

tant en els fibromes com en les neoplàsies uterines caldrà preparar degudament les malaltes abans de la intervenció quirúrgica que no haurà de fer-se mai sense que la pacient tingui almenys 3 milions de glòbuls roigs. A més aquestes malaltes beneficien molt d'una transfusió feta immediatament després de la intervenció, abans d'acabar-se els efectes de l'anestèsia.

Durant o després d'un part o d'un avortament, és relativament freqüent veure grans hemorràgies que posen en perill la vida de la dona. En aquests casos, la indicació de la transfusió és urgent i indiscutible. Si es tracta d'un avortament i ja s'ha fet un raspat uterí i l'úter no sagna, es fa una gran transfusió de substitució i es vigila que la malalta no torni a sagnar. En semblants casos els resultats són molt falaguers. En els parts, les coses ja són diferents. La causa està en què en els parts les hemorràgies són generalment molt més intenses i moltes vegades degudes a atonia uterina difícil de vèncer i, naturalment, si l'úter segueix sagnant abundantment per una superfície molt extensa és difícil contrarrestar aquesta pèrdua amb transfusió, per ràpida i abundant que es faci. Aquí creiem oportú explicar el següent cas ocorregut darrerament: Es tractava d'una dona que havia parit una hora abans. El part havia anat acompanyat de gran hemorràgia que encara continuava, mantinguda per atonia uterina i per retenció placentària. Èrem dos metges i mentre un s'ocupava de la part obstètrica, nosaltres fèiem a la malalta col·lapsada una transfusió de 600 c. c. i, immediatament després, una de 500 c. c. La malalta solament sortí del col·lapse durant breus moments i morí poc després. Nosaltres ja prevèiem la inutilitat dels nostres esforços en aquest cas, puix que la magnitud de l'hemorràgia feia impossible poder injectar prou ràpidament la sang que havia de substituir, almenys parcialment, la perduda. Afortunadament per a les pacients, les coses no acostumen a anar així, i tenim fetes moltes transfusions amb resultats ben falaguers a parteres que no haurien sobreviscut moltes hores sense la injecció de sang. Els bons resultats s'obtenen principalment quan hi ha hagut gran pèrdua de sang, però l'úter està completament buit i contracturat. Llavors com que l'hemorràgia no persisteix es pot fer i cal fer una transfusió abundant, 500 a 1.000 c. c. que moltes vegades no substituiran la quantitat de sang perduda però que gairebé sempre seran suficients per permetre que els òrgans hematopoietics puguin, amb la seva activitat, reparar l'anèmia residual. Cal recordar que normalment es reparen les anèmies d'una manera espontània, però, com diu Richet, «abans de viure vuit dies, cal viure mitja hora». Amb la transfusió aguantem el malalt el temps que dura la regeneració hemàtica fisiològica. Sense la transfusió el malalt sucumbeix per esgotament abans de fer-se l'hematopoesi.