

## INSERCIÓ BAIXA DE PLACENTA: SON TRACTAMENT

pel Dr. GUILLEM RIBAS

La inserció baixa de placenta ha sigut una qüestió tant estudiada, que fins sembla ridícol que la porti a la consideració dels senyors Congressistes, tant més quant ja l'havia fet objecte d'una comunicació en el Primer Congrés de Metges de Llengua Catalana. Però, com que les hemorràgies que solen presentar-se quan existeix tan anòmala inserció solen en alguns casos ésser causa de mort, degut a que moltes embarassades o bé són mal assistides o no es posen baix la inspecció facultativa; és per això que doncs tanta importància al tractament de dites hemorràgies, i per això no és d'estranyar que vingui avui a insistir sobre el mateix, per a veure si entre tots podem contribuir a que tota dona embarassada es posi baix la inspecció facultativa i estar a l'aguait de qualsevol accident que pugui presentar-se i evitar així la causa més comú de mortalitat entre les embarassades.

Placenta prèvia i inserció viciosa de la placenta: tals són les denominacions que han donat els autors, per a indicar que la placenta està insertada en el segment inferior de l'úter.

Devent-se entendre per placenta prèvia, que aquesta es troba en el camí que ha de recórrer el fetus per a sortir fora dels orgues genitals, és a dir que tapa en part o en totalitat el orifici intern de l'úter; aquesta inserció, afortunadament rara, una vegada per mil parts, és de molta gravetat per al fetus i per a la mare.

Dintre de la placenta prèvia existeix la inserció central, que segons quins autors, com Pinard, entenen que se les hi ha de donar aquesta denominació, quan el centre de la placenta

correspon a l'orifici intern del coll uterí, i per això Pinard afirma no haver-ne vist cap cas. Per altres autors, com Demelin, consideren com central o total quan la placenta recobreix en absolut l'orifici uterí quan hi ha dilatació completa.

Nosaltres, en la nostra pràctica, hem tingut ocasió de veure tres casos en els quals ens vegérem obligats, una volta establerta la dilatació completa, a perforar la placenta amb la mà per a poder fer l'extracció del fetus puix ens fou impossible, per més que cercàrem, trobar les membranes.

L'expressió d'inserció viciosa de la placenta és impròpia, perquè sembla indicar que es coneix el lloc on ordinàriament es fa la inserció.

Fins Portal, els tocòlegs pensaven que aquesta inserció es feia quasi sempre en el fons de l'úter. Portal, en 1685, fou el primer en mostrar que la placenta podia insertar-se en els diferents punt de la cavitat uterina; aquestes idees foren confirmades pels tocòlegs del segle XVIII; malgrat tot s'admetia encara en aquests darrers anys que la placenta s'insertava molt sovint en el fons de l'úter. Avui en dia es creu que aquest punt d'inserció és excepcional i que, generalment, la inserció placentària es fa en la cara anterior o en la cara posterior de l'úter, rarament a les vores.

De manera que una denominació perquè és impròpia i l'altra perquè vol indicar una inserció molt rara, ens quedem amb la d'inserció de la placenta en el segment inferior de l'úter. Entenent per segment inferior la porció d'úter comprès entre l'anell de contracció i l'orifici intern del coll. Anell de contracció que Braune havia pres com orifici intern del coll, a nivell del qual, a la paret uterina anterior, es veu el tall d'una grossa vena, la circular o coronària dels anglesos.

La inserció de la placenta en el segment inferior de l'úter, pot deixar de manifestar-se durant l'embaràs, no presentant cap senyal exterior ni cap complicació; malgrat això, existeixen cert nombre d'accidents que s'observen amb freqüència, i són: 1.<sup>er</sup>, l'hemorràgia; 2.<sup>on</sup>, ruptura prematura de les membranes; 3.<sup>er</sup>, el part prematur, i 4.<sup>rt</sup>, el defecte de acomodació pèlvica o uterina que sol ésser causa de presentacions vicioses. Nosaltres ens ocuparem solament de l'hemorràgia i del seu tractament.

El símptoma que durant l'embaràs crida l'atenció sobre la possibilitat d'una inserció en el segment inferior de l'úter, és una hemorràgia més o menys abundant. Aquesta acostuma co-

mençar d'una manera inesperada; la dona, sense experimentar cap dolor, es troba mullada, reconeix amb sorpresa que li surt sang dels orgues genitals. Aquesta hemorràgia que es presenta bruscament pot ésser considerable sense ésser mortal. Sol cohibir-se espontàniament.

A vegades és una hemorràgia a repeticions. Una segona hemorràgia sol produir-se als vuit o quinze dies després de la primera, alguna volta és més abundant. En certs casos aquesta hemorràgia no és molt considerable, però és contínua i posa a la dona en un estat d'anèmia aguda i greu. Segons Pinard, la primera hemorràgia que sobrevé durant l'embaràs no és mai bastant abundosa per a ésser mortal.

Es durant els dos o tres darrers mesos de l'embaràs que es presenten aquestes hemorràgies, per què és en aquest període de l'embaràs que l'úter es desenrotlla, augmenta de capacitat a expenses del segment inferior.

Com explicar la producció d'aquestes hemorràgies que sobrevenen durant l'embaràs? Es innegable que es produeixen a conseqüència de la desinserció de la placenta en la cara interna de l'úter.

Des de l'època de Jacquemier s'ha considerat a l'hemorràgia per placenta insertada en el segment inferior de l'úter, com resultat de la manca de paral·lelisme existent en els darrers mesos de la gestació entre el creixement de la placenta i la hiperdistensió que experimenta la paret uterina per efecte de l'augment de volum de l'ou.

El fenomen d'hiperdistensió del segment inferior de l'úter en els darrers temps de l'embaràs i més encara en els començos del part, és indiscutible, però aquest no explicaria per si sol la presència de grans despeses en certes èpoques de l'embaràs; és precís que ultra del fenomen de la hiperdistensió, existeixin altres factors que determinen la ruptura dels elements que uneixen normalment la placenta a la paret uterina. Schroeder emeté la teoria de verificar-se un esclavissament de la paret uterina sobre l'ou; suposava que per a verificar-se la desaparició i la dilatació del coll, era precís que la paret uterina s'esclavissés sobre l'ou; que aquest esclavissament no es podia realitzar pel segment superior, sinó per l'inferior, i que per tant en els casos d'inserció normal aquest esclavissament no podia determinar separació de cap mena en la zona placentària, mentre que quan aquesta es troba en el segment inferior, en ascendir les

parets de l'úter sobre l'ou, si les membranes no estaven trenca- des, tenia que verificar-se la separació en la zona placentària i com a conseqüència es produiria l'obertura dels sinus i subse- güent hemorràgia.

Dumas i Pinard, acceptant la teoria de Schroeder, la modi- ficaren fent jugar el paper més important en el desprendiment placentari a la tracció que les membranes produeixen sobre la mateixa en el moment de l'esllavissament de la paret uterina i al desigual repartiment de les traccions que es verifiquen quan la placenta ocupa el segment inferior; en les condicions nor- mals, la pressió que s'exerceix sobre l'ou és tramesa per la tota- litat de les membranes a la zona placentària; com llavors tota l'extensió de les mateixes posa en joc la seva elasticitat, el des- prendiment no es verifica, però en els casos d'inserció baixa no entra en activitat més que l'elasticitat de la porció de membra- na que es troba col·locada entre l'orifici del coll i la vora pla- centària i com la seva extensió és molt petita resulta insuficient per a impedir que actuï de manera directa sobre les adherèn- cies úteroplacentàries i es trenca, resultant d'això l'hemorràgia.

Una volta explicat el mecanisme de com es produeixen les susdites hemorràgies, anem a tractar dels mitjans de què dispo- sem per a cohibir-les. Molts han sigut els preconitzats. Foren Guillemeau i Louise Burgeois els primers en recórrer al part forçat quan sobrevé una hemorràgia durant el treball. Després Puzos recorre al part accelerat; aquest no intervé i aconsella no intervenir més que quan la dona estigui en treball; quand una hemorràgia sobrevé durant l'embaràs, no estant en el pe- ríode de treball, aconsella el repòs i en particular la pràctica de sangries. Portal, que havia reconegut la inserció viciosa de la placenta, recorre al part forçat. Levret no admet el mètode de Puzos més que en els casos en els quals la placenta insertada en el fons de l'úter es desinserta, però la refusa quan hi ha in- serció viciosa; en aquest cas aconsella i practica el part forçat.

Leroux preconitza la utilitat del taponament en les pèrdues de sang existents durant l'embaràs i el part. En efecte, és Le- roux qui donà a conèixer i vulgaritzà el taponament vaginal ja empleat una vegada per Hoffman i Smelie.

A Anglaterra, Braxton-Hicks, en una memòria presentada a la Societat Obstètrica de Londres, en 1863, preconitza un mètode que comprèn la versió pelviana bipolar, per maniobres

externes i internes combinades per l'abaixament d'un peu a la vagina.

Després d'haver exposat així, de manera susciuta, els diferents mitjans usats com a tractament d'aquestes hemorràgies, anem a ocupar-nos d'aquells que s'usen avui en dia.

Altre d'aquells mitjans que s'aconsellen en tota mena d'hemorràgies, com són el repòs i les irrigacions calentes, podem usar el tractament obstètric i el tractament quirúrgic.

Quan una embarassada tingui una hemorràgia, el primer que li aconsellem serà el repòs en el llit i l'administració d'irrigacions vaginals ben calentes. Contra aquestes s'havia dit que provocaven el part, però l'experimentació ha demostrat que fent passar litres d'aigua calenta per la vagina, aquest no es provocava; l'aigua calenta produeix contraccions de l'úter, però contraccions que basten per a tancar les obertures vasculars, però no provoca les contraccions del treball. L'ús d'aquests dos mitjans basta generalment per a cohibir les hemorràgies. Però si, malgrat això, continuen, poden ésser greus per la llur abundància ó bé per la persistència, i llavors tindrem de pensar en l'ús d'aquells mitjans que, al mateix temps que cohibeixin l'hemorràgia vinguin a interrompre l'embaràs. Pinard, en el seu treball: «Des indications médicales à la provocation de l'accouchement», diu que ell no considera indicació precisa d'interrompre l'embaràs, malgrat tots els símptomes alarmants que puguin presentar-se més que en aquells casos en què existeix de manera permanent una acceleració de pols, que el nombre de pulsacions estigui per damunt de 100. En aquests casos no hem de tenir recança d'usar aquells mitjans encara que provoquin el part, puix en molts casos el fetus es troba ja mort per efecte de les hemorràgies, o si es troba viu nosaltres interrompem l'embaràs quan el fetus és viable, puix ja havem dit que aquestes hemorràgies es presenten generalment al final de l'embaràs o durant el part.

Així en aquests casos, podem utilitzar els mitjans obstètrics com són el mètode de Leroux, la ruptura de membranes, el procediment de Braxton-Hicks i el globe de Champetier de Ribes.

Anem a analitzar cada un d'aquests procediments i quins són els que ofereixen més aventatges.

El taponament o mètode de Leroux, usat quasi exclusivament a França fins en aquests darrers anys, no pot presentar

aventatges més que en condicions particulars i difícils a voltes de complir, existint inconvenients i perills que depenen de la manera com s'aplica.

Per a que un taponament obri eficaçment, és necessari que apreti el segment inferior de l'úter, fent que la cara interna s'adapti al tros de placenta que s'ha separat del mateix i quan s'ha aconseguit això, acaba l'hemorràgia. Pinard diu que, des de fa molts anys no ha vist arribar a l'Hospital una dona amb un taponament ben fet i pel contrari, n'ha vist molts que no havien cohibit l'hemorràgia. Quan un taponament està mal fet, l'hemorràgia interna continua, el que fa que la sang vessada no es faci visible a l'exterior fins que el taponament està xopat. Per a que aquest no sigui perillós és precís que no solament la vulva i vagina estiguin el més asèptiques possible, sinó que els materials utilitzats per a verificar-lo estiguin completament esterilitzats. De no reunir aquestes condicions, aviat el taponament ve a ésser causa d'infecció. Per totes aquestes raons es comprèn que hi hagi tocòlegs com Pinard, Mme. Lachapelle, Wenckech, Döderlein, Weber, Bar, Botella, Bourkaib i altres que no siguin partidaris de sa aplicació. Encara que jo no sigui partidari acèrrim del mateix per les raons que exposaré, no per això deixo de reconèixer que és un mitjà que en alguns casos ens pot prestar un gran servei, sobre tot en aquells casos d'una hemorràgia intensa i en els quals no podem utilitzar altres mitjans. És clar que si el taponament el practiquéssim sempre un especialista o bé un metge que, sense precipitar-se, malgrat l'hemorràgia netegés la vulva i vagina i que usés els instruments i gasses esterilitzats, que col·loqués les valves i que després anés col·locant la gassa que li servís per al mateix, a l'entorn del coll i que, per fi, replenés la vagina, clar que aquest taponament està ben practicat i fet el més asèptic possible, que no sols cohibirà l'hemorràgia, sinó que provocant contraccions de l'úter, afavorirà la dilatació uterina. Fet així, el taponament és un bon procediment i ens estalviarà, segons els casos, d'usar altres procediments més cruentos. Però, com que desgraciadament no succeeix així la major part de les vegades, sinó que es practica malament i amb materials sèptics, per això n'hi ha tants que són refractaris al mateix.

Fundant-nos en el mecanisme de les susdites hemorràgies, podem usar els tres mètodes restants. Sabem que aquestes hemorràgies es produeixen a conseqüència de l'estirament de les membranes sobre la vora placentària, i ara bé, si nosaltres les

trenquem en tota l'extensió possible, està clar que aquest estiment desapareixerà i que el més probable és que l'hemorràgia es cohibeixi. Si malgrat això continua, llavors podem usar el mètode de Braxton-Hicks o el globe de Champetier de Ribes.

El mètode de Braxton-Hicks, ja sabem que consisteix en fer la versió per maniobres externes i internes combinades per a l'abaixament d'un peu en la vagina i aquest procediment té l'avantatge de què la cuixa, al mateix temps que accelera la dilatació de l'orifici uterí, fa de tap i comprimeix la vora de la placenta sobre la cara interna de l'úter, cohibint així l'hemorràgia; però té l'inconvenient de què produeix molta mortalitat fetal, 75 o 80 per 100, perquè la contínua excitació que sofreix la cuixa produeix moviments inspiratoris del fetus, empassant-se les mucositats i part del líquid amniòtic, venint l'asfíxia del mateix.

L'ús del globe de Champetier de Ribes, té els avantatges i no l'inconvenient del procediment anterior; ço és, que produeix la dilatació de l'orifici uterí i ve a obrar com a tap comprimint la vora de la placenta sobre la cara interna de l'úter, cohibint així l'hemorràgia. De manera que nosaltres, disposant d'un globe de Champetier, preferirem sempre l'ús d'aquest al procediment de Braxton-Hicks, perquè no produeix la mortalitat fetal que produeix aquest últim. La llàstima és que els susdits globes es fan malbé amb gran facilitat i que quan els tindrem d'usar algunes vegades no en disposarem per no tenir-ne i no poder-los trobar en el comerç. Un procediment que he usat alguna volta i que ha vingut a substituir el globe de Champetier, és el verificar el taponament intra-uterí, col·locant tires de gassa entre la placenta i la cara interna de l'úter. Procediment que no sols cohibeix l'hemorràgia sinó que al cap d'algunes hores, havent-se verificat la dilatació completa, podem extreure el fetus i no es produeix l'expulsió del mateix.

Heu's aquí exposats d'una manera sucinta els diferents mitjans tocològics que nosaltres podem utilitzar en aquesta mena d'hemorràgies, ja sigui durant l'embaràs ja sigui durant el part.

Mes ara suposeu que, malgrat d'haver usat els mitjans obstètrics recomanats, l'hemorràgia no acaba, o bé suposeu que som cridats amb tardança, que trobem a la malalta amb una hemorràgia considerable i coll tancat o bé que no podem col·locar el globe de Champetier, ni fer la maniobra de Braxton-Hicks, i no obstant, precisa obrar ràpidament. És que en aquests casos ens tenim de creuar de braços i deixar que mori la mare

i el fetus? Per a aquests casos precisament en els quals els mitjans obstètrics són insuficients o no aplicables, són els casos en què els tocòlegs recorren a la cirurgia per a veure de reduir la mortalitat fetal. Per  o es comprenen les temptatives quirúrgiques que des de fa alguns anys venen fent-se, fent operacions amb les quals s'ha enriquit la t cnica obst trica. La cesària vaginal de D hrssen, la cesària clàssica i la extra-peritoneal de Sellheim han sigut les operacions que s'han introduït en la pràctica principalment en aquests darrers anys, merc s als avenços de l'as psia en Cirurgia.

El perill principal en la placenta insertada en el segment inferior de l'úter, és l'hemorràgia i aquesta no acaba mentre l'úter no es buida, produint-se l'hemorràgia merc s a la contractilitat del mateix. Per tant, una hemorràgia serà més o menys greu segons la facilitat o dificultat que hi hagi en buidar l'úter, deduint-se d'aix  que una hemorràgia que sobrevingui quan l'orifici de l'úter estigui dilatat, serà menys greu que una altra que aparegui quan existeixi encara coll i tingui que fer-se per tant la dilatació.

Els mitjans que nosaltres usarem dependran principalment de l'estat de l'orifici uterí. En aquells casos en què hagi començat la dilatació o bé existeixi coll que sigui fàcil la introducció d'un globe de Champetier de Ribes, usarem aquest mitjà per a cohibir l'hemorràgia i obrar ràpidament; però en aquells en què el coll sigui poc permeable, en què tinguem de recórrer a la dilatació forçada, encara que avui en dia, sortosament, poc usada, pel traumatisme que es produeix en l' ter, en aquests casos, per a obrar ràpidament, practicarem la cesària vaginal de D hrssen i per tant, sempre que el coll ha d'oposar resistència a la dilatació, serà preferible actuar amb mitjans quirúrgics que ens ofereixin garantia de salvació per al fetus i per a la mare.

Com què els casos en que tindrem de recórrer a practicar una intervenció quirúrgica són precisament aquells en els quals s'ha d'obrar amb rapidesa, jo crec que la interveuci  que poguem executar en temps més curt serà aquella que nosaltres escollirem.  s clar que aix  depen de la destresa o hàbit del tocòleg, d'una o altra via operatòria, però en general, podem dir que la cesària vaginal  s la que ens permet, amb menys espai de temps, buidar l'úter. La intervenció que reuneix, ultra la seva senzillesa, la rapidesa en sa execució, serà per a mi la intervenció que podem practicar sempre que es sospiti o hi hagi inf cci , essent



això una contraindicació per a practicar la cesària clàssica. Ademés, és una intervenció que podem practicar en la mateixa casa de la malalta.

La cesària clàssica pot aconseguir el mateix fi que la cesària vaginal, però té l'inconvenient de ser de major gravetat, puix el més petit contacte sèptic pot produir una peritonitis, i ja sabem que en les hemorràgies per placenta insertada en el segment inferior, rara volta el contingut vaginal i cervical pot acceptar-se com rigorosament asèptic, donat que s'han verificat diferents exploracions per al diagnòstic de l'afecció i de la varietat llur, permeabilitat del coll, etc. La cesària abdominal tindrà comptades indicacions solament en aquells casos en què existeixi estretesa pèlvica, en que mitjançant la cesària vaginal sigui impossible el pas del fetus a través de la pelvis òssia.

La cesària extraperitoneal s'usa ben poc en aquests casos d'hemorràgia, puix una de les qualitats que necessita tenir la intervenció que es faci és que sigui fàcil i de ràpida execució i aquesta operació és bastant difícil de practicar i molt entretinguda. Malgrat, pot existir algun cas en que sigui útil el fer-la, tal com estretesa pèlvica, contingut infectat i fetus viu, però aquesta coincidència és molt rara.

Però ara suposem que hem assistit al part d'una dona la placenta de la qual estava insertada en el segment inferior de l'úter havent tingut o no hemorràgies i ni nosaltres hem terminat la nostra missió, ni la dona es troba lliure de perills, puix, afortunadament rares voltes pot presentar-se una hemorràgia *post-partum* que pot ésser fatal, amb major motiu si s'ha presentat aquest accident durant l'embaràs o part. Convé, doncs, que el metge no estigui desprevingut per a poder cohibir a temps dita hemorràgia.

Segons Brindeau les hemorràgies *post partum* en els casos en què hi havia placenta insertada en el segment inferior de l'úter, són rares, puix, generalment, si ha existit hemorràgia, aquesta es deté després de l'expulsió del fetus.

La causa d'aquestes hemorràgies està generalment bastant mal indicada. Els autors les qualifiquen d'hemorràgies per atonia. Succeix sovintment que la zona d'inserció de la placenta no es contreu. Gerlach conta un cas en el qual, no solament pel tracte intra-uterí, sinó també per la palpació abdominal, es percebia l'existència d'una zona uterina (lloc on estava insertada la placenta) completament relaxada, mentre que el restant

de l'orgue estava contret. Aquesta flacidesa en els casos d'inserció baixa de placenta no té rés d'extraordinari, si es reflexiona que el segment inferior, després de donar a llum, té l'espessor d'un full de paper. No essent llavors l'atonia més que un fenomen secundari, havent-hi principalment impotència, astènia per mancar matèria contràctil.

Quan existeixen aquestes hemorràgies anomenades per atonia, succeeix a vegades que el cos de l'úter es troba contret i no obstant el segment inferior es troba relaxat. És necessari conèixer aquests detalls, puix els metges que tenen el costum, després d'un part, de veure si existeix *el globe de seguretat*, podran creure que no pot existir cap perill si trobem el fons de l'úter contret. En els casos d'inserció baixa de placenta, *el globe de seguretat* perd sa importància.

L'artèria del segment inferior no és el sol factor de les hemorràgies *post partum*. Una causa que sovinteja es la d'estrip del coll, propagat o no al segment inferior. El principal defecte d'aquest segment; en aquests casos, ultra l'aprimament, ho és la friabilitat.

A voltes es produeixen hemorràgies a conseqüència de la disposició d'alguns vasos encarregats d'irrigar la zona d'implantació placentària i que oferint extraordinari calibre poden ésser fàcilment lesionats en practicar alguna intervenció. (Vegi's el cas clínic del Dr. Nubiola.—Revista Española de Obstetricia y Ginecología.—Octubre 1917).

Com a causa d'hemorràgia *post-partum*, Hammer cita les endometritis o metritis existents en les dones amb inserció baixa, podent, no obstant, prescindir d'aquest factor ja que és la causa principal de la inserció baixa i per tant existeix en la majoria de malaltes.

L'hemorràgia *post-partum* pot produir-se a qualsevulla hora, des dels primers instants que segueixen a la sortida del fetus fins bastant temps després del part. Rudeau cita un cas d'una hemorràgia al desè dia. Malgrat això, és durant les dues o tres hores després de l'expulsió que la dona està més exposada a que se li presenti l'hemorràgia.

Quan es presenta una hemorràgia *post-partum* l'essencial és fer un bon diagnòstic, és a dir saber la causa de dites hemorràgies. Per a fer-lo, el millor es col·locar les valves vaginals o bé l'espèculum, assegurar-se per la inspecció quina és la causa probable de l'hemorràgia, mirant si existeix un estrip cèrvico-

uterí o d'algun vas o bé si es troba el segment inferior relaxat.

La gravetat d'aquestes hemorràgies *post partum* és extraordinària. En 16 casos d'inserció baixa de placenta, relatats per Meude, es produí en un cas una hemorràgia *post partum*, produint-li la mort. En la Clínica de Palerm, Greco observà 4 morts en 10 casos d'hemorràgies d'aquest gènere.

Un sens nombre de mitjans s'ha usat i s'usen per a cohibir aquestes hemorràgies, podent-les dividir en tres grups: 1.<sup>er</sup>, procediments externs, que són els que obren mitjançant maniobres purament externes; 2.<sup>on</sup>, procediments no sagnants, però exigint la introducció d'instruments o dels dits en les parts genitals i 3.<sup>er</sup>, els que podríem anomenar procediments operatoris de l'hemostàsia.

Dels pertanyents al primer grup n'hi ha que tenen per objecte comprimir l'úter i uns, com el de Fritsch, que consisteix en col·locar darrera l'úter, però damunt de l'abdomen, una sèrie de compreses que el comprimeixin contra el pubis. Altres, com el de Fochier, que consisteix en comprimir l'úter entre les dues mans i altres, com el de Laserstein, que el comprimeixen fent-li verificar un moviment de rotació sobre un eix longitudinal.

Un dels mitjans més corrents i que pot usar qualsevol sempre que sobrevingui una hemorràgia, encara que sigui solament per a esperar l'ús d'altres mitjans és el de la compressió de l'aorta. Uns com Sentin, no la fan d'una manera contínua, sinó que comprimeixen durant 40 o 50 segons, o tot lo més durant alguns minuts, per a començar després d'un curt període de descans, i així, alternativament, durant uns vint minuts, si n'hi ha necessitat. No obstant, la compressió d'una hora, sobre tot a través de les parets abdominals, no té res d'exagerat.

Aquesta compressió pot fer-se amb les mans, comprimint l'aorta a través de les parets abdominals, o quan aquesta s'ha de fer per bastant temps, el millor és recórrer al mètode de Momburg compressió circular del tronc mitjançant un tub de goma.

Els procediments no sagnants, però que exigeixen la introducció d'instruments o dels dits en les parts genitals, són també nombrosos. El més vulgar és l'irrigació vaginal d'aigua calenta a 45° a 50. Altres tenen per objecte comprimir l'úter entre les dues mans, una col·locada en el ventre i l'altre en la vagina: tals són els procediments de Blaker-Brock i Stowe, amb lleugeres variacions entre ells. El de Arendt, que tira l'úter cap avall

mitjançant dues pinces de ganxos, amb l'objecte de borrar el calibre dels vasos. També s'han usat, entre altres, el taponament, l'aplicació de perclorur de ferro, etc. Arribant, per fi, als procediments operatoris de l'hemostàsia

Essent sovintment deguda l'hemorràgia a un estrip del coll, és natural que es vulgui suturar-la. Però és necessari que l'hemorràgia sigui deguda a aquesta causa i que sigui poc abundant. Segons Wintre, quan l'estrip interessa el segment inferior, de vegades és impossible, suturar-lo tot essent precisament la part més elevada la més vascular i que quedarà sense suturar. Henkel ha ideat el següent procediment: un cop col·locades les valves vaginales, agafa al coll de l'úter amb unes pinces de ganxos, fent-lo descendir i inclinant-lo, per exemple, a la dreta. S'agafa aleshores una pinça de Kocher i s'introdueix oberta en el fons de sac lateral, es deprimeix fortament la mucosa agafant amb la pinça el teixit para-uterí molt a la vora de l'úter. S'opera d'igual forma en el lloc oposat. Les pinces estan col·locades de la mateixa manera que en el l'histerectomia vaginal, amb la sola diferència de què els fons de sac vaginal no han sigut incindits; al cap de dotze o vintiquatre hores es treuen les pinces. Obrant d'aquesta manera, Henkel agafa les artèries uterines entre les dents de cada una de les pinces i obté d'aquesta manera l'hemostàsia.

En els casos greus i sobre tot en aquells en què pot repetir-se l'hemorràgia, inclòs estem autoritzats a practicar la histerectomia.

Heu's aquí diferents procediments entre els molts que s'han ideat per a cohibir aquesta mena d'hemorràgies; anem a veure ara quins són els que ofereixen majors probabilitats d'èxit.

Les irrigacions calentes i les compressions exteriors de l'úter són bons mitjans, però ineficaços quan es tracta d'hemorràgies quelcom considerables o d'estrips, interessant la zona de penetració de les uterines.

Les compressions bimanuals amb una mà a la vagina o en el úter i l'altra a l'abdomen ofereixen l'inconvenient de què moltes vegades és causa d'infecció, puix el tocòleg, amb l'intent de detenir l'hemorràgia el més ràpidament possible, no té temps d'aseptitzar-se les mans.

El sol procediment pràctic i que no exposa a la infecció, és la compressió de l'aorta. És un procediment que pot usar qualsevol individu.

Sempre que ens trobem davant d'una hemorràgia, el primer que farem serà la compressió de l'aorta; aquest procediment ens donarà temps per a poder usar-ne d'altres. Acudirem a les irrigacions d'aigua calenta i si aquestes no basten, col·locarem les valves vaginals i mirarem si hi ha algun estrip, suturant-lo si és possible o bé usarem el procediment d'Henkel, sigui la que sigui la causa de l'hemorràgia, amb tal que aquesta sigui considerable i no haguem pogut cohibir-la amb els altres mitjans d'hemostàsia.

Per acabar, sols dec recomanar als metges en general, que inculquin en l'esperit del seus clients la necessitat d'una inspecció facultativa de tota dona embarassada, per a prevenir qualsevol accident que pugui presentar-se, a veure si així podem evitar al menys una de les causes més freqüents de defunció entre les embarassades.

### CONCLUSIONS

1.<sup>a</sup> Quan hi ha inserció baixa de placenta, no solament solen presentar-se hemorràgies durant l'embaràs o part, sinó que també poden presentar-se després d'aquest.

2.<sup>a</sup> Les hemorràgies que es presenten durant l'embaràs, apareixen generalment cap al final del mateix i en el moment del part. Són degudes al desprendiment de la placenta a conseqüència de la tracció que les membranes produeixen sobre la mateixa en el moment de l'esllavissament de la paret uterina.

3.<sup>a</sup> Aquestes hemorràgies moltes vegades es cohibeixen pel repòs en el llit i les irrigacions ben calentes, i si això no basta, recorrerem als mitjans obstètrics o sinó al tractament quirúrgic.

4.<sup>a</sup> L'estrip ampli de les membranes, el taponament, el globe de Champetier de Ribes; el procediment de Braxton Hicks són els mitjans obstètrics que usarem.

5.<sup>a</sup> En els casos que els mitjans tocològics no basten o no són aplicables, llavors recorrerem a les intervencions quirúrgiques. La cesària vaginal de Dührssen, la cesària clàssica i la cesària extra-peritoneal de Sellheim són les intervencions que posseïm per a aquests casos.

6.<sup>a</sup> Com que en els casos que s'ha de recórrer a la intervenció quirúrgica són casos que, en general, s'ha d'obrar amb rapidesa, jo crec que la intervenció que es pugui executar

amb menys temps, serà la més indicada per a aquests casos. Està clar que això depèn de la destresa o hàbit del tocòleg, d'una o altra via operatòria, però, en general, podem dir que la cesària vaginal és la que ens permet, en menys temps, buidar l'úter. Per tant, serà aquesta la intervenció que estarà més indicada en aquests casos. La cesària clàssica es practicarà quan al mateix temps que hemorràgies, hi hagi estretesa pèlvica. Respecte a la cesària extra-peritoneal, quasi no té indicació en aquests casos, reservant-la solament per als casos que existeixi estretesa pèlvica, contingut infectat i fetus viu, coincidència aquesta molt rara.

7.<sup>a</sup> Les hemorràgies que de vegades es presenten després del part, poden ésser degudes a l'atonía de la zona d'inserció placentària, als estrips cèrvico-uterins o bé al trencament d'algun vas encarregat d'irrigar la zona d'implantació placentària.

8.<sup>a</sup> Sempre que després del part es presenti una hemorràgia bastant intensa, el millor és practicar el mètode de Momburg. Aquest procediment ens donarà temps, no sols per a poder examinar amb detenció a la malalta, sinó també per a usar els mitjans adequats per a cohibir les hemorràgies, àdhuc en algun cas estarem autoritzats per a practicar la histerectomia