

LES HÉMORRAGIES DE LA PÉRIODE DE LA DÉLIVRANCE

Par **M. le docteur BOURRET**,

Ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de Lyon.

La période qui suit l'expulsion de l'enfant et qui est caractérisée au point de vue anatomique par le décollement du placenta est incontestablement la période des grandes hémorragies : c'est à ce moment là en effet qu'apparaissent non seulement celles qui ont pour origine la plaie placentaire et qui constituent les hémorragies proprement dites de la délivrance, mais encore celles qui résultent d'une lésion des voies génitales ou d'une complication tout à fait exceptionnelle telle que l'inversion utérine.

Nous aurions donc à étudier au point de vue pratique les quatre variétés d'hémorragies suivantes :

1. Les hémorragies dues au décollement placentaire : au cours de la délivrance.

2. Les hémorragies dues à la plaie placentaire : après la délivrance.

3. Les hémorragies ayant leur origine en dehors de la plaie placentaire et qui se manifestent cliniquement soit pendant soit après la délivrance.

4. Les hémorragies dues à une inversion utérine.

Ces dernières méritant une étude à part, nous nous bornerons pour aujourd'hui à l'étude des trois premières variétés.

1. *Hémorragies dues au décollement placentaire.*—Ce sont certainement les plus fréquentes et celles dont l'étude est la plus classique : elles tiennent à un décollement partiel du placenta, accompagné d'une zone d'inertie locale. Elles se manifestent en général de la façon suivante : après expulsion de l'enfant, immédiatement ou après quelques minutes pendant lesquelles tout paraît normal, vous constatez l'hémorragie sous la forme soit d'un écoulement vulvaire continu, soit d'un flot de sang mêlé de caillots : en même temps l'exploration abdominale vous indique tantôt un utérus uniformément mou, tantôt un utérus contracté mais sur la surface duquel vous reconnaissez facilement une zone molle plus ou moins étendue. Sous l'influence de frictions l'inertie cesse en général facilement, mais ces manœuvres ne font souvent qu'augmenter l'hémorragie ; cela n'a rien d'étonnant, car la contraction ne peut avoir pour résultat que d'augmenter la surface du décollement partiel et par conséquent de la zone qui saigne. Évitez donc les manœuvres de malaxation utérine que l'on voit pratiquer de façon presque systématique et qui ne constituent pas du tout le traitement rationnel de l'hémorragie placentaire à cette période ; elles vont même à l'encontre du résultat que vous recherchez, et elles doivent être réservées pour la période qui suit l'expulsion spontanée ou artificielle du placenta tout ou moins son décollement complet.

Tant que le délivre est encore dans la cavité utérine utilisez plutôt les moyens suivants. D'abord la *compression manuelle de l'aorte*. Dès que vous constatez une hémorragie tant soit peu importante, et après vous être