

Deu tenir-se molt present que les fortes hemorràgies per estrip sols es produeixen en casos d'intervenció, divent-se, per tant, excloure la seva existència a tot part normal.

No és, per tant, d'estranyar que les intervencions per hemorràgia d'origen traumàtic sien molt rares, un 0,04 per cent. L'intervenció apropiada és la sutura, que pot algun cop no ésser eficaç per ésser produïda per una artèria helicina, que es retregui, fugint de la compressió de la sutura, divent-se practicar el tapament o el pinsament dels parametris segons el procediment d'Henkel.

La sutura d'un estrip de coll, no obstant la seva aparent senzillesa, exigeix tal cura, que preferentment deu ésser realitzada en una clínica. Els perills de la sepsis són en ella molt grans i cal recordar abans d'empendre-la que el millor tocòleg és el menys intervencionista i que aquesta operació, igual que altres intervencions com les aplicacions altes de fórceps, les incisions del coll de la matriu, l'episiotomia, rarament és indicada.

L'hemorràgia per atonia uterina pot tenir lloc en dues circumstàncies ben distintes: amb placenta retinguda o amb placenta ja expulsada. Quan la placenta és dintre la matriu i es presenta hemorràgia, la nostra conducta consistirà en l'ús dels medis indicats, posats en pràctica d'una manera sub-intrant: injecció de ergotina i pituitrina, massatge, expressió de Credé en les seves tres formes: suau, forçada i amb l'auxili d'anestèsies. Si res no val, es practicarà l'extracció manual. El procediment de Monjon-Gabastou no és indicat, per la urgència del cas.

Si l'hemorràgia es presenta després de la sortida del llit, devem foragitar, quasi en absolut, la idea d'hemorràgia per estrip, sobretot si el part ha estat natural. El nostre primer pensament ha d'ésser sospitar la retenció d'un tros de placenta o d'un cotideló accessori. Farem, per tant, un examen ràpid de la placenta, i per poc que es sospiti la falta d'una porció, introduïrem la mà dintre la matriu per a explorar la cavitat i extreure el retingut. Són aquí precises una asèpsia complerta i una ràpida orientació.

Reconèixer si una placenta és sencera o no, és cosa difícil. A les clíniques, on es fa sistemàticament l'examen placentari, i en cas de dubte és el mateix quefe qui l'examina, de cada trenta casos se'n diagnostiquen catorze. La prova de la llet, pràctica vella i incorporada novament a la pràc-

tica per Wagner, de Praga, dona una major garantia. Si injectant llet en una vena del cordó, no flueix sang per la placenta, és té una quasi seguretat que la placenta és íntegra; però no es pot assegurar el contrari en cas que així no passi.

La retenció de trossos placentaris és felicitament un fet molt rar. Els bocins de teixit que s'extreuen de la matriu, que s'etiqueten amb el nom de placentaris i no més grossos que un pèsol, generalment no ho són. L'anàlisi histològic demostra ésser coalls, miques de decidua, trossets de membranes. Malgrat la seva raresa, no serem avars en practicar l'exploració intra-uterina en cas d'hemorràgia post-partum, sia només per a excloure el diagnòstic de retenció, car si aquest fet patològic té lloc i es practica l'extracció en plena infecció, la mort de la puèrpera és quasi segura.

Una volta comprovada la no existència de retenció de residus placentaris, el diagnòstic d'hemorràgia per atonia uterina s'imposa; però, què és atonia i quines són les causes? Tota l'etiologia de l'atonia fins avui admesa, es va destruir. Segons F. Kermauners, ni el hidrànios, ni el part de bessons, ni el deslliurament operatori, ni el buidament uterí massa ràpid o massa lent poden ésser considerats com a causes d'atonia, car no resisteixen la més petita crítica. No sabem avui, diu el dit tocòleg, per què l'úter és atònic, per què sagna; com ignorem el mecanisme de l'hemostàsia en el deslliurament normal i quin paper representen en ella la febre llisa i nerviosa dels vasos i la circulació de retorn. Kermauner accepta que l'atonia és un símptoma precoç, tal volta el primer signe, d'una infecció.

No obstant el respecte que ens mereix l'escola vienesa, nosaltres no ens atrevim a admetre de ple afirmacions tan radicals i revolucionàries.

Per a combatre l'atonia devem, en primer terme, estimular la contracció uterina per medi dels preparats d'ergotina, adrenalina i extractes hipofisaris i el massatge.

Entre els preparats d'ergotina, el més actiu i enèrgic és el gynergen-Sandoz. En la seva activitat està el seu principal defecte. La quantitat màxima que deu administrar-se és de 0,5 cc. en injecció intra-muscular, no notant-se amb tal dosi cap manifestació greu, com no sien rampes doloroses o violentes contraccions uterines. En canvi, amb dosi de 1 cc. s'han vist colapses greus, asistòlia i fins algun cas de mort. No obstant els seus defectes, és un gran medi. La clavipurina, sens