257

258

D. 10245

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

HEMORRAGIAS PUERPERALES

TÉSIS

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

VICENTE URIBURU

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE PABLO E. CONI, ESPECIAL PARA OBRAS

60 — CALLE ALSINA — 60

1879

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

HEMORRAGIAS PUERPERALES

TÉSIS

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

VICENTE URIBURU

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE PABLO E. CONI, ESPECIAL PARA OBRAS

60 — CALLE ALSINA — 60

1879

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DÉCANO....	Dr. D.	MANUEL PORCEL DE PERALTA
VICE-DÉCANO	» »	MANUEL ARAUZ
TESORERO..	» »	MAURICIO G. CATAN

ACADÉMICOS

Dr. D. NICANOR ALBARELLOS
» » MANUEL A. MONTES DE OCA
» » MANUEL P. DE PERALTA
» » MAURICIO G. CATAN
» » CLETO AGUIRRE
» » SANTIAGO LARROSA
» » ERNESTO ABERG
» » PEDRO A. PARDO
» » MANUEL ARAUZ
» » LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » EDUARDO WILDE
» » PEDRO A. MATTOS
» » JOSÉ T. BACA
» DOMINGO PARODI
» » RAFAEL HERRERA VEGAS

SECRETARIO

Dr. D. JACOB DE T. PINTO

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS			CATEDRÁTICOS
Anatomía descriptiva y topográfica..	Dr.	D.	MAURICIO GONZALEZ CATAN.
Histología y Anatomía Patológica...	»	»	IGNACIO PIROVANO.
Fisiolojía general y humana.....	»	»	SANTIAGO LARROSA.
Patolojía jeneral é Historia de la Medicina.....	»	»	JOSÉ T. BACA.
Materia Médica y Terapéutica.....	»	»	PEDRO A. MATTOS.
Higiene pública y privada.....	»	»	GUILLERMO RAWSON.
Patolojía esterna.....	»	»	LEOPOLDO MONTES DE OCA.
Patología interna.....	»	»	MANUEL ARAUZ.
Clínica Quirúrgica y operaciones...	»	»	MANUEL A. MONTES DE OCA.
Oftalmología y Clínica Oftalmológica.	»	»	CLETO AGUIRRE.
Clínica Médica.....	»	»	MANUEL P. DE PERALTA.
Medicina legal y Toxicología.....	»	»	EDUARDO WILDE.
Obstetricia y Clínicas respectivas....	»	»	PEDRO A. PARDO.

SUSTITUTOS

Anatomía descriptiva y topográfica.	Dr.	D.	(Vacante).
Histología y Anatomía Patológica....	»	»	CÁRLOS LANUS. / JUAN BORBON.
Fisiología general y humana.....	»	»	FRANCISCO TAMINI (en ejercicio).
Patolojía general é Historia de la Medicina.....	»	»	JACOB DE T. PINTO.
Materia Médica y Terapéutica.....	»	»	PABLO SANTILLAN. / ENRIQUE DEL ARCA.
Higiene pública y privada.....	»	»	PEDRO MALLO.
Patología esterna.....	»	»	LUCIO MELENDEZ.
Patología interna, ...	»	»	MANUEL T. PODESTA.
Clínica Quirúrjica y operaciones	»	»	JUAN A. ARGERICH. / JULIAN AGUILAR.
Oftalmología y Clínica Oftalmológica.	»	»	PEDRO ROBERTS.
Clínica Médica.....	»	»	JUAN BAUTISTA GIL. / CÁRLOS L VILLAR.
Medicina legal y Toxicología.....	»	»	MANUEL BLANCAS.
Obstetricia y Clínicas respectivas.....	»	»	ANTONIO T. BALLESTER. / SAMUEL MOLINA.

Disectores :

D. JUAN J. NAON Y D. FELIPE BASAVILBASO.

PRESIDENTE DE TÉSIS

DOCTOR DON PEDRO ANTONIO PARDO

A la Memoria de mi Padre

EL

Doctor Don PEDRO URIBURU

A MI QUERIDA MADRE

D' CAYETANA A. DE URIBURU

A mi Hermana

Dª MERCEDES URIBURU DE NAVEA

Al Señor Don Gregorio Torres

y

A la Señora Doña Joaquina Arana de Torres

SEÑOR PRESIDENTE:

SEÑORES ACADÉMICOS:

Apurados por circunstancias especiales, os presentamos este trabajo elaborado en breve tiempo; él versa sobre las hemorragias puerperales que se verifican en los últimos meses del embarazo, pues que las que se producen en los primeros tiempos estan mas bien en relacion con el aborto.

Al hacer la eleccion de este punto no hemos tenido la menor pretension de presentaros algo nuevo, y mucho menos el de llevar innovaciones á la ciencia; venimos solamente con la humildad del estudiante á dar cumplimiento á una de las fórmulas prescriptas por el Reglamento de nuestra Facultad.

Cumpliendo con esta última prueba que sometemos á vuestro ilustrado criterio, creemos de nuestro deber, antes de entrar en materia, dirijir una palabra de respeto y gratitud á los que fueron nuestros maestros.

DEFINICION

Entendemos por hemorragias de los últimos meses del embarazo ó durante el trabajo del parto: todo derrame sanguíneo que tenga lugar, sea en el interior de la matriz, sea al exterior pero que su origen esté en el útero, en el feto ó en sus anexos.

Los autores definen de este modo las hemorragias, pero ponen la condicion de que la cantidad de sangre derramada alcance á tres ó cuatro onzas. El simple hecho del desprendimiento de la placenta, trae consigo un derrame sanguíneo, que en algunas mujeres apenas es perceptible, en otras es mas ó menos abundante. En la dificultad de poder dosar exactamente la cantidad de sangre derramada, se deja al criterio del partero la denominacion de hemorragia, bien entendido que este no confundirá el derrame de sangre fisiológico con el patológico.

Muchas divisiones se han hecho de las hemorragias: tales como: primitivas, secundarias, sintomáticas, externas, internas, graves ó lijeras, pero la que creemos mas conveniente adoptar por su mayor sencillez y por prestarse mejor al estudio y al tratamiento es externa é interna.

CAUSAS

Las causas de estas hemorragias son muy numerosas, las dividiremos en tres grandes grupos: predisponentes, ocasionales y especiales.

Causas predisponentes. — Entre las predisponentes el embarazo es el que se encuentra en primera línea. Como sabemos, el útero, órgano encargado de mantener el producto de la concepcion, sufre modificaciones notables en su textura. Para darse cuenta de ella, no hay mas que considerar los cambios que se verifican en el útero y en los vasos de este órgano.

El huevo una vez que ha penetrado en el útero, se rodea de ramificaciones vasculares que se implantan en la mu-

cosa uterina. Estos medios de union entre el huevo y el útero son bastantes débiles para que en un momento dado, por la menor causa ocasional, puedan romperse y producir una hemorragia. En una época mas lejana al principio de la concepcion, estas conexiones del huevo con todas las partes del útero por intermedio de su caduca, desaparecen, y solo quedan aquellas donde está implantada la placenta; una vez desprendida en este punto, la hemorragia se produce. Ademas, el desarrollo gradual que se verifica en el útero hace que estas conexiones sean fácilmente rotas. El útero en el estado normal es de 8 á 10 centímetros, mientras que en el último termino del embarazo puede llegar á 33 centímetros; el espesor es de 22 centímetros, en lugar de 83 milímetros; en fin, el peso es de 500 á 700 gramos en lugar de 30 gramos. Por otra parte, el útero al fin del embarazo está formado de dos capas musculares; la una externa de fibras lonjitudinales, la otra interna de fibras circulares, es entre estas dos capas que se encuentran los gruesos vasos y los senos uterinos.

Bajo la influencia de excitaciones internas ó externas, esta doble capa muscular puede hacerse el sitio de una contraccion mas ó menos fuerte.

Cuando el embarazo está bastante adelantado, la mano aplicada sobre el abdómen, permite constatar elevaciones irregulares que desaparecen bajo la presion. Es imposible que al sobrevenir la contraccion uterina, la circulacion en estas capas no se encuentre modificada.

En efecto, los vasos uterinos estando comprimidos irregularmente por estas contracciones, la sangre debe refluir en algun punto del disco placentario, de allí resulta una congestion parcial que puede producir la ruptura de una de estas ramificaciones venosas y entonces hacerse el preludio de una pérdida mas ó menos grave.

Esta modificacion de la textura del útero es pues una de las causas predisponentes de hemorragia.

Examinado el aparato sanguíneo del útero hácia el fin del embarazo se comprueba los cambios que ha sufrido. El calibre de los vasos está aumentado y su flexuocidad disminuida; una multitud de canales venosos recorren en todos sentidos, en medio de las paredes uterinas, ellas se dividen y subdividen y concluyen por reunirse para constituir los senos uterinos que reciben la sangre de los capilares y de las innumerables venillas del tejido uterino. Sabemos por otra parte que las venas de la matriz están desprovistas de válvulas, reducidas á una sola túnica celulosa, adherente al tejido muscular y que no pueden oponerse al movimiento descendente de la sangre. Un gran número de estas venas, abiertas en la cara interna llevan su sangre á la placenta y se distribuyen como los senos venosos por la matriz. Estas venas que unen el útero á la placenta llevan el nombre de vasos útero-placentarios, su estructura como acabamos de ver es muy frágil. Las arterias tan numerosas vienen de las ováricas y uterinas, de un volúmen mediano, se dilatan considerablemente, penetrando en las paredes del útero en cuya cara interna se verifican numerosas anastomosis, muchas de estas anastomosis se verifican en la placenta y constituyen las arterias útero-placentarias que pueden resistir mejor á los obstáculos mecánicos.

Segun esta disposicion de los vasos y del útero, la sangre debe necesariamente afluir en abundancia en ciertas circunstancias. Encontrándose, pues, una especie de estancamiento, el menor esfuerzo los distiende, los rompe y produce una hemorragia; cuando es ocasionada por el desprendimiento de la placenta es mas bien venosa que arterial.

Como la hemorragia proviene algunas veces del tejido

propio de la placenta diremos algunas palabras de su estructura.

Verdadero pulmon fisiológico de la vida intra-uterina, la placenta es el punto de union del niño con el organismo de la madre. Segun los trabajos micrográficos, su textura es bien conocida: ella es, al decir del Sr. Coste y Robin, un cuerpo únicamente formado de vasos aglutinados entre sí por una sustancia amorfa. Encierra dos órdenes de vasos: los que pertenecen al feto, que desde el cordon vienen á distribuirse por el corion y tejido placentario y se dirijen á la cara interna de la matríz; los vasos de la madre á los útero-placentarios que se prolongan en la placenta por los surcos interlobulares y por toda la estension de la superficie externa de este órgano, ramificándose en todo su espesor hasta que encuentra los vasos umbilicales. Todos estos vasos se aproximan, se juntan, pero jamás vienen á desembocar el uno en el otro, guardan, se puede decir, la misma relacion que los capilares del pulmon con las vesículas aeriformes. Esta estructura está demostrada por numerosos esperimentos. Se ha inyectado en el cadáver las venas y arterias umbilicales con materias colorantes diferentes; se ha hecho lo mismo con las arterias uterinas y se ha reconocido perfectamente que habia comunicacion directa entre los vasos del mismo órden, pero que no existia ninguna entre los umbilicales y los vasos útero-placentarios. Otra prueba convincente es que si una mujer en circunstancias particulares, libra sola, y que el alumbramiento se ha verificado de igual manera, se encuentra el niño vivo y no se ve correr la sangre al exterior. En fin, si hubiera comunicacion entre los vasos de la madre y los del feto, una vez cortado el cordon, perderia toda su sangre, pero jamás se ha observado una sola hemorrajia por el cordon. Vemos por lo espuesto que estas dos circu-

laciones son completamente independientes y que no existe otra relacion entre ellas que la del trabajo misterioso de la respiracion y nutricion fetal.

De las consideraciones que preceden resulta, que una causa poderosa de hemorragia uterina al fin del embarazo, es la grande friabilidad de los vasos útero-placentarios, del desarrollo del sistema sanguíneo de la matríz y de la disposicion particular de estos vasos que favorecen la congestion uterina.

Teniendo en cuenta todas las circunstancias propias á determinar ó á entretener una grande actividad en la circulacion y sobre todo un aflujo mas considerable de líquido hácia el órgano gestador, se verá que todo predispone á la mujer á sufrir hemorragias, tales como las vigilias prolongadas, la lectura de libros que producen la excitacion del sistema nervioso, la frecuencia del baile, de los espectáculos, las reuniones numerosas y la temperatura elevada, el aire corrompido; etc; en una palabra, todo lo que puede impedir mecánicamente la circulacion uterina y dar lugar á congestiones, ó bien oponerse al desarrollo regular de la matriz, como ser los tumores de la cavidad abdominal ó de la escavacion.

De la misma manera todas aquellas mujeres de ciertos temperamentos, las que son francamente sanguíneas, linfáticas ó nerviosas, en ellas son abundantes sus reglas; sus períodos menstruales duran cinco, seis y hasta ocho dias, en ellas el flujo menorrágico tiene una tendencia marcada á reproducirse en cada embarazo, de suerte que la menor emocion moral ó física puede ocasionar una hemorragia uterina. Sucede en algunas mujeres que sus reglas continúan á pesar de existir el embarazo. Si bien es verdad que en general algunas reglas no son suprimidas durante el embarazo, ellas no reaparecen sinó una ó dos veces y aun

hay algunas en quienes se les ha visto persistir durante todo él.

Causas ocasionales. — Muchas de las causas que hemos mencionado entre las predisponentes pueden por una accion prolongada traer pérdidas y convertirse en verdaderas causas ocasionales determinantes. Entre estas hay algunas que pueden relacionarse á las emociones morales vivas y á las conmociones físicas: tales son la cólera ó cualquier conmocion demasiado brusca que tiene por resultado concentrar la sangre en los órganos interiores. Ahora bien, como el útero tiene una actividad durante la congestion como ningun otro órgano, es naturalmente hácia allí donde el aflujo de sangre se dirije. Por ejemplo: la llegada repentina de una persona querida, una nueva inesperada, la estacion prolongada de pié, los purgantes drásticos, los vestidos apretados, sobretodo los corsés que deforman los órganos y alteran las digestiones, al mismo tiempo que la circulacion y principalmente la de la vena cava inferior, cuya sangre vá á refluir á los vasos útero-placentarios, son causas que obran produciendo simultáneamente un que brantamiento general del sistema nervioso ó una alteracion en la circulacion cardíaca ó uterina, determinando por medio de la irritacion la congestion activa de la matriz ó sea favoreciendo el éxtasis de la sangre en los vasos.

Cuando la accion mecánica ha sido brusca, un desprendimiento instantáneo de la placenta tiene lugar; por el contrario, cuando la violencia exterior ha sido moderada, las opiniones están divididas sobre la causa determinante de la hemorragia. Ciertos autores, y son los mas, pretenden que es el desprendimiento de la placenta que la produce, otros creen la inversa, es decir, que es la hemorragia la

que produce el desprendimiento de la placenta; Dubois piensa que lo uno y lo otro la verifica.

Causas especiales. — La insercion viciosa de la placenta es una de las principales de esta categoría. Este vicio de implantacion en el segmento inferior del útero es la complicacion mas peligrosa que puede presentarse durante el embarazo por las hemorragias á que dan lugar, poniendo en peligro la vida de la madre y principalmente la del niño. Por fortuna, raras veces se presenta esta anomalía, observándose con mas frecuencia en las multíparas que en las primíparas. Simpson dice haberlo encontrado solamente once veces, otras estadísticas arrojan la proporcion de un caso de insercion viciosa en setecientos ú ochocientos partos. Rambosth la ha notado 42 veces en 26,676 partos, ó sea uno en 635, Righi 46 veces en 106 casos de hemorragia uterina.

En nuestra maternidad no se han presentado desde los años de 1870 hasta 1878 sinó 2 casos de placenta prévia, en un total de 907 partos, lo que da una proporcion de uno sobre 453.

Las causas de esta anomalía de insercion placentaria, son todavia desconocidas y no se han dado sinó explicaciones hipotéticas.

Los antiguos no la conocian y pensaban que la placenta desprendida de su punto de insercion, caia por su propio peso sobre el cuello de la matriz y que la sangre coagulada habia dado lugar á adherencias. En nuestros dias, el mecanismo por el cual se producen estas hemorragias está perfectamente estudiado. Lo expondremos tal cual lo admiten la mayor parte de los autores modernos.

Hasta los cinco meses el cuerpo solo del útero se desarrolla, pero á contar de esta época el segmento inferior

del útero participa tambien del desarrollo; lo que prueba, esto es, que el cuerpo del útero que es piriforme en los primeros meses, presenta al fin del embarazo la forma de un ovoide perfecto. Por otra parte, el crecimiento de la placenta es poco mas ó menos completo en los últimos meses de la preñez, y se pone inmóvil y fija sobre el punto en que se ha implantado. Estas circunstancias esplican la produccion de las hemorragias. En efecto, cuando la placenta está inserta en el fondo de la matriz, su crecimiento se opera al mismo tiempo que el desarrollo de las paredes uterinas sobre la que está inserta; por consiguiente no puede haber hemorragia; pero cuando la placenta está implantada en la parte inferior debe suceder todo lo contrario; ella no prestándose mas á la ampliacion que siguen las paredes, se verifica una ruptura en los puntos de union que tiene esta con el útero y de ahi la hemorragia mas ó menos considerable.

Esta insercion no ocupa siempre el mismo punto, puede ser central, es decir ocupar el centro mismo del cuello en totalidad; parcial, si cubre una parte y marginal cuando se halla cerca de la circunferencia.

Las hemorragias que son debidas á la influencia de esta insercion viciosa, se observan comunmente en el curso del noveno mes y durante el trabajo, algunas veces suelen presentarse antes.

Si la insercion de la placenta tiene lugar en el centro mismo del orificio ó bien si es parcial, las pérdidas pueden no manifestarse sinó al noveno mes ó en el momento del trabajo. Si se ha permanecido todo el tiempo del embarazo, sin sentir novedad de ninguna clase, depende de que el cuello no se dilata en la misma época en todas las mujeres.

Otras que merecen llamar mucho la atencion son las

producidas por rupturas del cordon ó uno de los vasos. Esta ruptura y la hemorragia á que da lugar, no pueden depender segun Velpeau, mas que de una enfermedad de las túnicas vasculares; este ilustre profesor cita varios ejemplos en apoyo de sus opiniones. Algunas veces el cordon al salir del anillo umbilical se divide prontamente, dispersándose entre el corion y el amnios antes de fijarse en la placenta; en estos casos muy raros se ha observado igualmente una desgarradura de los vasos durante el trabajo, con hemorragia mortal para el feto. Algunos opinan que la brevedad del cordon puede aún al principio del parto y antes del corrimiento del liquido amniótico ser causa de desgarradura y producir pérdidas, designadas bajo el nombre de intra-amniótica. Que esta brevedad sea natural ó accidental el resultado será la formacion de uno ó varios nudos en la estension del cordon, y este acortamiento trae consigo la hemorragia.

HEMORRAGIAS DEL PERIODO DE LA ESPULSION DE LA PLACENTA Y HEMORRAGIAS CONSECUTIVAS

Con el fin de completar en todo lo que nos sea posible la historia de las hemorragias puerperales trataremos en este capítulo de las que complican el alumbramiento.

Para que los últimos fenómenos del parto se hagan de una manera feliz, es menester que la retraccion uterina sea completa, para impedir la corriente sanguínea que tendria lugar si las cosas no pasaran de este modo. Cuando la contraccion del útero no se manifiesta en el momento de la espulsion del feto y que la placenta está desprendida en parte ó en totalidad, resulta una pérdida que puede matar á la mujer en pocos instantes.

Es á falta de estas contracciones y á la flaxidez del útero que se dá el nombre de inercia. Ella es á menudo producida por un excesivo trabajo del órgano sin resultado alguno. Es sobre todo en las mujeres que tienen un gran número de hijos que este accidente se nota; en estas está el útero contínuamente distendido por embarazos múltiples, pierde una parte de su fuerza y entra en la inercia.

En otras circunstancias puede sobrevenir una inercia secundaria. En efecto, despues de haber sido arrojada la placenta y que la retraccion normal del útero se ha producido, este órgano retraido forma en el hipogastrio un tumor duro y resistente que la mano lo palpa perfectamente. Ahora bien, despues de algun tiempo, en lugar de permanecer en el mismo estado, se relaja, se distiende, los orificios vasculares que están obturados, mediante la contraccion de las fibras circulares, se abren dando lugar á la hemorragia grave.

Los partos gemelares producen la hemorragia cuando no se tiene la precaucion de ligar el cordon del primer niño que ha nacido, porque puede presentarse el caso que las dos placentas fetales, comuniquen entre sí, y su desgarramiento puede dar lugar á una hemorragia mortal para el niño.

Otra variedad de hemorragia consecutiva es aquella que se manifiesta despues de haberse pasado algunos dias del parto, su aparicion generalmente es debida á la imprudencia de las puérperas que dejan el lecho tempranamente.

En estos casos, la hemorragia es debida á la falta de epitelio en la nueva mucosa que proteje á los capilares; cualquier causa que en estas circunstancias los sorprenda sin su cubierta protectora, los rompe y la sangre se derrama.

SINTOMATOLOGIA

Tócanos ahora tratar la sintomatologia de las hemorragias del puerperio. Este punto uno de los mas sencillos en la mayoría de los casos, es en otras ocasiones difícil y oscuro si se atiende á las condiciones en que se suelen presentar.

Ver la sangre saliendo á sacudidas ó rastreando por los órganos genitales externos, en cantidad capaz de comprometer la vida de la madre ó la del hijo y diagnosticar una hemorragia, es fácil; pero por otra parte ver una jóven en la plenitud de la vida, fuerte y desafiando los peligros del parto, palidecer de pronto y abandonar el mundo es fácil tambien y frecuente en la práctica. No pretendemos decir por esto que un médico esperimentado y que no desconozca sus deberes, se deje sorprender tan á menudo como frecuentes son los casos en que la mujer muere; pero confesemos tambien que muchas veces la incuria del médico, como tambien las dificultades que existen para hacer un diagnóstico exacto, dan por resultado la muerte de la puérpera. No nos aventuramos en culpar al partero en algunos casos fatales de hemorragias puerperales.

Es costumbre, cuando se atiende una parturienta, abandonarla inmediatamente despues de la espulsion de las secundinas, es decir, en el momento mas peligroso para ella, precisamente cuando la mujer fatigada del trabajo que ha tenido que soportar en ese momento solemne de su vida, se entrega al sueño, que es para ella, el regenerador de sus fuerzas, su primer alimento; fuerza y alimento que repercuten sobre el niño, elaborando en la madre la leche que ha de nutrirlo. En las maternidades sobre todo, donde el número de parturientas es muy crecido con relacion al de médicos, vemos este hecho producirse. Cuantas veces los

internos de nuestra maternidad son llamados durante la noche para prestar sus cuidados á las parturientas que momentos antes habian felizmente librado y que una hemorragia consecutiva pone en peligro su vida! ¿Y por qué? Porque no se ha tenido la precaucion de examinar con detencion el vientre ó que examinado este, un tejido adiposo sumamente desarrollado ú otra causa cualquiera ha ocultado al partero lo que se pasa en el útero.

En otras circunstancias, despues de un parto laborioso, la hemorragia externa, grave por su abundancia ó por su duracion, ha hecho necesario el taponamiento. La mujer estenuada y anémica por la pérdida sufrida se encuentra postrada y los síntomas de la anemia presentándose pueden ocultar la hemorragia interna. El partero despues de haber suministrado los cuidados tendentes á cohibir la hemorragia externa y confiado en que los síntomas son puramente de la anemia, descansa tranquilamente; sin embargo esa misma sangre detenida por el taponamiento se reune en el útero, se coagula en parte, y en parte pasando por las trompas, se esparce por el peritoneo, desarrollando en esta membrana una peritonitis traumática, fatal en la mayoría de los casos.

Sentados estos datos que nos demuestran la importancia de la síntomatologia, pasemos á enumerar cuales son los síntomas que nos indican la hemorragia.

Consecuentes con la division adoptada en el estudio de las hemorragias, conservaremos esta division en la síntomatología, reservando algunas palabras para la de las hemorragias provenientes de una implantacion viciosa de la placenta ó hemorragias por placenta prévia.

HEMORRAGIAS EXTERNAS

Si examinamos el útero de una mujer en sus últimos dias de embarazo, lo vemos considerablemente aumentado, subiendo hasta el hipogastrio y en algunas inclinado hácia adelante, constituyendo lo que los franceses llaman vientre *en besace*.

Cuando la mujer ha espulsado el producto de la concepcion, el útero entra fuertemente en contraccion, se retrae y sus dimensiones alcanzan á penas á una tercera y aun á una cuarta parte de lo que era en estado de plenitud, baste decir que su borde superior se encuentra á la altura del ombligo.

La fuerte contraccion de sus fibras dan á este órgano una dureza bien marcada, sus bordes se hacen bien perceptibles, la superficie de su cara anterior se presenta lisa y aplanada, el útero es en una palabra casi redondeado, circunscripto.

Cuando una hemorragia externa ha sido la consecuencia de un parto, el útero pierde estos caractéres; se hace mas blando, debido á la inercia que ha sobrevenido, un poco mas aumentado de volúmen, con relacion á la intensidad del derrame, sus bordes se ponen irregulares; es fláxido y depresible.

Una condicion indispensable para la produccion de estas hemorragias es la inercia uterina y cuando esta existe en el momento del parto, hay que temerla.

En casos contrarios, contracciones sumamente poderosas, luchando inútilmente contra un obstáculo cualquiera, pueden traer el cansancio del órgano, su inercia y por consiguiente la hemorragia.

Los síntomas suministrados por el útero en el rigor de la palabra, no podrian ser colocados en esta categoría, porque si el parto no se ha efectuado, el producto de la concepcion aprisionado en el órgano los oculta por completo á la investigacion del partero, solamente la inercia, un trabajo prolongado ó como hemos dicho, una fuerte actividad que lucha por vencer obstáculos pueden hacer sospechar ó mejor dicho temer la hemorragia.

En el caso contrario, cuando la mujer ha parido, estos síntomas son como en el anterior no bien manifiestos, y no se comprenderia por otra parte una hemorragia externa si la sangre no afluyera al exterior. El único síntoma, real y positivo, es pues la salido al exterior de la sangre.

La sangre puede ser arterial ó venosa y en la mayoría de las veces de una y otra. Describir los caractéres diferenciales de estas hemorragias, seria estudiar la parte de la patología externa referente á heridas de arterias y venas.

Desde las hemorragias fulminantes en que uno ó varios gruesos vasos han sido rotos hasta los mas insignificantes, vemos que se producen.

A veces, coágulos detenidos pueden impedir la libre salida del líquido hasta que una fuerte contraccion los espulsa y hacen creer entonces á una gravedad exagerada.

En ocasiones la pérdida sanguínea es poca é insignificante, es fácilmente detenida, otras aunque de pequeña importancia por la cantidad, pueden hacerse graves por la duracion y persistencia, reconociendo en estos casos una predisposicion natural ó una causa patológica, y por último pueden manifestarse del modo mas alarmante; la cantidad unida á la fuerza de impulsion traen pronto el aniquilamiento de la parturienta. La enferma siente que sus fuerzas la abandonan y la vista se le anubla, su mirada se hace lánguida y triste, sus miembros no obedecen mas á

la voluntad. El médico por otra parte constata el pulso filiforme, y su piel fria y pálida; por último la enferma cae en el síncope y muere.

En casos menos graves, existe una sensacion de peso en el bajo vientre, en la region que corresponde al útero, dolor en la region de los riñones; á veces escalofrios los precede.

Los accesos histéricos, las convulsiones, etc. señalados por los autores, no hemos tenido ocasion de observarlos en los numerosos casos de hemorragias que hemos visto.

Estos síntomas señalados por ellos en las hemorragias graves aunque de corta duracion son precisamente cuando no los hemos observado; un organismo que paulatinamente se debilita, un cuerpo que poco á poco se anemía, como sucede en las hemorragias lentas, se comprende que entonces ellos puedan presentarse, pero una mujer que rápidamente entra en la postracion y en el síncope, estos fenómenos, si es cierto que se producen, pasan desapercibidos; es lo que sucede en las hemorragias que en 24 horas mas ó menos nos arrebatan las parturientas.

La hemorragia externa puede ser detenida por cada contraccion uterina, otras veces continúa á pesar de ella, fenómeno importante que nos esplica que no todo el útero está en la inercia, su cuello simplemente la produce, toda la atencion del partero debe dirijirse á él.

Hemos visto muchas veces en la maternidad, hemorragias lentas, contínuas, fluidas y á penas coloreadas, estas hemorragias, puramente pasivas y siempre externas, reconocen por causa un estado particular de la sangre, su plasticidad le falta, deja trasudar su parte acuosa que no pudiéndose coagular, sale siempre al exterior.

HEMORRAGIAS INTERNAS

Las pérdidas del parto, produciéndose de un modo brusco, constituyen uno de los accidentes mas graves, esta misma gravedad impone al partero la obligacion de examinar minuciosamente el útero y de no abandonarlo tan pronto como se haya evacuado.

En las hemorragias externas la parturienta se siente mojada por un líquido caliente, ella misma da la alarma, en la hemorragia interna el peligro es mucho mas grave por no tener la mujer conciencia de ella. Por otra parte estas se producen por lo general cuando la mujer descansa, y si no ha habido hemorragia externa ó inercia uterina que pudiera hacerla sospechar, el peligro es mayor.

Escalofrios, zumbidos de oidos, tirantez de estómago y sensacion de frio son los primeros síntomas que se nos presentan, y si el partero ha descuidado el éxamen uterino es sorprendido muchas veces con el síncope; felizmente este detiene á menudo el derrame momentáneamente y da tiempo para suministrar los medios necesarios para contenerla.

Hemos dicho que el útero despues del parto, se retrae, forma un tumor globuloso, resistente, duro y circunscripto; si no se presenta así es necesario estar advertido y conjurar el peligro porque es precursor de hemorragia.

Cuando los escalofrios existen, indican ya la hemorragia.

El útero toma un desarrollo considerable y esta distencion favorece la continuacion del derrame. Cuando no es detenida sobrevienen convulsiones y la mujer sucumbe exangüe, examinado el cuello se le encuentra con coágulos que destienden la vagina.

El pulso débil y pequeño unido á los demas síntomas de la anemia permiten apreciar la gravedad.

La pérdida es por lo general mixta, es decir, que al mismo tiempo que se efectúa en el útero, lo hace al exterior, esta última á veces es sumamente insignificante.

Si el útero está lleno por el producto es difícil por no decir imposible, reconocer una hemorragia interna.

Si despues de la espulsion del feto el útero no se reduce tomando las dimensiones fisiológicas del parto, si por el contrario permanece blando, y se encuentra distendido elevándose en la cavidad abdominal, debemos sospechar una hemorragia interna.

Estas hemorragias no se observan al mismo tiempo que la espulsion, porque si bien es cierto que el útero puede retraerse débilmente en algunas ocasiones, esta contraccion es bastante poderosa para comprimir los vasos contra el mismo feto; por el contrario cuando el feto ha abandonado el seno materno y la placenta se ha desprendido, no encontrando el útero la misma resistencia como con el caso anterior, las venas no pueden ser comprimidas y la sangre saliendo á oleadas acaban pronto con la vida de la paciente.

No siempre por fortuna presentan esta gravedad, no siempre la inercia, causa de estas hemorragias, es de tanta intensidad.

Sucede en ciertas circunstancias que la sangre coagulándose en el cuello uterino, intercepta el paso del resto de ella, se descompone, entra en putrefaccion y si una fuerte contraccion no lo ha espulsado, trae un cuadro de síntomas que por si solos son capaces de arrebatarnos á la enferma: hablamos de las infecciones purulenta y pútrida.

Por fortuna estos casos son raros, por débiles que sean las contracciones, pueden, ayudadas por los otros medios

que tiene el partero á su alcance, obligar á la matriz á su vaciamiento.

No se detienen aquí los peligros de las hemorragias ininternas. Detenida la sangre por el coágulo ó por un espasmo uterino, refluye en el abdómen y desarrolla la peritonitis.

Fuera de estas hemorragias hay otras cuyo asiento es las partes genitales externas, en este caso, los conmemorativos del parto y un exámen detenido de estos órganos descubren fácilmente su causa.

DIAGNÓSTICO

La hemorragia externa es mucho mas frecuente que la interna, ella aparece, como hemos dicho, despues de fenómenos precursores ó sin ningun pródromo. En presencia de una mujer que pierde sangre, el médico debe cerciorarse en qué condiciones se encuentra esta, el niño y el útero.

Las mujeres que reglan en los últimos meses del embarazo son sumamente raras, por otra parte los antecedentes, disipan toda clase de duda; pero de una manera general se puede decir que en la mujer que pierde sangre en sus últimos tres meses existe una hemorragia uterina. Entonces trataremos de investigar si es una hemorragia esencial ó sintomática, y para esto es menester tener en cuenta los carácteres distintivos de ambas.

Se sabe que la hemorragia esencial se observa al partir del sexto mes; pero principalmente en las seis últimas semanas de la gestacion, lo mas á menudo la pérdida es espontanea, la mujer no se acuerda de ningun accidente que pudiera haberle ocasionado, es en medio de sus ocupaciones ordinarias que ella es atacada. Algunas veces en

medio de la noche es sorprendida por la presencia de sangre que corre por los órganos genitales.

Otro carácter de esta clase de pérdidas es la repeticion tan frecuente con que se hacen, ordinariamente las primeras hemorragias son de poca importancia, de tal manera que si la mujer permaneciese en reposo el corrimiento cesaria. A cada reaparicion se hace mas abundante. En efecto, mientras las contracciones son mas fuertes, las relaciones vasculares están mas alteradas y por consiguiente la hemorragia tenderá siempre á reproducirse hasta la ruptura de las membranas. Despues de su ruptura las contracciones facilitarian el encage del feto, que presentándose en el orificio impide la corriente sanguínea; pero si las membranas se conservan intactas, las pérdidas aumentarán constantemente durante las contracciones, y disminuirán en el intérvalo de los dolores.

Lo contrario llega á suceder cuando la pérdida es ocasionada por un desprendimiento de la placenta, entonces entrando en contraccion la matriz, oblitera los vasos, sea por retraimiento de su propio tejido, sea por la compresion que ejercen las partes encerradas en su cavidad. Estos caractéres que acabamos de enumerar no son los suficientes para darnos una idea exacta de la insercion de la placenta en el cuello; son los signos racionales acompañados del tacto que nos han de conducir al diagnóstico positivo. Este medio de esploracion es fácil, cuando el orificio está entreabierto como sucede en los últimos meses del embarazo en las mujeres que han tenido hijos; pero en las primíparas es lo mas á menudo imposible que el dedo pueda penetrar en el cuello y tocar la placenta.

Es necesario al practicar el tacto hacerlo con mucho cuidado para no renovar la hemorragia. Si la hemorragia se detiene, será conveniente no introducir mas el dedo, porque

muchas veces los coagulos sanguíneos, obturando por completo la vagina y el cuello hacen difícil y peligrosa la esploracion.

Una vez penetrado el dedo en el cuello se le puede conocer por su blandura y fragilidad, pero no se la debe tocar sinó con prudencia.

Si la placenta está inserta sobre el orificio interno, el dedo sentirá un cuerpo blando, esponjoso, depresible y desigual, si es al rededor del cuello se le podrá sentir alguna parte de su borde cerca de la márgen del orificio.

En este caso las membranas que constituyen la placenta, en lugar de ser delgadas, lisas y delicadas como deben ser, están espesas y tomentosas.

Si se examina á una primípara, se siente el peloteo de una manera mas oscura, pero con la conciencia de que hay entre el dedo y la cabeza un cuerpo blando y espeso. Es menester saber tambien que hay enfermedades bastante comunes de la matriz, que pueden simular la insercion sobre el cuello y producir hemorragias periódicas y espontáneas en los últimos meses del embarazo, tales son por ejemplo, los cánceres granulosos del cuello. La no comprobacion de los signos que hemos enumerado, nos hará sospechar que se trata de una hemorragia accidental y lo mas á menudo se la podrá relacionar á una causa ocasional apreciable, con la siguiente particularidad que hacen notar los autores, á saber: que el corrimiento sanguíneo cesa ó disminuye durante las contracciones y aumenta en su intérvalo, mientras que lo contrario tiene lugar cuando la pérdida es esencial.

Cuando la hemorragia es interna su diagnóstico consiste en la consideracion de los síntomas locales y generales, añadiremos solamente que en las hemorragias graves, se tendrá mucho cuidado en no confundir el desarrollo con-

siderable del vientre, signo de gran valor con una timpanitis ó una hidropesia del amnios. Pero la sonoridad en el primer caso, la lentitud del desarrollo del vientre en el segundo, así como la ausencia de síntomas generales, son suficientes para establecer el diagnóstico. La no elevacion del vientre, nos servirá para distinguir los síncopes nerviosos que sobrevienen durante el trabajo de los que son producidos por una hemorragia interna. El síncope acompaña igualmente á la ruptura de la matriz, pero el grito desgarrador que exhala la mujer y el dolor vivo y súbito que ella siente, el estado de agonía profundo que le sucede, y todo esto agregado á los signos suministrados por la palpacion y tacto vaginal, harán no confundir este terrible accidente con la hemorragia uterina.

Respecto de las hemorragias del período de espulsion de la placenta, y de las consecutivas, no son de difícil diagnóstico. En un parto normal, despues de la salida del niño, la sangre que se pierde, es de poca consideracion; si esta corriente traspasa los límites de lo normal debe considerarsela como una hemorragia. Tambien se hace una pérdida de sangre al estraerse la placenta, pero es de poca importancia.

Para no ser sorprendido por ninguno de estos accidentes, debe tenerse mucho cuidado en examinar el vientre de la mujer antes y despues de la extraccion de la placenta y al mismo tiempo ver en qué estado se encuentra el pulso.

En la hemorragia externa, la mujer siente salir por la vulva un líquido tibio que moja las sabanas que la cubren; cuando esta es muy abundante se manifiestan síntomas generales muy alarmantes. Algunas veces la hemorragia no solamente es externa sinó interna, entonces se dice que es mixta, en este caso presentará los síntomas de ambas, ya citados mas arriba.

Las consecutivas que aparecen algunos dias despues de la espulsion de la placenta, son debidas á una causa distinta que las hacen diferenciar de las otras, no las mencionamos por no repetir lo mismo que al hablar de las causas que producen estas hemorragias.

PRONÓSTICO

El pronóstico es para la madre y para el niño. En general todas las hemorragias externas son menos graves que las internas porque está mas prontamente advertido el médico y se las puede combatir desde el principio, mientras que las internas se revelan siempre traidoramente, sin que la mujer tenga conciencia y sin que el médico las sospeche.

Observaremos sin embargo que la hemorragia interna no inspira tan sérios temores respecto de la madre, mientras que el útero mantenga el huevo intacto, porque de esta manera las paredes no se destienden y el útero no admite sinó una pequeña cantidad de sangre. Sucede á menudo que un gran número de estas hemorragias, quedan ignoradas hasta la terminacion del parto, pero se presentan tambien casos en que son bastante graves, como para ocasionar el parto prematuro, debido á la presencia de los coágulos que producen las contracciones uterinas. Las hemorragias son tanto mas graves cuanto menos próximas son del parto, porque el mejor medio de contenerlas es evacuar el útero.

Las hemorragias uterinas que se declaran en los últimos meses y durante el trabajo del parto son graves, no solamente para la madre sinó para el niño. Estas hemorragias, como hemos visto, tienen por causa la mayor parte de las veces, la insercion viciosa de la placenta.

Simpson y Churchill, en sus estadísticas nos muestran el peligro que ellas pueden ocasionar.

En 399 casos de este vicio de insercion observados por el primero, perecieron 134, es decir, un poco mas de la tercera parte ó sea 35 %. Los del segundo son 174, de los cuales fallecieron 48, lo que dá 1 por 3.

Sin embargo, el peligro no es el mismo en todos los casos, pues depende del punto de implantacion de la placenta la mayor ó menor gravedad. Así cuando esta se encuentra en el centro mismo del cuello, es muy sério el pronóstico.

En este caso no hay formacion de bolsa de las aguas, el cuello no se dilata y la mujer hace contínuos esfuerzos para ver de apresurar el trabajo, hasta que las fuerzas le faltan, sobreviniendo la inercia uterina y de allí una de las hemorragias mas mortales.

Respecto de las hemorragias producidas, cuando la placenta está inserta en las inmediaciones del cuello, el juicio que uno se forma tiene que ser mas favorable que el anterior porque entonces una vez rotas las menbranas y que los esfuerzos uterinos continuan, la cabeza del feto, al encajarse, comprime los vasos é impide de esta manera la hemorragia.

Otra de las hemorragias terribles son aquellas que aparecen en el período de espulsion de la placenta. Arrojado el niño, el útero se retrae, y la placenta se desprende, pero si el útero no entra en contraccion, el órgano cae en la inercia, los senos uterinos abiertos dan sangre en abundancia y si no se interviene á tiempo, la mujer puede dejar de existir.

Las hemorragias consecutivas presentan la gravedad de reconocer por causa, una predisposicion en la mujer, predisposicion que por el menor motivo puede desarrollarla y ser un obstáculo á su detencion.

TRATAMIENTO

Las hemorragias de las mujeres encinta, como lo dice con muchísima razon Velpeau, son enfermedades que exigen la mayor sangre fria y los mayores conocimientos. En presencia de estos accidentes, unos minutos tan solo deciden de la vida ó de la muerte de dos séres igualmente queridos. Lo que importa es la eleccion eficaz del remedio y su aplicacion pronta, sin abrigar temor de ninguna clase que muchas veces suelen sernos funestos. Los medios á los cuales se recurre, se los divide en generales y locales.

Medios generales. — La mujer deberá guardar un reposo absoluto, será acostada en un lecho algo duro y en posicion horizontal, teniendo cuidado de levantar un poco la pélvis, su cuarto se le mantendrá perfectamente bien aereado, mas bien frio que caliente, aun en invierno. La enferma estará ligeramente cubierta, se guardará silencio al rededor de ella, y se evitará una luz demasiado viva. Se le mandará bebidas frias, aciduladas con vinagre, jugo de limon, y se le practicará el cateterismo á menudo. La dieta será ordenada durante las 24 primeras horas y si la mujer es pletórica y la pérdida ligera, una pequeña sangría del brazo podrá practicarse, pero deberá ser proscripta en general en las mujeres débiles y delicadas, así como tambien siempre que la pérdida sea notable ó cuando dependa de la insercion de la placenta en el cuello. Detenida la hemorragia, la mujer guardará el reposo en el lecho durante 15 dias para evitar las recidivas.

Medios especiales. — *Hemorragia ligera antes del trabajo* — Los medios generales son suficientes á menudo;

en el caso contrario se recurrirá al frio exteriormente, es decir colocando lienzos empapados en el bajo vientre, los cuales se renovarán cada diez minutos.

Es necesario esprimirlos bien antes de aplicarlos, para impedir que corra el líquido por las otras partes del cuerpo, para evitar el enfriamiento general que puede sobrevenir, sobre todo en las mujeres débiles, que podria dar por resultado un síncope mortal. Es menester, pues, que mientras las partes inferiores estén espuestas al frio, se entreguen á las superiores á un calor suave, para mantener la incubacion en los órganos esenciales á la vida.

Si á pesar del empleo de este medio, la hemorragia continuase, se la consideraria como una pérdida grave y como tal se la tratará.

Cuando la hemorragia es grave y que los medios puestos en práctica son impotentes para cohibirla, se procede entonces al taponamiento, el cual deteniendo la sangre en el cuello uterino, dá lugar á la formacion de coágulos que impiden su salida al exterior.

Pero el tapon desempeña otro rol muy importante, su presencia, como cuerpo estraño, irrita contínuamente el cuello, y esta irritacion trasmitida al fondo de la matriz, provoca las contracciones que pueden verificar la dilatacion del orificio.

Entonces se podrá romper las membranas y abandonar el parto á los esfuerzos de la naturaleza, ó terminarlo artificialmente segun las circunstancias.

Cuando bajo la influencia del tapon las contracciones son bastante enérgicas, se administrará para adelantar el parto el cornezuelo de centeno en los momentos en que los dolores principien.

Hay varias maneras de aplicar el tapon, el de Dubois es el siguiente: la mujer estando acostada en la posicion

decúbito dorsal, con los múslos en flexion sobre la pelvis y separados, se principia por introducir en el fondo de la vagina, con los dedos ó por medio de pinzas, sirviéndose al mismo tiempo del espéculum, doce ó quince bolitas de hilas, del tamaño de una nuez, de manera que llene exactamente toda la cavidad. Estas bolitas deben ser préviamente unidas en su parte media, por un hilo doble, bastante largo para poder ser atado al exterior, con el fin de que el tapon pueda ser fácilmente retirado cuando sea necesario. Se completa el taponamiento con otras tantas bolitas de hilas simples y sueltas, se aplica en seguida una compresa sobre las hilas y se hace un vendage en T.

Si las contracciones uterinas se manifiestan rápidamente, y de una manera enérgica, el tapon no permanecerá mas tiempo que el necesario para que la dilatacion se haga; en el caso contrario se le deja, diez, quince y aun veinte horas, en una palabra, hasta que ellas se despierten.

Se debe renovar el tapon cuando esté impregnado de sangre, porque si no se hace, la mujer sufre y hasta se producen accidentes nerviosos que hacen renunciar su uso.

Si la hemorragia tiene lugar cuando el cuello no está dilatado, ni dilatable, y las membranas están intactas, se aplicarán todos los medios generales y una sangría si la mujer es pletórica.

Cuando el orificio está dilatado y las membranas intactas, es menester ver si la pérdida es ligera y si tiende á aumentar; convencido de que la hemorragia aumenta, se romperán las membranas, para que el útero retrayéndose haga disminuir esta.

Si el cuello está dilatado y rotas las membranas se aplicará el cornezuelo de centeno. Si accidentes del periné ó un vicio de conformacion de la pélvis, vienen á oponer

una contraindicacion, es necesario terminar el parto artificialmente.

Cuando la hemorragia es grave y el cuello no está dilatado, y las membranas se encuentran intactas, no se puede penetrar en la matriz por una dilatacion forzada y terminar el parto por la version; en este caso se procede al taponamiento y se administra al mismo tiempo el cornezuelo. Obtenida la dilatacion del orificio, se rompen las membranas y se abandona el trabajo á sus propias fuerzas, siempre que no sobrevenga algun accidente que obligue al partero á terminarlo artificialmente.

En el caso de pérdida grave con insercion central de la placenta, es necesario operar el desprendimiento de esta en el punto en que ya ha principiado, es decir, en el punto mas delgado para tener seguridad de encontrar uno de sus bordes.

La mano estando colocada tan arriba como sea posible, por encima del borde que se acaba de desprender, se rompen las membranas y se la dirije inmediatamente á buscar los piés para hacer la version.

Sin embargo si el niño está muerto, ó bien si la hemorragia es muy abundante que amenace la vida de la madre se perforará la placenta ó siguiendo el ejemplo de Simpson se la extraerá antes que el feto.

Otro de los casos muy difíciles de tratar es, cuando las membranas están rotas y el cuello no está dilatado ni es dilatable. Aquí no se puede aplicar el tapon que no haria mas que transformar la hemorragia externa en interna. El cornezuelo de centeno, está contraindicado por encontrarse cerrado el cuello. ¿Qué queda pues que hacer en este caso? Se puede recurrir á los medios combinados, aplicar el tapon, al mismo tiempo que un vendaje de vientre bastante apretado para oponerse á los progresos de una

pérdida interna, cuidando de vigilar el desarrollo de la matriz.

Si estos medios no traen la dilatacion del cuello es necesario excitarlo con el dedo repetidas veces, prévia uncion de extracto de belladona. Si aún fuéramos desgraciados en nuestras maniobras, los dilatadores de Barnes ó de Tarnie podrán darnos resultados mas felices. Por último, dado el caso que los dilatadores fuesen á su vez impotentes y si la hemorragia fuese muy abundante, deberiamos sin trepidar recurrir á las escarificaciones del cuello, teniendo cuidado que estas sean practicadas en las partes sanas, cuando una enfermedad, el cáncer por ejemplo, tuviera su sitio en dicha region.

Este proceder que es el de P. Dubois, está contraindicado, cuando el cuello es muy espeso, ó que la placenta le da una gran vascularidad. Finalmente cuando este está dilatado y las membranas rotas, el tapon está formalmente contraindicado, se debe entónces terminar el parto por la version, si la cabeza está por encima del orificio, y por el forceps, si está en la escavacion.

El tratamiento de las hemorragias internas no difiere en nada del de las externas, tanto para los casos ligeros como para los graves.

HEMORRAGIAS DEL ALUMBRAMIENTO

Estas tienen por causa principal, la inercia uterina.

Con el objeto de evitar este accidente se administrará el cornezuelo de centeno al irse á terminar el parto ó despues que ha sido arrojado el niño.

Todo lo que se ha dicho en el tratamiento de las hemor-

ragias en general, es aplicable en las que se producen despues de la espulsion de la placenta.

Un medio muy eficaz y que solamente en estos casos puede usarse es la compresion de la aorta, una mano experimentada ó ambas mejor, aplicada sobre la aorta, detiene la hemorragia y si al mismo tiempo usamos de los otros medios, es difícil que ella no se detenga. Hemos dicho que la compresion de la aorta solamente es aplicable en las hemorragias del alumbramiento, en efecto en las que se desarrollan, cuando el útero está lleno es imposible que ella pueda llegar hasta la arteria, por impedírselo el feto, que hace ascender el útero mucho mas arriba del punto en que es accesible el vaso.

Si la compresion, ayudada por los otros medios no nos detuviese la pérdida sanguínea, debemos entónces recurrir á otros mas peligrosos, la mano sola ó llevando consigo un lienzo empapado en una solucion de ácido acético es paseada atrevidamente por la mucosa uterina.

La irritacion producida por este medio despierta en el útero las contracciones y por consiguiente detiene la pérdida.

En un caso extremo, solamente cuando todo hubiere fracasado, recien entónces podremos taponar.

Si la sangre detenida por el tapon, llega al peritoneo é inflama esta membrana, cúlpese entónces no al partero sinó á la naturaleza.

Vº Bº.

PEDRO ANTONIO PARDO.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

ANATOMIA. — Estructura y disposicion del hígado y de la vena porta.

PATOLOGIA GENERAL. — Diferencia entre el delirio y la alucinacion.

MATERIA MÉDICA Y TERAPÉUTICA. — Accion fisiológica y efectos terapéuticos del arsénico.

CLÍNICA MÉDICA. — Tratamiento de las enfermedades del corazon.

MEDICINA LEGAL. — ¿Qué derechos tienen los enagenados ante la legislacion civil?

OBSTETRÍCIA. — Aplicaciones del Forceps.

PATOLOGIA EXTERNA. — Deformidades del Raquis.

OFTALMOLOGÍA — Indicaciones de la Iridectomia.

Ezb