues mais sans violence, pour comprimer plus énergiquement la surface saignante.

Quand on n'a pas pu obtenir une présentation du siège, on peut employer le ballon de Champetier. On commence alors par ouvrir l'œuf comme nous venons de le voir ; puis on passe le ballon à travers le col et l'ouverture créée dans les cotylédons. A défaut de ballon de Champetier et en présence d'une perte sérieuse, on appliquerait un nouveau tampon après avoir perforé le placenta et ouvert la cavité de l'œuf.

Voilà les deux procédés de choix, avec une préférence en faveur de celui de Braxton-Hicks.

Si une hémorragie grave survient avant qu'on ait la certitude de mener l'intervention à bonne fin dans le plus bref délai, le mieux est de placer immédiatement un tampon tout préparé d'avance à cet effet, et de commencer par bourrer le col, pour combler ensuite les culs-de-sac et le reste de la cavité vaginale. — Le danger le plus pressant une fois paré, on fait sans délai une injection sous-cutanée de sérum artificiel et, d'une façon générale, on met en œuvre tous les moyens connus pour remédier

l'anémie suraiguë. On reprendra plus tard la manœuvre interrompue.

Troisième cas. — La femme est en travail, elle perd du sang, mais l'orifice du col n'est pas suffisamment large pour permettre l'extraction immédiate.

Quand le placenta recouvre entièrement l'orifice en voie de dilatation, de deux choses l'une : ou l'un de ses bords est très voisin de l'orifice cervical, et alors on le décolle pour déchirer les membranes et se comporter comme ci-dessus ; ou, au contraire, le placenta s'insère centre pour centre avec un pourtour encore éloigné de partout de l'orifice en voie de dilatation, et alors on peut, si on n'est pas pressé par un danger imminent pour la femme et si l'enfant est vivant, appliquer un tampon vaginal derrière lequel la dilatation grandira spontanément avec un écoulement sanguin modéré par le tampon. Si les battements du cœur fœtal sont modifiés, et si l'état général de la femme ne permet pas d'attendre bien longtemps, mieux vaut perforer le placenta pour aller chercher un pied, ou encore pour introduire un gros ballon de Champetier.

Quand l'enfant est mort au début du travail, en présence d'une perte commandant l'intervention, on se comportera à peu près de la même manière que lorsqu'il est vivant : c'est-à-dire qu'on pourra, ou bien appliquer un tampon, mais sans avoir au préalable ouvert la paroi ovulaire, ou bien on ouvrira cette paroi, mais pour faire immédiatement la dilatation artificielle rapide avec un ballon ou avec la main.

Quatrième cas. — La femme est en travail, elle perd du sang et l'orifice du col est dilatable.

Ici il convient de faire des subdivisions.

a) La condition la plus favorable, malheureusement la moins commune, est celle où la femme a perdu peu de sang jusqu'au moment où le col est suffisamment dilaté ou dilatable. Elle a donc conservé de la résistance, et la seule conduite à tenir, la meilleure, est de vider l'utérus, soit par la version, soit rarement par le forceps.

b) La dilatation de l'orifice est suffisante, mais on a dû,

auparavant, arrêter l'écoulement sanguin par le tamponnement ou par d'autres moyens : c'est-à-dire que la femme est plus ou moins affaiblie par des pertes.

Si l'état général est encore bon, si le pouls n'est pas trop faible, si l'utérus se contracte bien, on peut voir la femme expulser spontanément le tampon d'abord, puis le fœtus ; si cette terminaison naturelle et relativement heureuse ne se produit pas, on va se mettre en devoir de vider l'utérus, et, en procédant avec lenteur, on aura des chances d'éviter la syncope *a vacuo*. La version une fois faite et le siège appuyant sur le segment inférieur, l'hémostase sera assurée pendant l'extraction et on pourra ne pas aller vite. Si pourtant l'hémorragie continuait, il faudrait se presser, mais on aurait avantage à opérer sans chloroforme, ou mieux en se servant d'éther comme anesthésique, et la femme mise la tête presque directement en bas, dans la position inclinée de Trendelenburg.

c) La dilatation du col est suffisante, mais la femme a perdu une grande quantité de sang : elle est très pâle, froide, son pouls est imperceptible ; bref, elle présente tous les signes de l'anémie aiguë grave.

Ici, pas de chloroforme, bien entendu. L'évacuation brusque et rapide de l'utérus suffirait à déterminer une syncope mortelle. Mieux vaut, nous semble-t-il, mettre un tampon vaginal bien serré, qui sera maintenu plusieurs heures en place, pendant lesquelles la femme sera alcoolisée, alimentée, oxygénée.

Au bout de ce temps, le pouls aura sans doute repris de la force, et on sera dans de meilleures conditions pour opérer. On évitera le chloroforme et on extraira aussi lentement que possible.

Une fois l'enfant né, on fera la délivrance artificielle immédiate, puis on procédera comme après toute hémorragie sérieuse ; la femme sera placée dans le décubitus horizontal et même dans la position inclinée, complètement immobile, et elle recevra les soins que l'on donne aux malades de ce genre.

PIÈCES JUSTIFICATIVES

OBSERVATION I (inédite). — La nommée B..., femme S..., âgée de 33 ans, lingère, est entrée le 31 octobre 1887 à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Maygrier. C'est une multipare, enceinte pour la sixième fois, et arrivée au terme de huit mois environ. Elle a eu des hémorragies abondantes et répétées, dans ces derniers temps, et elle vient à l'hôpital pour une nouvelle perte.

A son entrée, elle est très pâle, exsangue. Le fœtus a la tête dans une fosse iliaque; on n'entend pas ses battements cardiaques.

Le col est effacé, incomplètement dilaté; *partout, au-dessus de lui, on trouve des cotylédons placentaires; nulle part on ne rencontre les membranes.* Injections chaudes et tamponnement (3 heures du matin). A la visite, M. Maygrier enlève le tampon; il trouve le col presque complètement dilaté; *le doigt arrive partout sur les cotylédons, nulle part il ne touche les membranes.* La partie fœtale est élevée. M. Maygrier décide de faire la version.

On chloroforme la femme; on la met en travers du lit; de grandes précautions sont prises pour l'anesthésie, en raison de l'anémie extrême de la patiente.

Le placenta adhère partout au pourtour de l'orifice utérin; avant de se résoudre à perforer le gâteau placentaire, M. Maygrier cherche si, en un point quelconque, les adhérences cèdent plus facilement, il réussit du côté droit; il décolle le placenta dans une étendue de 3 centimètres environ et arrive seulement alors au bord sur lequel s'attachent les membranes. Celles-ci sont perforées par le doigt. Une grande quantité de liquide amniotique s'écoule rapidement.

A ce moment même, la femme est prise de syncope. M. Maygrier sent sous sa main l'utérus devenir subitement flasque; il extrait, en un clin d'œil, l'enfant et le délivre pendant qu'on supprime le chloroforme et qu'on commence la respiration artificielle. Malgré tous les soins qui ont été pris, la femme n'a pas recouvré connaissance.

Autopsie. — Tous les organes sont pâles, exsangues, sans autre lésion. L'utérus est mou, mal rétracté. Il présente, au niveau du segment inférieur et sur sa face interne, une large surface molle, tomenteuse, plus rougeâtre, plus violacée que le reste de la muqueuse. C'est le lieu de l'insertion placentaire *qui recouvre complètement et débordé partout les bords de l'orifice utérin. Celui-ci était suffisamment dilaté pour permettre très aisément le passage du poing.*

Dans la région où le placenta débordait le moins le bord de l'orifice (du côté droit), il existait encore une distance de 3 centimètres entre le

ragie abondante ; on recueille 900 grammes de caillots. Tamponnement ; à 4 heures et demie, syncope avec mouvements convulsifs. La température est alors de 36° ; elle remonte à 38° deux heures après.

A minuit et demi, le tampon étant mouillé de sang, on le retire et on enlève du vagin 200 grammes de caillots. A 1 heure et demie, un peu de sang continue à couler ; on se décide à perforer les membranes. La main est introduite assez facilement dans le vagin et un doigt est poussé dans le col. *Ce doigt rencontre partout le placenta* qui est décollé en avant, en arrière et du côté droit, adhérent, au contraire du côté gauche ; *nulle part il ne peut atteindre les membranes*. Pour éviter un décollement plus étendu, le mieux semble de perforer le placenta dans l'aire du col. *Le doigt traverse aisément les villosités placentaires*, mais il faut le perce-membranes pour rompre l'amnios. On reconnaît une présentation du sommet. Le liquide amniotique s'écoule, sa quantité est faible, de 2 à 300 grammes environ.

Les battements du cœur fœtal, qui avaient été entendus peu de temps avant la perforation, ont cessé maintenant.

A 6 heures du matin, on retire du vagin 100 grammes de caillots.

A 10 heures et demie, nouvelle perte de 200 grammes. 2^e tampon. On le laisse en place jusqu'au lendemain, c'est-à-dire pendant vingt-trois heures. Il ne provoque aucune contraction utérine.

Le 11 novembre, on enlève le tampon. L'hémorragie ne se reproduit pas.

Le 12 novembre, il y a des contractions utérines et le col commence à s'effacer ; les liquides vaginaux ne sont pas fétides, bien que l'œuf soit ouvert depuis soixante-six heures. A 2 heures, la dilatation est de 3 centimètres, *une partie du placenta s'engage dans le col* et contribue à sa dilatation.

A 4 heures, la dilatation est complète et la tête descend dans l'excavation. Le cuir chevelu paraît à la vulve ; il est tendu, résistant, et une chi-quenaude, frappée sur lui, produit un son tympanique ; ce phénomène est dû à la putréfaction fœtale. Malgré les contractions, la tête ne sort pas ; on crève le cuir chevelu. Il s'échappe un jet de gaz fétide et une bouillie de substance cérébrale et de sang ; la tête, dégonflée, se laisse facilement dégager. Le tronc, distendu par les gaz, descend difficilement ; on abaisse un bras et on termine l'extraction.

Aussitôt après, la femme pâlit et tombe presque en syncope. L'utérus se rétracte bien ; une partie du placenta, grosse comme le poing, s'engage dans le col ; pas d'hémorragie ; délivrance artificielle huit heures après l'accouchement ; on ne donne pas de chloroforme, le placenta adhère à la paroi antérieure, à la paroi gauche et à la paroi postérieure du segment inférieur, dans une étendue égale à celle des deux mains ; le décollement est effectué avec lenteur, *le placenta est amené au dehors*

tout d'une pièce, mais les membranes sont incomplètes et déchirées. Aucune hémorragie. La température est de 37°,2.

L'enfant pèse 3.000 grammes.

Le placenta, large et volumineux, présente une longue déchirure dont il est facile d'affronter très exactement les bords. En maintenant cet affrontement avec des serre-fines, on restitue à l'organe sa forme naturelle. Il offre alors la forme d'une poche conique dont la concavité, tapissée par l'amnios, regarde en haut, tandis que la surface externe s'insérait sur le segment inférieur. Le sommet de ce cône répondait à l'orifice interne du col ; c'est en ce point que le doigt a perforé le placenta. Plus tard, cette perforation s'est agrandie à droite et à gauche et a constitué la large déchirure transversale à travers laquelle l'enfant a passé. Cette déchirure remonte un peu plus haut à droite et à gauche, mais n'atteint pas la place du cône. On reconnaît que c'est la lèvre postérieure de la déchirure qui s'est engagée dans le col, au début de la déchirure qui s'est engagée dans le col, au début de la délivrance, à ce qu'elle est tuméfiée et ecchymotique. On distingue aussi les parties du placenta qui adhéraient le plus d'après leur minceur, leur dureté et l'aspect déchiqueté de leur surface.

Le cordon s'insérait près du bord du placenta, c'est-à-dire près de la base du cône creux.

Cette pièce, qui est un type d'*insertion centrale de placenta*, a été présentée par M. Couder à la Société Obstétricale, dans la séance du 12 novembre 1890.

M. Budin fait remarquer :

1° L'apparition des hémorragies au quatrième mois ;

2° Les douleurs persistantes qui ont signalé la seconde moitié de la grossesse ;

3° Le peu d'efficacité, dans ce cas, de l'ouverture de l'œuf et la nécessité de recourir au tamponnement.

Les jours suivants, la femme semble se remonter, mais le pouls reste très fréquent (140 pulsations).

Le 14 novembre, la femme est agitée, presque dans le délire ; elle se plaint d'étouffements. Rien à l'auscultation.

Le 15 à une heure du matin, elle veut se lever, tombe en syncope et meurt.

Autopsie le 17 novembre.

Anémie extrême de tous les organes. Pas d'embolie. Le péritoine est absolument sain.

L'utérus est incisé en croix au niveau de son fond. A la partie inférieure de la cavité, on voit une ligne à peu près circulaire *limitant en haut la surface d'insertion au placenta ; celle-ci occupe toute la surface*

interne du segment inférieur ; elle est facilement reconnaissable à son aspect mamelonné.

Dans sa séance du 26 novembre 1890, la Société obstétricale et gynécologique de Paris a eu simultanément sous les yeux l'utérus et le placenta : tout le monde s'est accordé à reconnaître qu'il s'agissait bien d'un cas typique d'insertion centrale.

OBSERVATION III (inédite). — La nommée F..., femme M..., âgée de 36 ans, est entrée à la Clinique de la rue d'Assas le jeudi 19 février 1891.

Multipare, arrivée au 8^e mois de sa 4^e grossesse. Les trois précédentes se sont terminées toutes par des fausses couches à six semaines, six semaines et deux mois et demi. La première grossesse avait eu lieu il y a quatre ans.

Cette fois, la femme a eu ses dernières règles au commencement du mois de juin 1890.

Il y a un mois, elle a eu une perte de sang très abondante.

Le mardi, 17 février, à 3 heures du matin, deuxième hémorragie également très forte. Le mercredi, 18, nouvelle perte. Entrée à la Clinique le jeudi 19 février. Dans la nuit du jeudi au vendredi, la femme est prise de douleurs de ventre. Nouvelle hémorragie.

L'urine est albumineuse, il y a de l'œdème des jambes.

A plusieurs reprises on applique le tampon vaginal, chaque fois qu'on essaie de le retirer, le sang se remet à couler et on est obligé de replacer d'urgence les bourdonnets dans le vagin.

Le 3 mars, M. Tarnier, trouvant le col effacé et ouvert avec les dimensions d'une pièce de 2 francs, constate de nouveau *que le col est partout recouvert par les cotylédons placentaires. Nulle part on ne peut arriver sur les membranes.*

L'enfant se présente par le sommet en OIGT. M. Tarnier perfore le placenta et introduit dans la cavité utérine un ballon de Champetier que l'on gonfle avec de l'eau et qu'on applique exactement sur l'orifice en tirant modérément sur le tuyau qui sert à conduire le liquide dans la cavité même du ballon. A un moment donné, M. Demelin, qui est chargé de ce soin, sent que le ballon descend dans le vagin ; du sang se met à couler en abondance, M. Demelin reçoit le ballon qui est expulsé spontanément et va immédiatement à la recherche d'un pied, pour faire la version ; il traverse le placenta et amène aisément le pied gauche à la vulve. Pendant ce temps, M. Tarnier, prévenu, arrive et M. Tissier termine l'extraction.

L'enfant né en état de mort apparente fut ranimé, mais il ne vécut que 2 heures.

La délivrance se fit ensuite. *Le placenta était traversé exactement à son centre, il était circulaire et assez volumineux. La femme ne perdit*

découronné. L'enfant est mort. L'utérus se rétracte et il n'y a qu'un léger suintement de sang. Ligature des quatre membres, champagne, etc. ; à 8 heures du matin syncope et mort. L'enfant pèse 2.500 grammes, il est légèrement macéré.

Le placenta pèse 520 grammes, il est ovalaire, plus épais en son centre que vers ses extrémités ; il est complètement découronné. Sa face utérine est divisée en trois régions distinctes ; l'une, moyenne, est plus congestionnée et plus noirâtre que les autres au milieu desquelles elle se trouve, elle est allongée et ses deux extrémités répondant à celles du petit diamètre du placenta, qui mesure 10 centimètres (le grand diamètre du placenta est de 20 centimètres, l'épaisseur maxima est de 20 millimètres). Le cordon s'attache au voisinage du centre de la face foetale.

Les membranes sont complètement séparées du placenta ; *elles forment une sorte de bonnet dont l'ouverture répond à la circonférence du placenta ; partout ailleurs, elles sont intactes et nullement perforées.*

Autopsie. — Tous les organes sont anémiés. Pas de péritonite, rien dans la cavité utérine. La surface interne du corps est partout rosée, lisse ; celle du segment inférieur est violacée, noirâtre, mamelonnée, irrégulière. Lavée et fortement frictionnée sous un filet d'eau, cette surface ne change pas d'aspect ; il est bien évident que l'insertion placentaire siège sur le segment inférieur et non sur le corps.

Le trajet cervical est reconnaissable aux plis très nets de l'arbre de vie. La surface interne du col est plus blanche, plus pâle, moins violacée que celle du segment inférieur.

En reconstituant les rapports du placenta avec le segment inférieur, on voit que le grand diamètre du placenta était dirigé transversalement dans la cavité utérine, le petit diamètre était dirigé d'avant en arrière. La région congestionnée ecchymotique, observée sur la surface des cotylédons et au milieu de cette surface, répondait à la partie décollée et se trouvait au-dessus de l'aire du col dilaté. *Il y a donc bien là insertion totale du placenta.*

OBSERVATION V (résumée). — La nommée F..., 38 ans, fille de salle, entre le 18 juin 1886 à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Maygrier.

C'est une femme épileptique, dont la face est couverte de cicatrices de brûlures ; elle est arrivée à la fin de sa grossesse. Hémorragies fréquentes et abondantes ; début de travail, le 15 juin. Le 16, perte très abondante ; par le toucher, on constate que le col est à peine dilaté, et que *le placenta en obture complètement l'orifice interne.* Tampon. Le 17 juin, on essaie à la Salpêtrière, où habitait cette femme, de faire la version, mais sans succès.

Le 18, on l'envoie à la Pitié à 11 heures du matin. La femme a beau-

utérin, et en présence de l'écoulement considérable du sang, il avait, en toute hâte, fait un tamponnement vaginal aussi serré que possible. Quand je vis M^{me} B..., les contractions utérines se renouvelaient toutes les cinq minutes, le tampon n'était pas imbibé de sang, et la femme ne faisait aucun effort. Au palper, on constatait que l'enfant se présentait par le sommet. A l'auscultation, on n'entendait aucun bruit du cœur fœtal. Dans ces conditions il n'y avait qu'à attendre. Nous primes rendez-vous pour cinq heures plus tard, vers la fin de la journée. Il y avait alors persistance des douleurs et efforts d'expulsion.

Le tampon fut enlevé, la dilatation était complète. Je cherchai à pénétrer dans la cavité utérine. *Pour cela, je m'efforçai, en allant aussi loin que possible, en avant, en arrière et sur les côtés, à trouver les membranes. Je n'y parvins pas. Je perforai alors le placenta avec l'index.*

L'amnios étant déchiré, du liquide amniotique s'écoula ; mais, quand je voulus faire pénétrer le médius à côté du premier doigt, je fus arrêté par un gros vaisseau qui, s'étant placé dans le sillon des deux doigts, empêchant la main d'entrer plus profondément. Je dus retirer le médius et le glisser immédiatement le long de l'index. Je pénétrai de la sorte dans la cavité de l'œuf, saisis les pieds, fis la version et l'extraction. Le placenta suivit le fœtus. En l'examinant, *on vit qu'on avait traversé le centre de l'organe.*

Guérison de la mère.

OBSERVATION IX. — *Description d'une pièce sèche conservée au Musée de la Maternité.* — C'est l'utérus d'une femme morte avant d'accoucher. On a incisé la paroi antérieure de l'organe comme pour une opération césarienne. On a laissé le délivre en place, et on a fait dessécher la pièce en maintenant béante la cavité ainsi évacuée en partie.

Le travail était commencé, le col était évasé à son orifice interne, l'orifice interne dilaté, de la grandeur d'une pièce de un franc. La cavité cervicale est vide, elle a la forme d'un tronc de cône à petite ouverture du côté de l'orifice externe. La cavité cervicale est fermée en haut par une sorte de plafond formé par la face utérine du placenta qui est complètement libre d'adhérence sur une surface large à peu près comme une petite paume de main. Entre cette région placentaire et l'orifice externe, il y a à peu près une distance mesurée par la longueur des deux dernières phalanges de l'index. Ainsi, la face utérine du placenta constitue le fond de la cavité en forme de tronc de cône qui représente le col évasé en haut.

Le placenta est attaché partout, au-dessus de l'orifice interne évasé, sur le segment inférieur, aussi bien à droite qu'à gauche, en avant qu'en arrière. Seulement, la surface placentaire empiète un peu plus sur

La veille de son entrée, elle avait perdu du sang pour la première fois et en notable quantité. Malgré cela, cette femme n'est nullement affaiblie.

Dernières règles, en septembre 1885. Le col, au moment de l'examen, pratiqué le 10 juin, *était long, largement ouvert, le segment inférieur était épais partout*, l'enfant vivant.

Les attouchements du col, quoique légers, firent naître des contractions utérines qui décollèrent le placenta; une hémorragie s'en suivit; elle devint abondante au point de nécessiter le *tamponnement*.

La malade était indocile, se levait, etc., aussi, une heure après le tampon, était imbibé par le sang qui continuait à couler de l'utérus. M^{me} Henry fit retirer le tampon, et, trouvant le col dilatable, il lui fut possible de le traverser en l'agrandissant peu à peu, *et d'attaquer le placenta par son centre*.

Celui-ci traversé, la main trouva vite un pied qui fut engagé dans l'ouverture placentaire et attiré de façon qu'il fût visible à la vulve. A partir de ce moment, M^{me} Henry abandonna l'accouchement aux efforts de l'utérus, les contractions poussèrent peu à peu le siège, et l'enfant vint, pour ainsi dire, s'asseoir sur le placenta. Cette compression arrêta l'hémorragie, les contractions engagèrent peu à peu le siège, l'orifice céda progressivement et on assista à un accouchement par l'extrémité pelvienne, qui sembla dès lors spontané.

Complément de dilatation et période d'expulsion avaient duré vingt-cinq minutes.

L'enfant naquit en état de mort apparente, mais il fut ranimé.

Le placenta, complètement décollé, avait été expulsé aussitôt après l'enfant. Il y eut une petite hémorragie, qui fut vite arrêtée par quelques injections chaudes.

La mère et l'enfant quittèrent le service en bon état.

OBSERVATION XV (communiquée par M^{me} Henry). — La nommée B..., femme C..., âgée de 46 ans, multipare, enceinte pour la 5^e fois, entre à la Maternité le 10 juillet 1886; dernières règles du 10 au 13 octobre 1885.

A son entrée, le 20 juillet à 8 heures du soir, on apprit qu'elle perdait du sang depuis trois mois et qu'elle avait subi deux tamponnements en ville les huit jours précédents, mais que le sang coulait encore malgré l'application des tampons. Elle était presque exsangue, les muqueuses étaient pâles et décolorées. Au palper, on trouvait une présentation du siège en position droite, auscultation négative. Par le toucher, on sentait le col court, largement ouvert et très dilatable, *on n'atteignait rien autre chose que le placenta*, on fit la version, l'enfant était mort et macéré, il pesait 3.550 grammes.

L'enfant pesait 1.780 grammes et naquit mort. Délivrance et suites de couches naturelles.

OBSERVATION XVIII (communiquée par M^{me} Henry). — La nommée H..., 2 pare, âgée de 32 ans, est entrée le 3 mars 1887, à 6 heures et demie du soir, à la Maternité ; elle est enceinte de sept mois.

Elle avait perdu du sang deux jours avant en petite quantité, elle ne paraît nullement affaiblie.

OIG enfant vivant.

Col court, largement ouvert ; *on ne trouvait partout que du placenta*. Injections chaudes qui arrêtent les hémorragies ; celles-ci reparurent à 11 heures du soir. M^{me} Henry trouva alors le col effacé, l'orifice ayant les dimensions d'une pièce de deux francs, mais très souple, il lui fut possible d'introduire la main en l'agrandissant peu à peu.

Elle traversa le placenta par son centre et amena un pied qui fut engagé dans l'ouverture placentaire et attiré de façon qu'il fut visible à la vulve. M^{me} Henry fit quelques tractions ; l'orifice, très souple, céda progressivement et le siège s'engagea peu à peu, les épaules et la tête furent dégagées ; l'extraction avait duré vingt-cinq minutes, la femme n'avait plus perdu de sang.

L'enfant naquit en état de mort apparente, mais fut ranimé. Délivrance artificielle de suite après la naissance de l'enfant.

L'enfant mourut dans la nuit.

La femme, après avoir eu un peu de fièvre, sortit en bon état.

OBSERVATION XIX (communiquée par M^e Henry). — La nommée P..., 2 pare, âgée de 34 ans, est reçue à la Maternité, le 1^{er} avril 1888. Elle perd un peu de sang ; elle est arrivée au septième mois et demi de sa grossesse ; depuis un mois elle a perdu du sang à plusieurs reprises ; le col est court, ouvert, *aucune partie fœtale n'est accessible, car le placenta est inséré sur le segment inférieur de l'utérus*. Enfant vivant.

Pendant douze jours, la femme perdit de temps en temps un peu de sang.

Le 13 avril, à minuit, elle eut encore une petite hémorragie, arrêtée par une injection vaginale, mais M^{me} Henry fit immédiatement la version *en traversant le placenta* ; au moment où le liquide s'écoulait, il y eut aussi expulsion d'une grande quantité de sang coagulé.

L'enfant, en état de mort apparente, fut vite ranimé ; il pesait 2.440 grammes. La délivrance se fit immédiatement après, mais l'hémorragie ne s'arrêta pas. Il n'y avait pas de lésion du col, mais la surface interne était irrégulière, tomenteuse ; l'utérus restait inerte, et un petit écoulement sanguin se faisait continuellement ; on fit des injections à 48°, on appliqua des tampons d'agaric sans que l'écoulement se modi-

Pendant l'extraction on arracha une partie du placenta. L'opération terminée, M. Chavane introduit de nouveau la main dans l'utérus et fait la délivrance artificielle. En reconstituant les débris du placenta on vit qu'il était complet, *qu'il avait été perforé exactement au centre*, près de l'insertion du cordon et qu'il ne reste ni membranes, ni cotylédons dans l'utérus.

Suites de couches naturelles. Guérison.

OBSERVATION XXI (Léopold). — *Sur le passage de l'enfant à travers (durchtrit) le placenta prævia chez une femme multipare considérablement anémiée par une hémorragie et qui avait été apportée à la Clinique pour un placenta prævia après perforation du placenta.* — L'enfant fut retourné par le pied droit et ce pied fut attiré jusqu'au-devant des parties génitales externes, pendant que le siège reposait sur le segment inférieur de l'utérus et tamponnait la surface saignante. Malgré l'emploi de tous les moyens, la femme mourut d'épuisement, non accouchée; utérus entier et bassin furent congelés et coupés. La coupe montra le corps de l'utérus avec une très forte contraction au niveau de son fond; le *placenta traversé en son centre* est séparé de la paroi utérine dans sa partie inférieure et médiane; par ses bords, il allait seulement jusqu'à l'anneau de contraction, tandis qu'avant le commencement de l'accouchement, il s'insérait sûrement centre pour centre sur le segment inférieur; enfin, comme une gaine fortement tirée en longueur, il se collait étroitement contre la hanche et le siège de l'enfant; l'enfant a la cuisse gauche redressée et la tête avec le visage tourné à gauche.

L'orateur montre quatre planches se rapportant à la coupe.

OBSERVATION XXII (Morill, *Am. Soc. obst.*, 1887, p. 619). — Femme à terme, hémorragie, tamponnement, insertion totale du placenta, adhérences fortes; décollement impossible obligeant à perforer les cotylédons. Forceps: délivrance artificielle très difficile à cause des adhérences. Eversion partielle de l'utérus pratiquée artificiellement pour enlever le placenta que l'on est obligé de détacher avec les ongles et le manche d'un scalpel. On ne savait pas si on déchirait le placenta ou l'utérus. Hémorragie énorme.

L'éversion fut réduite, la femme guérit pourtant.

OBSERVATION XXIII (Linton, *Americ pract.*, 1878, in *Central. für Gyn.*, 1878, p. 512). — Placenta prævia central, hémorragie au 4^e mois de la grossesse, tamponnement, expulsion d'un placenta et d'un fœtus. Continuation de la grossesse et expulsion d'un 2^e œuf cinq mois après.

OBSERVATION XXIV (Hindung, *Centralb. f. Gyn.*, 1882, p. 823). — Pla-

Placenta prævia total observé deux fois chez la même femme. Les enfants succombèrent. La femme guérit. Le deuxième accouchement avait été terminé par la version.

OBSERVATION XXV (Hofmeier, *Central. für Gyn.*, 1887, p. 1817). — Placenta prævia central avec autopsie. Le placenta était inséré nettement au-dessous de l'anneau de contraction et le segment inférieur était fortement développé.

OBSERVATION XXVI (Kelly, *Am. J. of Obst.*, 1887, p. 438). — Placenta prævia central à sept mois, perforation du placenta. Version. Guérison de la mère.

OBSERVATION XXVII (Knox, *Am. J. of Obst.*, 1890, p. 778). — Placenta prævia central, perforation du placenta, version après emploi du colpeurynter. Guérison de la mère.

OBSERVATION XXVIII (Knox). — Placenta prævia central, extraction du placenta d'abord, puis du fœtus. Guérison de la mère.

OBSERVATIONS XXIX et XXX (*Am. J. of Obst.*, 1890, p. 782). — Deux cas de placenta prævia central, colpeurynter. Version bipolaire. Guérison de la mère.

OBSERVATION XXXI (Hamill, *Am. J. of Obst.*, 1887, p. 1194). — Placenta prævia central, multipare au 7^e mois. Hamill provoque le travail en dilatant le col avant tout début des contractions à l'aide des doigts ; il perce le placenta et va chercher un pied. Extraction immédiate du fœtus, grandes difficultés pour amener la tête. Enfant mort. Délivrance facile. Mère guérie.

OBSERVATION XXXII (Ten Bosch, Amsterdam, 1890). — Placenta prævia central, tamponnement. A la dilatation, grande de $\frac{1}{4}$ centimètres, on tente la version. Quoique le placenta soit central, on réussit à le décoller à gauche sans le déchirer. Version. Extraction immédiate. Enfant né en état d'asphyxie, ranimé. Mère guérie.

OBSERVATION XXXIII (Lennender, Upsal, 1889). — IV pare. Placenta prævia central. L'orifice utérin ne permettant pas le passage d'un doigt, on le dilate, on fait la version. Enfant vivant, mère guérie.

OBSERVATION XXXIV (Lennender, *Ibid.*). — Placenta prævia central ; l'orifice utérin ouvert pour laisser passer deux doigts, tamponnement, version. Enfant mort, mère guérie.

OBSERVATION XXXV (Christian Symson, *Brit. Med.*, 11 octobre 1890). — Placenta prævia central. Chloroformisation, version. Fœtus mort, mère morte douze heures après la délivrance.

OBSERVATION XXXVI (Breisky). — Placenta prævia central. Version.

OBSERVATION XXXVII (Mattei, *Clinique obstétricale*, observation CCXLIV). — Placenta inséré vicieusement centre pour centre. Mère morte, enfant mort. Mattei a dû décoller le côté droit du placenta pour arriver sur l'insertion des membranes, les déchirer et faire la version. L'hémorragie avait débuté au 8^e mois, accouchement au 9^e mois.

OBSERVATION XXXVIII (Chassagny, *appareil élytro-ptérygoïde*. Paris, 1882, p. 16). — Insertion centrale du placenta. Femme de constitution faible. Hémorragie depuis deux mois. Provocation du travail avec le double ballon de l'auteur; hémostase parfaite, dilatation du col rapide, en dilatant le col, le ballon supérieur déchire le placenta dont le pourtour adhère trop au segment inférieur pour s'en détacher par décollement; à la dilatation complète, la face choriale du placenta était encore intacte; introduction de la main dans l'utérus en décollant le bord gauche du placenta. Version. Enfant vivant, mais hémorragie considérable pendant l'opération, alors que les ballons avaient amené la dilatation complète sans laisser couler une goutte de sang.

Délivrance artificielle. Tamponnement avec les doubles ballons, hémostase parfaite. Mort subite de la femme, trois heures après l'accouchement.

OBSERVATION XXXIX (communiquée par M. Budin). — Le 7 février 1886, une femme de 34 ans, multipare, entre à la Charité; elle est exsangue, il y a insertion vicieuse du placenta centre pour centre. Le cas est désespéré, on n'a même pas le temps de faire le tamponnement, on extrait l'enfant avec le forceps. La femme mourut un quart d'heure après l'opération.

Délivrance sur la femme morte.

OBSERVATION XL (communiquée par M. Budin). — *Multipare*. — *Grossesse de sept mois environ*. — *Hémorragie pendant la grossesse, avant et pendant l'accouchement*. — *Présentation de l'épaule*. — *Tamponnement*. — *Version*. — *Suites de couches bonnes*. — *Enfant mort pendant le travail*. — *Placenta prævia central*. — Le 2 avril 1892, à minuit trente minutes, entre dans la salle de travail, une femme de 32 ans, fleuriste de profession.

Son père âgé de 72 ans et sa mère de 69 ans sont vivants et bien

heure. Le jeudi, 31 mars au matin, nouvelle perte, qui a duré plus longtemps que les deux premières, près d'une heure. La femme n'a pas gardé le lit plus que les deux autres fois et le soir même du 31 mars 1892, vers 5 heures, elle a eu une nouvelle perte de sang qui a rempli près de la moitié d'un vase de nuit.

Vendredi matin, nouvelle perte, la femme est affaiblie par toutes ces pertes et garde le lit jusqu'à 4 heures de l'après-midi, et comme elle ne perd plus, elle se lève. Une heure après, nouvelle perte aussi abondante que celle du jeudi. Malgré toutes ces pertes, la femme veut se lever samedi matin et aussitôt qu'elle met le pied par terre, elle perd du sang en plus grande quantité que la veille au soir. Elle se recouche et toute la journée, la perte continue, mais en petite quantité jusqu'à 7 heures du soir, moment où la perte devient encore plus abondante que toutes les autres fois. La sage-femme appelée, conseille à la malade d'entrer à l'hôpital, mais elle refuse. La perte continue en petite quantité et la femme se décide enfin à entrer à l'hôpital pour un tamponnement; elle vient à pied à la Charité. Elle arrive dans le service, à minuit vingt minutes, le 30 avril 1892.

En résumé, depuis un mois, pertes sanguines quotidiennes et insignifiantes, pertes qui avaient lieu surtout quand la femme se remuait. Elle a eu un jour une perte abondante; les jours suivants, pertes répétées, intermittentes, augmentant de quantité sans aucune cause occasionnelle.

A son entrée, M^{lle} Litchtermann l'examine et trouve une femme bien constituée, sans traces de spécificité ni de rachitisme. Son teint est pâle, les lèvres sont décolorées de même que les conjonctives, le pouls est petit.

Abdomen développé transversalement avec vergetures anciennes, ligne brune peu marquée, seins assez développés, laissant sourdre du colostrum à la pression. Au palper, utérus remontant à trois travers de doigt de l'ombilic. Fœtus placé transversalement : une surface arrondie, dure, sphérique et ballotante qui est la tête est placée dans la fosse iliaque droite. Une autre surface arrondie, moins régulière, moins dure, sans ballotement, le siège, est dans la fosse iliaque gauche. Petits membres en avant. Les bruits du cœur sont un peu à droite près de l'ombilic : présentation de l'épaule, dos en arrière.

M^{lle} Hénault trouve les bruits du cœur irréguliers et perçoit des mouvements convulsifs du fœtus. Au toucher, vagin rempli de caillots qu'elle retire et après avoir fait une injection vaginale antiseptique chaude, elle arrive sur le col, non effacé, mesurant près de 2 centimètres, col en arrière et entr'ouvert. Le doigt arrive sur une surface qu'elle prend d'abord pour un caillot, mais en examinant avec attention, elle conclut que c'est un cotylédon placentaire et fait le diagnostic d'insertion vicieuse

du placenta. Elle constate que l'excavation est vide et ne peut faire le diagnostic de la présentation par le toucher.

Aussitôt les caillots sortis, la perte sanguine, qui était relativement peu considérable, augmente et la femme perd par cette hémorragie en flot, une quantité de sang qui peut être évaluée approximativement à 500 grammes. Une nouvelle injection vaginale chaude et antiseptique est faite.

M^{lle} Hénauld prévient M. Budin, qui conseille d'avoir recours au tamponnement vaginal.

Il est plus d'une heure du matin lorsqu'on procède au tamponnement selon les règles ordinaires.

La malade, qui pendant ce temps continue à perdre, est mise en travers du lit; elle est très pâle. La sage-femme fait le tamponnement avec sa main gauche introduite dans le vagin, elle maintient en place les tampons qu'elle introduit de la main droite. Elle forme d'abord avec les tampons une couronne autour du col utérin, remplissant les culs-de-sac vaginaux, et se rapproche ensuite du centre en pressant les tampons les uns contre les autres pour que la compression soit complète. Elle remplit ensuite complètement la cavité vaginale de tampons. Pendant ce temps la femme devient plus pâle, le pouls est très petit, et trois fois, elle présente des menaces de syncope. Alors, on fait dans la cuisse gauche une injection d'éther. Une fois le vagin rempli de tampons, on applique sur les organes génitaux externes plusieurs languettes d'ouate antiseptique sèche et le tout est fixé par un bandage en T. Avant de serrer le bandage, M^{lle} Hénauld amène par manœuvres externes le siège en bas et maintient la nouvelle présentation au moyen d'un coussin d'ouate.

Le tamponnement achevé, la femme est replacée dans son lit, avec la tête très basse, entourée de linges chauds, de bouillottes remplies d'eau chaude et on lui donne de l'alcool. Une nouvelle injection d'éther est faite. La respiration est un peu difficile et M^{lle} Hénauld envoie chercher un ballon d'oxygène que l'on fait respirer à la femme. Son pouls se ranime, devient plein, la respiration est plus facile, les joues prennent une couleur rosée de même que les lèvres et son état général, en somme, devient plus satisfaisant. On prépare un second tampon pour le cas où il en serait besoin.

M. Chavane est demandé, et quand il arrive, il fait respirer à la femme un second ballon d'oxygène et comme elle se plaint de douleurs dans l'abdomen, il lui fait une piqûre de morphine. Il est 2 heures et demie du matin.

La femme éprouve encore des douleurs utérines et le tampon se maintient sec.

Vers 4 heures et demie, 5 heures, son pouls est bon, sa coloration rose, elle est un peu animée.

A 6 heures et quelques minutes, on trouve le tampon un peu imbibé de sang; à l'auscultation, on n'entend pas les bruits du cœur fœtal, les douleurs utérines continuent.

On place la femme dans la position obstétricale, au bord du lit, et M. Chavane procède à l'enlèvement du tampon. Au moment où le dernier bourdonnet est enlevé, M. Budin entre dans la salle.

M. Budin introduit sa main droite dans le vagin et cherche à perforer les membranes, la dilatation étant presque complète, mais il ne peut pas y réussir. Il introduit alors sa main droite pour guider le perce-membranes qu'il soutient de la main gauche et il *perce le placenta*. *Il ne peut que perforer les cotylédons, car ils recouvrent tout l'orifice dilaté*. Une fois l'œuf ouvert, M. Budin introduit dans l'ouverture son index gauche et *sent le cordon à sa droite, immédiatement à côté de la perforation*. Alors il introduit peu à peu ses doigts de la main gauche et agrandit la déchirure des membranes en la dirigeant du côté droit de la femme pour éviter le cordon.

Pendant cette manœuvre, sortent quelques flots de liquide amniotique; la présentation est élevée. M. Budin saisit un pied et l'amène au dehors: derrière la symphyse pubienne apparaît un morceau du placenta qui ressemble à la lèvre antérieure du col. En tirant sur le membre inférieur droit, le siège descend, puis le second membre inférieur est amené au dehors.

Une fois les hanches du fœtus sorties et quand l'ombilic fut près de la vulve, une anse est faite au cordon ombilical. M. Budin appuie ses doigts sur les fesses du fœtus pour tirer en bas, et quand apparaît à la vulve le diamètre bis-acromial, apparaît aussi le placenta qui couvre la tête du fœtus et les deux bras relevés sur les côtés de la tête; le fœtus naît coiffé.

Le placenta est sorti entier; les membranes sont complètes.

Une injection vaginale antiseptique est faite à la femme.

Le placenta est examiné; l'insertion du cordon est centrale et la perforation correspond au centre même de la circonférence que représente le placenta, les diamètres sont tous égaux. L'ouverture est à côté du cordon et se prolonge sur les côtés du placenta qui est plus pâle vers le centre; la cavité amniotique est ouverte au niveau du placenta et les membranes sont intactes, formant une poche complète et indivisible.

L'enfant, retiré mort, est du sexe féminin et pèse 1.430 grammes et il est long de 40 centimètres. La mère ne perd plus. Sa température est normale; les suites de couches furent bonnes. Elle quitte l'hôpital une semaine après, le 9 avril 1892.

Conclusions. — La variété complète de l'insertion vicieuse du placenta, encore appelée insertion totale, ou centrale, ou centre

pour centre, est celle dans laquelle les cotylédons recouvrent *complètement* l'aire de l'orifice utérin dilaté ou dilatable.

Elle ne peut être affirmée que pendant le travail, au moment où la voie est assez largement ouverte pour laisser passer le fœtus.

Pendant la grossesse et la première période du travail, on ne peut pas prévoir, à coup sûr, quelle sera la variété d'insertion vicieuse à la dilatation complète.

Le pronostic est très grave, surtout pour le fœtus.

Le traitement le plus sûr est celui qui permet de vider l'utérus le plus tôt possible, à la condition que les forces de la femme n'aient pas été épuisées par les hémorragies. A la première alerte, dès que le sang coule, il faut arrêter la perte et, en même temps, provoquer l'accouchement.
