2962

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PLACENTA PREVIA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

SEVERO GONZALEZ

EX-INTERNO POR CONCURSO DEL HOSPITAL RIVADAVIA

1894 - 97

BUENOS AIRES

Imprenta de Obras de A. J. Berra—Bolivar, 455.

1897.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PLACENTA PREVIA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

SEVERO GONZALEZ

EX-INTERNO POR CONCURSO DEL HOSPITAL RIVADAVIA

1894 - 97

BUENOS AIRES

Imprenta de Obras, de A. J. Berra—Bolivar, 455.

1897.

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en esta tesis.
(Art. 162 del Reglamento).

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Doctor D. ENRIQUE E. DEL ARCA

Vice-Decano

Doctor D. PEDRO MALLO

Académicos Titulares

Doctor D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » JOSÉ T. BACA
» » RAFAEL HERRERA VEGAS
» » PEDRO MALLO
» » JACOB DE T. PINTO
» » EUFEMIO UBALLES
» » JUAN R. FERNÁNDEZ
» » ENRIQUE E. DEL ARCA
» » PEDRO N. ARATA
» » MANUEL BLANCAS
» » ROBERTO WERNICKE
» » PEDRO LAGLEYZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GUEMES
» » ELISEO CANTÓN

Académicos Honorarios

Doctor D. ERNESTO ABERG
» » PABLO MARENGO
» » EDUARDO WILDE
» » MARTÍN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI

Secretario Titular

Doctor D. LUIS M. ACUÑA

Pro-Secretario

Doctor D. ZENÓN AGUILAR.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos titulares
Anatomía descriptiva	Doctor	Juan José Naón.
Anatomía topográfica	»	Juvencio Z. Arce.
Histología teórico-práctica	»	Rodolfo de Gainza.
Fisiología general y humana	»	Vacante.
Patología general y ejercicios clínicos	»	Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma.
Higiene pública y privada	»	Melitón G. del Solar.
Patología externa	»	Obdulio Hernández.
Patología interna	»	José Penna.
Anatomía patológica	»	Telémaco Susini.
Bacteriología	»	Cárlos G, Malbran.
Medicina operatoria	»	Adalberto Ramaugé.
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica	»	Enrique Bazterrica.
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica	»	Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica	»	Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas y su Clínica	»	José M. Ramos Mejía.
Enfermedades mentales y Clínica respectiva	»	Domingo Cabred.
Clínica Quirúrgica	Dres.	Julián Aguilar. Antonio C. Gandolfo.
Clínica médica	Dres.	Vacante. Gregorio N. Chaves. Luis Guemes.
Obstetricia y Clínica respectiva	Doctor	Samuel A. Molina.
Medicina legal	»	Eduardo M. Pérez.
Toxicología	»	Juan B. Señorans.
Química aplicada á la Medicina	Dres.	Pedro N. Arata. Atanasio Quiroga
Física médica	Doctor	Jaime R. Costa.
Zoología médica	»	Eliseo Cantón.
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Baldomero Sommer.
Laringología, otología, rinología	»	Eduardo Obejero.
Farmacia teórica	»	Juan A. Boeri.
Farmacia práctica	»	J. Manuel Irizar.
Botánica médica	»	Adolfo Mujica.
Obstetricia para alumnas parteras	»	Juan R. Fernández.
Odontología	»	Nicasio Etchepareborda.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Anatomía descriptiva	Doctor Juan D. Piñero.
Anatomía topográfica	» Avelino Gutiérrez.
Histología (teórico-práctica)	» Samuel de Madrid,
Fisiología general y humana	» Pedro J. Coronado, en ejer.
Higiene pública y privada	Dres. Enrique Revilla. / Ricardo Schatz.
Patología general y ejercicios clínicos	Doctor Gregorio Araoz Alfaro
Materia Médica y Terapéutica	Dres. Enrique E. del Arca. / Angel M. Centeno.
Patología externa	» Pascual Palma. / Daniel J. Cranwell.
Patología interna	Doctor Marcial V. Quiroga.
Anatomía patológica	» José Badia
Medicina operatoria	» Alejandro Posadas.
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica	Dres. Alfredo Lagarde. / José F. Molinari.
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica	» Facundo Larguía. / Antonio F. Piñero.
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica	» Francisco Barraza. / Teófilo A. Moret.
Enfermedades nerviosas y su Clínica	» José A. Esteves / José R. Semprun
Enfermedades mentales y Clínica respectiva	Doctor Benjamin T. Solari
Clínica Quirúrgica	Dres. Juan B. Justo. / Alejandro Castro. / Diógenes Decoud.
Clínica Médica	« Abel Ayerza. / Julio Méndez. / Francisco Sicardi. / Ignacio Allende.
Obstetricia y Clínica respectiva	Doctor Luis F. Vila.
Física médica	» Juan J. Galiano
Medicina legal y Toxicología	Dres. F. de Veyga / Domingo Cavia
Química aplicada á la Medicina	Doctor Vacante.
Farmacia práctica	» Vacante.
Laringología, otología, rinología	» Wence lao Tello.
Enfermedades venéreas y dermatología	» Maximiliano Aberastury
Obstetricia para alumnas parteras	» Enrique Pietranera.
Odontología	» Leon Pereyra

PADRINO DE TESIS

Academico: Doctor ENRIQUE E. DEL ARCA

Señores Académicos:

Señores Profesores:

Para llenar la última prescripción que nuestra facultad nos exije al abandonar sus aulas, elevo á vuestra consideración este trabajo, que versará sobre una de las complicaciones más temibles, pero felizmente muy raras, á que está expuesta la mujer, al cumplir con el más sagrado de sus deberes: al ser madre.

Al decidirme á escribir sobre *Placenta Previa*, lo hago sin la más mínima pretensión de contribuir con algo nuevo á su estudio; pues el único objeto que me lleva es presentaros las historias de varios casos en que he tenido la felicidad de intervenir, ya directamente en algunos é indirectamente en otros, durante el tiempo que estuve á cargo de la Maternidad del Hospital Rivadavia, como interno de ese servicio.

Dividiré este trabajo en tres partes: en la primera, haré una ojeada rápida, pero lo más completa posible de la etiología, síntomas, etc. de la placenta previa; en la segunda, expondré algunas teorías que se han dado para explicar las hemorragias y la conducta que observaremos en presencia de ellas; y en la tercera, reproducire

las historias de seis casos que he seguido de cerca en la Maternidad del Rivadavia.

Antes de entrar en materia, permitidme que dirija una palabra de agradecimiento á todos mis profesores por las sabias lecciones que he recibido de ellos; á los Médicos de salas del Hospital Rivadavia que han sido mis verdaderos guías en el escabroso estudio de la medicina y que han sabido inculcarme amor por su estudio; á nuestro distinguido decano Doctor Enrique E. del Arca, que me hace el honor de acompañarme como padrino en este momento; á mis compañeros de internado, y á los que han contribuído en algo á la terminación de mis estudios: á todos ellos debo una palabra de gratitud.

PRIMERA PARTE

De la placenta previa

Para clasificar las inserciones da la placenta en el útero grávido, Barnes lo ha dividido en tres regiones: superior, media é inferior; limitada la primera por un plano que pasara á ocho centímetros debajo del polo superior del útero y la inferior por otro plano que pase á la altura del anillo de Bandl, quedando la región media ó ecuatorial comprendida en estos dos planos.

La placenta normalmente se inserta en la región superior ó en la ecuatorial del útero, de manera que las inserciones placentarias colocadas debajo del anillo de Bandl, son las denominadas *inserciones viciosas* ó *placentas previas*.

Sentados estos principios, definamos lo que en obstetricia se denomina *placenta previa*.

Se llama *placenta previa*, cuando la inserción placentaria se hace en el segmento inferior del útero, obstaculizando el libre desarrollo de ese segmento uterino y siendo, por consiguiente, cau-

sas de accidentes más ó menos graves durante los últimos meses del embarazo.

La mayor parte de los autores admiten cuatro variedades de placenta previa: *central, parcial, marginal* y *lateral.* Pinard no admite más que dos variedades, la primera en la cual la inserción se encuentra colocada más ó menos cerca del cuello, sin recubrirlo, y la segunda variedad, en la cual la placenta recubre en parte ó en totalidad el orificio interno del cuello.

Con relación á la frecuencia de estas variedades, las estadísticas citadas por diversos parteros asignan á la variedad lateral y marginal el mayor número, siendo la variedad central la más rara de todas, como lo atestiguan las palabras del eminente profesor Pinard, cuando dice:

«Yo debo confesar mientras tanto, que no he encontrado aún un solo caso de inserción de la llamada central ó completa. Durante mi internado en la Maternidad, en mi clientela particular, desde que dirijo el servicio de Maternidad de Lariboisiére no he visto más que inserciones parciales. Varias veces es verdad se me ha dicho que la inserción era central, pero un examen más completo me permitió reconocer que al lado de los cotiledones que parecían estar al centro del orificio se encontraban membranas.

«Entonces sin querer negar de ninguna manera la existencia de la inserción llamada centro por centro, la creo excesivamente rara, pues que no tomando más que las cifras formadas por la estadística de Lariboisiére, desde que

yo dirijo el servicio, se encuentra en 6960 partos, 26 inserciones viciosas de la placenta, habiendo dado lugar á hemorragia. Y en estos 26 casos la inserción era marginal».

Yo he sido más feliz quizás que Pinard, pues he tenido oportunidad de observar dos casos de placenta previa central, diagnosticada por nuestro distinguido profesor de partos, cuya autoridad en esta materia es indiscutible, como se verá en las historias que más adelante detallaré.

Etiología.—Queriendo explicar las causas que producían la inserción viciosa de la placenta cada autor ha emitido una teoría que sería extenso enumerarlas aquí todas y me contentaré con algunas que parecen más admisibles.

La inserción viciosa es más común en las multíparas que en las primíparas y para explicar se invoca las deformaciones que sufre el útero de resulta de los embarazos anteriores, el relajamiento ó el reblandecimiento según Scanzoni; la amplitud de la cavidad uterina y los estados patológicos anteriores del útero que hacen á la mucosa uterina lisa y que por consiguiente la ponen diferente de la que existe en los embarazos normales, invoca Schrœder; Depaul dice que es debido á la «ausencia de congestión de la mucosa uterina en el momento que el huevo llega á la matriz».

Las deformaciones del útero también han sido invocadas para explicar estas inserciones vicio-

sas, teoría más ó menos admisible si se tiene en cuenta el caso observado por Ingleby de una mujer multípara en que todos sus partos habían sido complicados por esta variedad de inserción de la placenta; que al practicarle la autopsia encontró que las trompas se abrían en el segmento inferior del útero.

Así como ésta ¡cuántas mujeres habrá que sus trompas tengan la misma situación y que la mayor parte de ellas no se puede comprobar por falta de autopsia!

Las enfermedades anteriores de la matriz con más ó menos justicia han sido también invocadas para explicar las causas de la inserción viciosa de la placenta, diciendo que las lesiones anatómicas que producen impedirían que el huevo quedara detenido en el segmento superior del útero; cayendo, por consiguiente, en los alrededores del orificio interino del cuello.

También se han incriminado á los viajes en ferrocarril ó en coche al principio del embarazo, diciendo que las trepidaciones sufridas hacían descender el huevo al orificio interno del cuello. Pinard, con las reservas del caso, se pregunta si esas trepidaciones no serían realmente una causa, pues que él ha tenido ocasión de observar algunos casos en semejantes circunstancias; por su parte Jacquemier emite esa misma teoría.

Caracteres anatómicos de la placenta.—Cuando hay inserción viciosa de la placenta, ésta no

toma la forma que generalmente tiene, es decir, la forma redondeada ó circular, sino que es más ó menos irregular, extendiéndose en ancho lo que no puede en espesor, tomando de esa manera una forma más ó menos bilobular.

Se necesita estar siempre prevenido de este carácter de la placenta para no cometer errores de diagnóstico en vista de la manera de insertarse, como voy á explicarlo.

Insertándose la placenta en el segmento inferior del útero, se extiende hasta el orificio interno del cuello, llegando á recubrirlo con algunos cotiledones y á consecuencia de modificaciones anatómicas que sufren los cotiledones que se hallan intermedios entre los que cubren el cuello y el resto de la placenta, se atrofian, formando de esa manera un puente con las membranas.

Examinada una mujer que reuna estas condiciones, se puede llegar á no tocar más que las membranas si está al principio de su trabajo, ó tocar el cotiledón si está más avanzado, y de ahí resulta que se diagnostique placenta previa marginal ó central.

Un error de este género fué cometido por Pinard en una mujer atendida por él. Habiéndola examinado por primera vez, no encontró más que las membranas y creyendo en una inserción normal, á pesar de tener el antecedente de una gran hemorragia anterior, se retiró, cuando horas después fué nuevamente llamado y á un nuevo examen pudo constatar que un

cotiledón se encontraba al centro del orificio interno.

De parte de las membranas se encuentran también algunas modificaciones. Su espesor está generalmente aumentado, haciéndose algu nas veces difícil poder romperlas con el dedo, teniendo necesidad de recurrir á instrumentos especiales.

Todos estos caracteres son más ó menos marcados según que la inserción placentaria esté más ó menos cerca del orificio interno del cuello.

Síntomas.—Los síntomas á que da lugar la placenta previa durante el embarazo por su importancia pueden reducirse á cuatro, que son: *hemorragia, ruptura prematura de las membranas, parto prematuro y malas presentaciones*; vamos á estudiarlos ligeramente.

La hemorragia es el síntoma dominante de la inserción viciosa de la placenta y por consiguiente es el guía más seguro para el diagnóstico; aquí trataré de hacer ver la forma en que se presenta, su frecuencia y la época del embarazo en que aparece, dejando para más adelante las diversas teorías que se han emitido para explicar su producción.

Las pérdidas sanguíneas se producen durante el embarazo, en el trabajo del parto y en el alumbramiento, aunque puede llegar al final del embarazo sin haber tenido ninguna hemorragia,

como tendré ocasión de demostrarlo en las historias que publico.

La hemorragia se presenta en el embarazo, de una manera insidiosa casi sin sospecharla, pues que la mujer no la siente sino cuando se encuentran teñidas con sangre sus ropas. Estas pérdidas sanguíneas pueden ser insignificantes, detenerse por sí solas y no volver sino algún tiempo después; pero en otros casos son graves desde un principio, tanto por su abundancia como por su persistencia.

En el trabajo la hemorragia puede reaparecer ó presentarse por primera vez, debiendo su gravedad á la abundancia con que se produce ó al estado en que se encuentra la paciente debidas á las pérdidas anteriores ó á cualquiera otra causa que haya determinado su organismo.

En el alumbramiento la hemorragia puede presentarse nuevamente con más ó menos gravedad, debido á que el segmento inferior del útero no se contrae y no puede, por consiguiente, estrechar los vasos que quedan abiertos por el desprendimiento de la placenta, vasos que son de importancia y que penetran en el útero por debajo del anillo de Bandl, como lo ha demostrado Hofmeier.

Respecto de su frecuencia, podremos decir que es tanto como la placenta previa, pues que si no se presenta durante el embarazo, se presenta en el momento del parto ó después de él, siendo, por consiguiente, inevitable.

Estas hemorragias aparecen casi siempre ha-

cia el séptimo ú octavo mes del embarazo, aun que algunas pueden aparecer más temprano; sin embargo, la mayor parte de esas hemorragias son debidas más bien á abortos ó á causas traumáticas que obran directamente sobre el útero.

Otro de los síntomas importantes de la placenta previa es la ruptura prematura de las membranas y para explicar este síntoma diversas teorías han sido emitidas, como ser delgadez, que no me parece aceptable, puesto que hemos visto que las membranas en estas anomalías están engrosadas; la única causa que puede condenarse son los tiramientos que sufre el corion que al no poder distenderse se rompe como lo explica Pinard.

El parto prematuro, otro de los signos de esta anomalía de inserción de la placenta, viene á consecuencia de las abundantes hemorragias y á la ruptura prematura de las membranas.

Las malas presentaciones también han sido observadas èn los casos de inserción viciosa de la placenta, debido sin duda á que ocupando ésta el segmento inferior del útero, impide que el feto siga las leyes de la acomodación.

Consecuencias de la inserción viciosa de la placenta.—Esta complicación del embarazo es uno de los accidentes más graves, tanto antes

del parto, como en el momento del parto, como después.

Hemos visto los caracteres que presenta, y principalmente dos de ellos, la hemorragia y la ruptura prematura de las membranas y como consecuencia se produce el aborto ó la expulsión prematura del feto, trayendo trastornos más ó menos graves que amenazan á la madre y al feto.

Vamos á ver cuáles son estos peligros que amenazan tanto á la madre como al feto:

1° Las hemorragias si han sido abundantes colocan á la mujer en una situación muy grave que muchas veces le acarrean la muerte, á pesar de todos los cuidados que se le prodiguen.

Las mujeres se colocan también en condiciones más propicias para una infección; la ruptura prematura de las membranas, la lentitud con que se efectúa el trabajo, son causas que podrían originar aquélla si no se tienen los cuidados antisépticos que debe observarse. La cantidad de sangre disminuída busca de recuperar sus elementos constituyentes en todo el organismo y de esa manera absorbe hasta los desperdicios, originando así una auto-intoxicación, tanto más grave cuanto mayor haya sido la pérdida sanguínea y menos cuidados se hayan puesto para combatirla.

El segmento inferior del útero siendo menos contráctil que el cuerpo y estando en esta parte del órgano los más grandes vasos, es casi siempre atacado de inercia y como consecuencia so-

brevienen hemorragias graves después del alumbramiento y quedando los vasos abiertos por falta de contracción, son otras tantas bocas de recepción de una infección.

Las malas presentaciones que origina la placenta previa debidas á que ocupando este órgano el segmento inferior del útero, impide que la ley natural de la acomodación se verifique, colocando al feto en condiciones de acomodarse trasversalmente, lo que es muy común en estos casos, exponiendo de esa manera á intervenciones más ó menos graves.

2° Las consecuencias que acarrea para el feto la inserción viciosa de la placenta no son menos graves, como vamos á ver.

La ruptura prematura de las membranas, pueden ocasionar la expulsión del feto antes de término y por consiguiente estar más expuesto á perder la vida, á consecuencia de su falta de desarrollo y por la mala nutrición recibida por una placenta no bien desarrollada.

Las procedencias del cordón umbilical, debidas á las malas presentaciones y á encontrarse la placenta insertada en el segmento inferior del útero, es una otra causa de la mortalidad infantil.

Las estadísticas demuestran que la mortalidad es muy grande, llegando á 50 y 75 por 100, y no puede ser menos, dadas las complicaciones que acarrea la inserción viciosa de la placenta y que dejo enumeradas á la ligera.

Diagnóstico.—Diversos síntomas presentan algunas mujeres, como ser: tenesmo vesical, fuertes pulsaciones de parte de los órganos genitales y mucha pesantez; síntomas que han sido observados por algunos autores, pero que están lejos de ser ciertos ó seguros; de manera que el único signo que puede ponernos en la vía del diagnóstico es la hemorragia.

Dos casos pueden presentarse; la mujer pierde ó ha perdido durante su embarazo, ó no ha perdido sangre durante toda la gestación.

En el primer caso es muy difícil llegar al dignóstico por los datos que suministra la enferma y aun por la palpación, pues son casi nulos los resultados que se sacan de ella en estos casos.

El tacto puede llevarnos casi con seguridad al dignóstico. Este se debe practicar con precaución, para evitar desprender algún cotiledón y producir una nueva hemorragia.

Muchas veces no se encuentra nada y se llega hasta el orificio interno del cuello, donde recién se llega á percibir los bordes placentarios.

Las hemorragias de este estado son características y no se podrán confundir con las que otros estados patológicos del útero producen. Así, por ejemplo, la hemorragia proveniente de una *mola hidática*, no es una verdadera hemorragia, sino un líquido sero-sanguinolento y á más va casi siempre acompañado de la expulsión de vesículas. En los tumores del útero,

la manera como se presenta y los antecedentes que se tenga son datos suficientes para diferenciarlos.

La hemorragia puede ser alimentada por la ruptura de una várice de la vagina, lo que es necesario darse cuenta para evitar las consecuencias ulteriores.

En el segundo caso, es decir, que la mujer no haya perdido sangre durante todo su embarazo, se necesita un examen muy prolijo y atento para llegar al diagnóstico. El tacto es el único guía que tenemos en estos casos, por él nos damos cuenta de que el segmento inferior del útero está engrosado, pues que no se puede llegar con el dedo á tocar las partes fetales, sentimos la sensación de un cuerpo blando que se interpone entre el útero y aquéllas.

El tacto, he dicho ya, debe ser practicado con la mayor prudencia para evitar agravar la situación con alguna hemorragia.

Marcha.—Por lo que acabamos de ver, la inserción viciosa de la placenta puede ejercer durante toda la evolución del embarazo, en el momento del parto y despues de él, una gran influencia que vamos á estudiarla.

El embarazo puede ser interrumpido y provocarse un aborto ó un parto prematuro. Así, muchos de los abortos que pasan desapercibidos y en los cuales no se encuentra ningún

antecedente, pueden ser inculpados casi con seguridad á esta anomalía.

Las hemorragias de los primeros meses del embarazo, á consecuencia de una tentativa de aborto, no deben inculparse á la inserción viciosa de la placenta, aunque las dos se produzcan de una manera insidiosa, pues que la producida por la anomalía de inserción viene recién y más comunmente en el último trimestre del embarazo.

La expulsión prematura puede ser ocasionada por las mismas causas que el aborto y las estadísticas dadas por los autores están contestes, en lo que se refiere al número de partos prematuros, y esto se explica, porque produciéndose las hemorragias en los últimos meses del embarazo, hace difícil ó imposible la continuación de éste hasta su completo desarrollo.

El parto puede terminarse espontáneamente, pero muchas veces se encuentra modificado por su duración y por la posición que ocupa el feto en la cavidad uterina.

Puede ser largo, laborioso y complicarse con hemorragias graves que hacen necesaria una intervención activa si se quiere salvar al niño; otras veces las contracciones uterinas son débiles é impotentes á llevar la terminación normal del parto.

Las malas presentaciones, que son comunes en estos casos, hacen también imposible su terminación espontánea, teniéndolas que corregir y terminar el parto, ya sea artificialmente ó

dejando á la naturaleza que obre, como ha sido aconsejado por algunos autores.

El alumbramiento puede hacerse normalmente; pero siempre es necesario estar prevenido á los accidentes que pueden sobrevenir por el estado en que se encuentra el útero y por las adherencias que puede tener la placenta que hacen urgente su extracción manual.

Durante el puerperio, la mujer todavía se encuentra sujeta á muy serias complicaciones, quedando más que ninguna expuestas á las infecciones y á pesar de que el método antiséptico haya disminuído en gran parte esta complicación, no le es posible luchar con ventajas contra la receptividad mórbida en que quedan á consecuencia de las profusas hemorragias que han sufrido.

Pronóstico.—Basándonos en lo anterior, podemos llegar á sacar el pronóstico de esta grave complicación.

Este no es menos grave para la madre como para el feto. El aborto, el parto prematuro, las malas presentaciones, las procidencias del cordón umbilical y las hemorragias, son causas para que el pronóstico sea grave para madre é hijo; puesto que pueden dar lugar á intervenciones más ó menos serias que exponen la vida de ambos.

La mortalidad infantil es quizás más grande

que la mortalidad materna; dejando aparte los abortos, tenemos que las grandes hemorragias de la madre, colocándola en un estado de anemia más ó menos grave; las lesiones mismas de la placenta; las presentaciones viciosas que hacen necesario intervenciones, ponen en grave peligro la existencia del feto.

De manera que vemos que el pronóstico de esta complicación no puede ser más grave. En seis casos que presento y que he observado en la Maternidad del Rivadavia, dos mujeres y cuatro niños fallecieron, cuyas causas trataré de exponer al detallar las historias de cada caso en particular.

SEGUNDA PARTE

Conducta que observaremos en presencia de las hemorragias

Voy á pasar en revista algunas de las teorías que se han emitido sobre la patogenia de las hemorragias y recién entrar en el estudio de los diversos métodos de tratamientos que se han aconsejado, deteniéndome más en los que se han puesto en práctica en nuestra Maternidad.

Las hemorragias se producen por desprendimiento de la placenta,—en esto están conformes en admitirlo todos los autores; pero lo que los separa es la manera de explicar las causas de este desprendimiento.

Muchas teorías se han invocado y la que ha reinado más ha sido que abriéndose el cuello producía el desprendimiento. Esta teoría, emitida y sostenida durante mucho tiempo, vino á caer de resulta de los trabajos de Stoltz sobre el desarrollo del útero, que probó que el cuello no tomaba parte en este desarrollo hasta los últimos días del embarazo; sin embargo, no pudo dar con la verdadera causa de la hemorragia, emitiendo

por ese tiempo Jacquemier la teoría que vamos á detallar y la que generalmente se admite, con pequeñas modificaciones.

Teoría Jacquemier.—El útero se desarrolla durante los dos primeros tercios del embarazo á expensas del segmento superior y medio, como lo prueba Stoltz, y recién hacia el último tercio lo hace el segmento inferior. La placenta llega también á su desarrollo completo recién en esta época; de ahí resulta como consecuencia que le es imposible seguir el desarrollo que sufre el segmento inferior del útero. Con este motivo la falta de paralelismo, según Jacquemier, sería la causa del desprendimiento de la placenta y de las hemorragias consecutivas.

Teoría bastante admisible si se tiene en cuenta que el segmento inferior del útero es bastante estrecho para poder contener el huevo en los últimos meses del embarazo y que forzosamente tiene que dilatarse y como la placenta no puede seguirlo en su desarrollo, vienen tiramientos que hacen que se desprenda y se produzcan las hemorragias.

——

Teoría de Barnes—Para Barnes no sería el aumento de amplitud del segmento inferior del útero el que produciría el desprendimiento placentario; sino al contrario, la placenta desarrollándose completamente en los últimos meses del embarazo sería la culpable de esos desprendimientos, puesto que el segmento inferior no po-

dría acompañarlo. Atribuye también influencia á las congestiones periódicas que sufre la placenta, porque dice que las hemorragias coinciden con las épocas menstruales.

Esta teoría no es aceptable, puesto que hemos visto que el segmento inferior del útero se desarrolla en los últimos meses, mientras que la placenta ya ha llegado en esta época á su completo desarrollo; á más, las hemorragias no son periódicas como pretende Bernes, ni son debidas á congestiones; como es natural, esta teoría no ha sido admitida por ningún autor.

Teoría de Duncan.—Duncan dice: «estas hemorragias sobrevienen muy frecuentemente sin que haya desprendimiento de la placenta, aunque en algunos casos, sin duda alguna, este desprendimiento tenga lugar. En los casos de hemorragias por inserción viciosa que he podido observar, no he encontrado sobre este órgano caracteres patológicos que deben, según creo, sobrevenir después de un desprendimiento parcial, datando de uno ó varios meses; y en la mayoría de los casos que encuentro relatados no se hace mención de alguno de estos caracteres mórbidos de la placenta.

« Esta variedad de hemorragia puede sobrevenir de cuatro maneras:

1° Por ruptura de un vaso útero-placentario al nivel ó arriba del orificio interno del útero;

2° Por la ruptura de un seno marginal útero

placentario en el área del desprendimiento prematuro espontáneo, no cuando la inserción de la placenta es central ó que cubre el orificio interno, sino cuando uno de sus bordes situado sobre el orificio interno ó cerca de él;

3° Por separación parcial de la placenta á consecuencia de las contracciones uterinas que determinan una ligera dilatación del orificio uterino. Tales hechos pueden ser descriptos, como los casos de falsos partos que principian, pero que se detienen muy temprano;

4° Por separación parcial de la placenta á consecuencia de una causa accidental, un choque ó una caída.»

Para explicar el mecanismo de la hemorragia durante el trabajo, invoca la expansión uterina, que Budin trata de hacerla más comprensible, comparando el útero á un saco de cautchout cuya boca sería un canal cilíndrico y que trataría de distenderlo de dentro á afuera para dar salida á un feto contenido en su interior.

Para darle pasaje, la parte inferior del saco con el canal se distendería considerablemente de dentro á afuera; de manera á sufrir un movimiento de expansión. Igual cosa sucedería con un útero en el momento del parto.

——

Teoría de Depaul.—Esta teoría es casi idéntica á la de Jacquemier, pues acepta que las hemorragias de la placenta previa son debidas á una falta de paralelismo del desarrollo del útero

y de la placenta en los últimos meses del embarazo; así dice:

« Si la región anterior la más á menudo toma una amplitud considerable, no olvidemos que las partes laterales y posteriores participan de estos cambios. Si la placenta viene á insertarse sobre el segmento inferior, casi enteramente constituída por esta parte del útero que participará de la amplitud general del órgano, no podrá seguir el desarrollo de las paredes; de allí separación entre el tejido placentario y el tejido uterino, ruptura de los vasos útero-placentarios y hemorragias. Si está aplicado sobre el mismo orificio interno, á la causa de la pérdida vendrá más tarde á unirse una otra, el borramiento del cuello, que en la corriente del noveno mes ó por el hecho del trabajo, se añadirá al desarrollo de las partes vecinas. »

——

Teoría Pinard.—Pinard por su lado ha llegado á formular una nueva teoría, que basándose sobre la distensión mecánica, llega á formular el mecanismo de la hemorragia de la siguiente manera.

El corión se encuentra sólidamente adherido á la placenta; ahora bien, haciéndose la inserción en el segmento superior ó medio, la porción de las membranas que corresponden al orificio uterino, están bastante lejanas de la placenta, de suerte que si se produce tiramento en

este punto, ellos se reparten en una gran exten sión le las membranas.

Mientras que si hay inserción viciosa la porción de las membranas que se extienden des- de el orificio uterino á la placenta no tiene más que algunos centímetros de longitud, entonces puede suceder dos cosas: ó la presión intra amniótica triunfa de las membranas y ésta se rompe, ó el corión siendo muy resistente no se desgarra y como está fuertemente adherido á la placenta, arrastra á ésta y por consiguiente la desprende.

Y como sabemos que no existe paralelismo entre el desarrollo de la placenta y del útero, de allí resulta que encontrándose insertada la pla- centa en el segmento inferior la poca cantidad de membranas que queda entre su borde y el orificio del cuello no podrán tener más que una débil extensibilidad y á más la cabeza apoyán- dose sobre ellas, puede desprender el amnios mientras el carion muy resistente alrededor de la placenta resistirá ó se desgarra, desgarra- dura que será seguida de la del amnios.

Así explica Pinard las causas de la hemorra- gia, teoría que generalmente es aceptada hoy.

Ahora que conocemos las diversas teorías que se han emitido, entraremos á tratar la conducta que observaremos en presencia de una mujer

con hemorragia durante el embarazo, en el momento del parto y después de él.

——

Durante el embarazo.—En los primeros meses sería dificil, como hemos visto, distinguir la hemorragia de un aborto ó de una inserción viciosa de la placenta y por consiguiente la conducta que debe observarse será la misma en cualquiera de los dos casos; se ordenaría reposo en la cama con prohibición absoluta de moverse y de hacer ningún esfuerzo, administrándole opiáceos al interior.

Pero como generalmente las hemorragias aparecen en los últimos meses del embarazo, vamos á hacer una división entre la hemorragia ligera en que se observará el mismo régimen que el que he dicho anteriormente, pero previniéndose para el caso de que continuara. y el de hemorragia grave que necesita ya una intervención más activa.

Muchos métodos han sido preconizados y el que más en boga estuvo fué el parto forzado, que ahora ha perdido terreno á métodos más racionales que se basan en el buen conocimiento que se tiene del mecanismo del parto ó en las nuevas teorías más aceptables de la hemorragia.

La primera cosa que debe hacer el partero después de haber lavado cuidadosamente la vagina, extrayendo todos los coagulos que hubiera es darse cuenta del estado del cuello, diagnosticar la

presentación del feto; si fuera transversal es necesario hacer una versión externa, llevando el feto ya sea en presentación de vértice ó de pelvis.

Aquí debemos preguntarnos: ¿cuál de los dos polos fetales está indicado llevarlo abajo?. Si el feto es de pocos meses y se consigue diagnosticar inserción lateral de la placenta, lo mejor sería llevar el vértice hacia abajo; pero si el feto es grande y la inserción de la placenta es muy baja, es mejor traer la pelvis.

Practicado esto, tendremos que resolver esta otra pregunta: ¿un simple taponamiento por el método de Leroux ó por medio del saco-violin de Barnes, que le servirá de tapón y al mismo tiempo de provocador del parto, sería suficiente?

La respuesta será dada con arreglo al estado de la madre.

Si la madre se encuentra en buenas condiciones y la edad del embarazo es corta, lo mejor será el taponamiento simple; pero si hay temor por parte de la madre ó del feto y la hemorragia es de alguna consideración habrá, necesidad de intervenir de una manera rápida y en este caso me parece que como tapón ó como provocador del parto es el saco-violín de Barnes al que tenemos que recurrir.

Vamos á describir la técnica del tapón clásico, describiendo también la manera de practicarlo en la Maternidad del Rivadavia.

Este tratamiento ha sido uno de los más discutidos y mientras que para algunos era un

método salvador, para otros era el método más ineficaz y que llenaba mayores peligros.

Leroux fué el primero que lo aconsejó para la hemorragia consecutiva al parto, pero después fué extendido á las que sobrevenían en el embarazo.

He aquí cómo aconseja Tarnier su modo de empleo; se prepara una cierta cantidad de torolas de algodón hidrófilo en número suficiente para llenar completamente la vagina, número que sería de sesenta á setenta, las cuales van atadas á un hilo y después de haber hecho evacuar el contenido del recto y vejiga se van introduciendo una á una en la cavidad vaginal hasta llenarla completamente, en seguida se coloca algodón en la vulva y un vendaje en T para sujetarlas.

En nuestra Maternidad usamos la gasa simple y aséptica. Con ella hacemos tiras de diez centímetros de ancho y de cinco á diez metros de largo y vamos introduciendo poco á poco con la ayuda de una simple valva ó sin ella, según la clase de vagina y por medio del dedo vamos dirigiéndola primero alrededor del cuello, en los fondos de sacos y en fin llenando toda la cavidad vaginal, constituyendo un taponamiento tan seguro ó quizás mejor que con las torolas de algodón.

Este método es suficiente, muchas veces para detener las hemorragias y si el estado de la mujer no es grave y no se teme nada por parte del

feto, creo que es muy racional su empleo, combinándolo con el reposo absoluto.

Este método ha sido como he dicho, uno de los más discutidos y hasta condenado, basándose en que sería la puerta más segura de entrada de una infección, objeción que no tiene su razón de ser hoy que hemos llegado en la antisepsia á bastante altura y sólo se explicaría una infección por un descuido ó por una falta de cumplimiento riguroso en las reglas antisépticas.

Pinard, que es el enemigo más grande del taponamiento, hasta tal punto que lo ha abandonado en su clínica, dice: que es muy doloroso, objeción que no puede negarse; pero en cambio los resultados que dá compensa el dolor que produce; que es ineficaz como hemostático, creo que con las historias que publico puedo llegar á probar lo contrario; que no provoca contracciones uterinas, sin embargo, yo he visto lo contrario como lo prueba la Observación 1ª; y porque es practicado siempre mal, esta objeción no tiene su razón, de ser puesto que cualquier método aplicándolo mal, sus resultados serán nulos; y el taponamiento para que resulte eficaz es necesario saberlo aplicar y aplicarlo bien.

De manera que, sin discutir las objeciones que le hace Pinard, creo que el taponamiento, sin darle la categoría de método de tratamiento de la placenta previa es un medio muy eficaz y racional para la detención de las hemorragias y que no debe ser condenado de una manera tan enérgica, puesto que da buenos resultados en

manos experimentadas y que tienen conciencia de lo que hacen.

En caso que la hemorragia persistiera á pesar de todo, creo llegado el caso de proceder, según lo aconseja Pinard, es decir, la ruptura amplia de las membranas y gracias á este el feto no ejercerá tiramientos sobre las membranas y la hemorragia cesará, vigilando sí siempre á la mujer; puesto que muchas veces á pesar de la desgarradura de las membranas una nueva hemorragia puede sobrevenir. Este método lo describiré al tratar de las hemorragias durante el trabajo; y evitaremos así la descripción del método de Puzos, que es más ó menos semejantes, salvo en algunos detalles y en la manera de ejecutarlo.

—

En el momento del parto.—Hemos visto la conducta que se obserbará en las hemorragias durante el embarazo, veamos ahora la conducta que observaremos en el momento del trabajo.

Esta se basará en el estado de la madre.

Si el estado de la madre es bueno y si la hemorragia no es abundante, basta muchas veces una buena inyección caliente y el taponamiento descripto para contenerlas; pero si la hemorragia persistiera, lo más prudente sería romper las membranas anchamente, que, como hemos visto, es suficiente para evitarlas; si aún así la hemorragia persistiera, lo indicado es apresurar el parto haciendo la dilatación forzada del cuello ya sea por medio del balón de Champetier de

Ribes ó por los saco violines de Barnes, terminándose el parto por una aplicación de fórceps ó una versión.

Pero si el estado de la madre es sumamente grave, si la abundancia de la pérdida sanguínea ha sido grande, tendremos que recurrir, mientras se completa la dilatación, á las hipodermoclisis de suero artificial.

Esta conducta es muchas veces un medio heroico de salvar á la madre, como he tenido ocasión de observar en algunos de los casos que publico y en otras clases de hemorragias.

En esta circunstancia cabe preguntarse, si la inyección intra-venosa ó la dérmica es la que debe usarse. La inyección intra-venosa es cierto que es mucho más rápida y que levanta la tensión sanguínea muy pronto; pero no está exenta de peligros y á más la mayor parte de las veces no se tienen los elementos necesarios á mano; mientras que con las hipodermoclisis, sin estar exentas de algunos peligros, se puede llegar á un resultado idéntico en un tiempo más ó menos igual y á más que los elementos que se necesitan, y á los que se podrá recurrir en casos apurados, son comunes y de fácil manejo.

Describiré el aparato de que nos servimos comunmente en la Maternidad del Rivadavia. Este consta de un pequeño irrigador de cristal de capacidad de 500 á 1000 gramos, al cual está unido un tubo de cautshout de dos y medio metros de largo, provisto de una aguja de cinco á ocho centímetros de largo.

El suero que usamos y cuya composición es:

Sulfato sodio	10	gramos
Bicarbonato sodio . . .	10	»
Cloruro de sodio	5	»
Agua	1000	»

es perfectamente esterilizado en la estufa húmeda.

Esterilizado el aparato de cristal, tubo de cautchout y aguja á la ebullición y listo todo para efectuar la hipodermoclisis, se lava cuidadosamente con jabón y cepillo, alcohol y bicloruro de mercurio al 1 p. 1000 la región en que se va á hacer la inyección, que generalmente son las partes ántero-internas de los muslos ó en la región escapular. Sostenido por un ayudante el irrigador á una altura conveniente, hacemos la punción y dejamos correr el líquido, al mismo tiempo que con la mano hacemos ligeras fricciones sobre la región para extender el líquido en el tejido celular.

El líquido así introducido lleva siempre una presión igual y el tiempo que se demora para hacer pasar 1000 gramos de suero nunca es mayor de quince minutos; á más, la sencillez del aparato y la fácil esterilización que se puede hacer, lo creo el mejor para las hipodermoclisis y con mayor comodidad que los otros aparatos inventados con ese objeto, muchos de ellos de difícil manejo, esterilización y muy costosos.

Estas hipodermoclisis no sólo con el objeto de levantar la tensión sanguínea se pueden emplear,

sino también con un fin hemostático, como lo ha demostrado Hayen y como lo prueban múltiples ejemplos. Doléris cita un caso de aborto, á consecuencia del cual hubo una grave hemorragia en que habiendo hecho una dermoclisis se contuvo la hemorragia. Leclerc cita un caso en que fué llamado para atender una mujer que se moría de hemorragia. Inmediatamente hizo preparar una solución de 6 gramos cloruro de sodio, 8 gramos de sulfato de sodio y 1000 gramos de agua; inyectó 40 centímetros de esta solución en la vena basilica y 300 centímetros en la región glútea; la mujer con esto se reanimó y se detuvo la hemorragia para no volver.

En mi internado en el Hospital Rivadavia he tenido la oportunidad de observar muchos casos más ó menos parecidos, ya sea en metrorragias consecutivas al parto ú otras causas.

Pero si la hemorragia persistiera, he dicho que lo indicado sería hacer la dilatación forzada del cuello por medio del dilatador de Champetier de Ribes ó los sacos-violines de Barnes para completarle y dejando de esa manera espacio suficiente para intervenir ya sea con el fórceps ó por la versión.

A Braxton-Hicks, sin ser el inventor de la versión combinada, le cabe el honor de haberle hecho una operación corriente en la inserción viciosa de la placenta y por lo que lleva su nombre.

El manual operatorio de que se vale para efec-

tuar su operación, he aquí como lo describe el mismo autor:

«La enferma está colocada en la posición obstétrica ordinaria. Habiendo cubierto mi mano izquierda con un cuerpo graso, lo introduzco en la vagina tanto como sea necesario para penetrar un dedo en el canal cervical, algunas veces es menester introducir toda la mano ó en otros casos tres ó cuatro dedos basta. Habiendo claramente reconocido la cabeza y su posición con relación á uno ú otro lado del orificio uterino, colocando mi mano derecha sobre el fondo del útero á través de la pared abdominal, trato de reconocer la pelvis, lo que es generalmente fácil. La mano colocada sobre el abdomen apoya suavemente, pero con firmeza, sobre la pelvis para bajarla del lado derecho; como escapa, entonces la mano la acompaña, sea palpando suavemente, sea ejecutando una especie de movimiento de resbalamiento sobre la pared abdominal, mientras que la otra mano rechaza la cabeza en sentido contrario para hacerle subir arriba del estrecho superior.

«Cuando la pelvis ha llegado al nivel del diámetro transverso del útero, la cabeza estará arriba del estrecho superior y la espalda corresponderá al orificio uterino, esta última será también rechazada de la misma manera que la cabeza y después de una ligera presión ejercida al exterior sobre la pelvis, la rodilla toca el dedo y puede ser tirada abajo. Cuando las membranas están intactas llega á menudo que, luego que la espal-

da ha sido sentida, la pelvis y el pie vienen á ponerse en contacto del orificio por causa de la tendencia que tiene el útero de colocar el gran eje del feto en relación con sus grandes diámetros.»

Vemos, según la descripción anterior, que el método de Braxton Hicks no es más que una versión mixta; veamos lo que dice en su aplicación á la placenta previa:

«En los casos de placenta previa encuentro en mi método una utilidad que me ha sido demostrada en diferentes circunstancias. He aquí como opero para no tener ni hemorragia interna ni hemorragia externa durante el parto. Cuando siento las membranas y constato una presentación de vértice, procedo cómo acabo de describir. Cuando es el pie que se encuentra en el orificio uterino tomo este pie y tiro la pierna á través del orificio interno tan bajo como sea posible, sin forzar. Por medio de esta suave tracción ejercida por el simple peso del brazo, obtengo así una especie de tapón que detiene la hemorragia. Mantengo la pierna afuera de esta manera; y como el orificio interno se dilata, la pierna, por su forma cónica, constituye un excelente tapón, á su vez la pelvis obra lo mismo cuando se encaja en el orificio uterino.»

«Hecho ésto, disponemos de un tiempo precioso y nuestros esfuerzos deberán ser consagrados á aumentar las fuerzas de la enferma, que han sido debilitadas, algunas aniquiladas por las pérdidas anteriores.»

En seguida de ésto aconseja esperar las contracciones uterinas que no tardan en venir, y hasta llega á administrar el cornezuelo de centeno Para todas estas maniobras da el cloroformo.

Como se ve, el método llamado de Braxton-Hicks no puede ser más racional y admisible, salvo dos objeciones que se le puede hacer: la administración del cloroformo y del cornezuelo de centeno.

En la mayoría de los casos el cloroformo sería una contra-indicación; dado el estado general en que se encuentran las mujeres después de las pérdidas abundantes de sangre, le produciría síncopes que serían fatales, de manera que su uso debe ser muy prudente.

La otra objeción que se le puede hacer es la administración del cornezuelo de centeno, que estaría bien para aquella época en que se administraba para apresurar el parto, sin conocer bien sus propiedades fisiológicas; pero hoy, que nos encontramos en posesión de esas propiedades, es un absurdo su empleo, como que ningún partero lo recomienda.

Este método ha sido recomendado y practicado por la mayor parte de los parteros, por los resultados obtenidos y la sencillez de sus maniobras, que con un poco de práctica se llega á efectuarlo con la mayor facilidad.

Los autores alemanes al aceptar este método de tratamiento se han dividido en dos bandos. Así, por ejemplo: Behm y Wyder esperan la expulsión espontánea, creyendo así evitar la he-

morragia y la infección; pero otros, como Hofmeier quieren terminar el parto lo más pronto posible.

Los otros métodos, como el de Guillemeau, que aconseja el *parto forzado*, ha sido completamente abandonado; el de Simpson, *arrancamiento total de la placenta*, que se basaba en que la fuente productora de la hemorragia era la placenta, también ha sido abandonado hoy que se conoce bien que la hemorragia no es producida por la placenta, sino por el útero; igual camino han seguido los métodos de Barnes, que era *desprendimiento parcial de la placenta* y el de Bunsen, *arrancamiento parcial* y muchos otros que sería extenso enumerarlos.

Al describir el taponamiento y la versión no he tenido otra idea que estudiar los métodos de que nos hemos servido en cuatro casos de los que presento, habiendo sido uno de los otros una aplicación de fórceps y el otro una extracción manual.

Por ser el más moderno y haber sido aconsejado por uno de los parteros más eminentes de esta época, Pinard, voy á describir el método que lleva su nombre.

Este método básase en la ruptura artificial de las membranas. Puzos ya en el siglo pasado lo había aconsejado y dado la técnica necesaria para practicarlo, y de allí se bautizó con el nombre de *Método de Puzos* á este tratamiento de la placenta previa.

Este método ha sido calificado por Pinard de

parto acelerado, porque Puzos necesitaba para su método que el feto estuviese en presentación de vértice ó de pelvis y que el trabajo del parto estuviese avanzado.

Este método había caído en el olvido, no recurriéndose sino al taponamiento ó la versión á causa de que no se conocía el mecanismo de producción de la hemorragia y por lo tanto no se sabía cómo obraba la ruptura artificial de las membranas.

Pinard había observado y dándose cuenta del mecanismo de las hemorragias y habiendo visto su ausencia cuando las membranas estaban rotas prematuramente ó que se detenían después de la ruptura espontánea, se decidió á erigir en método la ruptura artificial de las membranas en el tratamiento de las hemorragias consecutivas á la placenta previa.

Siendo el tiramiento sufrido por las membranas la causa productora de las hemorragias en los últimos meses del embarazo, es natural que eliminando esta causa la hemorragia cesará; así que, sentado que una mujer que haya perdido sangre y diagnosticada la placenta previa y en previsión de un porvenir grave, es lógico se rompan las membranas para evitarlas.

La región fetal, no encontrando más apoyo en las membranas, no se producirán los tiramientos, que son las únicas causas del desprendimiento de la placenta y por lo tanto no habrá hemorragia.

Para romper las membranas hay que introdu-

cir uno ó dos dedos y si fuera necesario la mano en la vagina, dirigiéndose hacia el orificio del cuello. Se introduce en seguida en el cuello los dedos necesarios hasta el orificio interno, buscando de darse cuenta clara y precisa de la variedad de inserción de la placenta y del estado del segmento inferior del cuello.

Muchas veces es difícil conocer la clase de inserción de la placenta y entonces lo mejor es buscar la cabeza fetal, que de un lado estará separada del útero por una especie de almohadilla, que es la placenta, y por el otro estará mas en contacto con la pared uterina.

Una vez reconocido ésto, se trata de romper las membranas ya sea con el dedo ó con un perfora-membranas, desgarrándola en seguida anchamente con los dedos.

Si se tratara de una inserción central, habrá necesidad de desprender parte de la placenta para ir en busca de las membranas, diferenciándose en ésto del método de Deventer, en que éste perfora la placenta para efectuar el corrimiento del líquido amniótico, exponiéndose á desgarrar este órgano y herir el cordón y á más que ese método sólo es aplicable en las presentaciones de vértices.

Muchas veces, sin embargo, la hemorragia no cesa, á pesar de la ruptura artificial de las membranas, como se han visto muchos casos que seguían perdiendo sangre á pesar de que la ruptura datara de un tiempo más ó menos largo.

Reconociendo que la ruptura de las membra-

nas es insuficiente, lo indicado es ir en busca de su orificio y agrandarlo lo más posible; pero se toca esta nueva dificultad que, encontrándose el feto en posición transversa, seguirá ejerciendo tracciones sobre el corion y para evitar ésto se irá en busca de un pie que se traerá hacia abajo, no con la intención que sirva de tapón, como se ha pretendido, sino que así impedirá el desprendimiento de la placenta, rechazándola hacia un lado, evitando que la placenta sea realmente previa, lo que resultaría si el feto viniese de vértice.

Dos objeciones han sido hechas á este método, que son:

La ruptura prematura de las membranas no siempre es posib'e y no es siempre eficaz.

Siendo en las multíparas en que generalmente se encuentra este vicio de inserción y presentándose las hemorragias en los últimos meses del embarazo, es fácil llegar hasta las membranas por un cuello más ó menos extensible como el que se encuentra en este estado del embarazo.

Si fuera una primípara, aunque no con tanta facilidad se llegaría hasta las membranas á través del cuello, porque éste se encuentra blando y muy extensible.

Esta es la causa por qué Puzos antes de perforar las membranas, excitaba las contracciones uterinas y solamente cuando el trabajo era avanzado es que intervenía.

La segunda objeción que se le ha hecho es quizás la más seria, porque hemos visto que la

hemorragia no desaparece, á pesar de la ruptura artificial de las membranas, y que ésto sea debido á malas presentaciones ó á cualquiera otra causa, lo cierto es que en muchos casos no se puede intervenir con este solo método, habiendo necesidad de auxiliarlo por maniobras tomadas de los otros métodos.

Resumiendo lo que he dicho respecto á la conducta que observaremos en el tratamiento de la hemorrajia en el momento del parto y haciendo una comparación entre los métodos descriptos puedo llegar á las concluciones siguientes.

1° Que el tapón es un tratamiento racional para cohibir las hemorragias, aplicándolo como es debido y que no debe ser abandonado.

2° Que el método de Braxton, Hicks, es al otro método que siempre tendremos que recurrir, por ser más sencillo y el que ofrece menos peligros, para la madre, aunque la mortalidad infantil sea grande; pero debe tenerse en cuenta que en la mayoría de los casos con los otros métodos se obtiene igual ó mayor mortalidad.

3° Que el método de Pinard á pesar de la autoridad de su autor y de los resultados que dice haber obtenido en su práctica, no podrá todavía derribar á los dos métodos anteriores, consagrados por la mayoría de los parteros como superiores á todos los demás métodos.

——

Después del parto.—Vamos á ver ahora la conducta que observaremos en caso de hemorra-

gia durante el alumbramiento y el tratamiento y qué haremos para levantar las fuerzas de la madre.

Una vez expulsado el feto, la hemorragia puede continuar y hacerse también muy grave, á causa de la falta de desprendimiento de la placenta y de poca retractilidad de la fibra uterina, comprometiendo así de una manera alarmante la vida de la mujer.

Para combatir este estado y habiendo esperado el tiempo prudente para la expulsión de los anexos sin que se produzcan, es necesario hacer una extracción manual de ellos, cuya técnica es tan sencilla, que pasaré por alto su descripción.

Inmediatamente haremos á la mujer inyecciones intra-uterinas de agua esterilizada y á 45° ó 50°, lo que es suficiente en la mayoría de los casos para excitar las contracciones uterinas y detener la hemorragia, colocando siempre un taponamiento en previsión. También se le puede administrar ergotina bajo forma de inyecciones hipodérmicas.

Pero si la hemorragia persistiera y los medios puestos en uso no dieran resultados, se repetirán los grandes lavajes intra-uterinos y se recurrirá á los masajes intra y extra uterinos.

Estos masajes se hacen frotando suavemente por la pared abdominal el fondo del útero con una mano, aplicándole también compresas frías; mientras que con la otra mano se irá hacia dentro de la cavidad uterina, la cual servirá al mismo tiempo de tapón y despertadora de la contracti-

lidad uterina. Esta mano se la dejará el tiempo suficiente hasta que se sienta aprensada por una contracción uterina; hecho esto, se seguirá nuevamente las inyecciones intra-uterinas hasta que el agua salga completamente limpia.

Al mismo tiempo que se hace todo esto se tratará de levantar las fuerzas de la enferma haciéndola tomar bebidas excitantes. como ser alcohol al interior bajo cualquier forma, también se la hará rodear de frascos de agua caliente, para evitar las pérdidas de calor que se producen después de las grandes pérdidas sanguíneas y por lo largo muchas veces de las maniobras que necesitan todas estas intervenciones. Si hay producción de síncope, se la reanimará por medio de inyecciones sub cutáneas de cafeina, de éter, de tintura de canela ó de cognac.

Mientras tanto no se debe olvidar que habiendo quedado la madre sumamente debilitada á consecuencia de sus pérdidas sanguíneas y que su sangre, siendo escasa para alimentar todo su organismo, tratará de sus elementos en el mismo organismo, haciéndose de esta manera una absorción de todos los desperdicios con los cuales se produciría una auto-intoxicación tanto más grave cuanto mayor haya sido la pérdida sanguinea.

Para evitar esto se tendrá que recurrir á las hopodermoclisis de suero artificial, á los enemas del mismo suero, dando así á la sangre elementos en abundancia para su reconstitución.

Estas hemorragias post partum son muchas veces alimentadas por desgarraduras del cuello

ó de la vagina las cuales són muy molestas, haciéndose indicada su sutura inmediata.

OBSERVACIÓN I

—

Boletín Clínico N° 124 del año 1896.

N. N., de 28 años, multípara, de constitución buena y de pelvis normal, ingresa al Hospital el día 1° de Abril de 1896 con una abundante hemorragia.

Refiere que durante todo su embarazo no ha tenido ninguna novedad y que desde hace un mes principió á perder sangre, que no le llamaron la atención por su poca consideración y suspendérsele espontáneamente, pero que en vista de una nueva hemorragia que tuvo la noche anterior, le obligaron á ingresar al Hospital.

Examinada por la palpación, se constató un embarazo de nueve meses, presentación de *vértice* en posición O. I. D. P., encontrándose la cabeza por encima del estrecho superior.

Después de desalojar la vagina de los coágulos sanguíneos que la llenaban por medio de abundante inyección caliente, practicamos el tacto, el que nos mostró que el cuello se encontraba completamente borrado y con una dilatación de un través de dedo. Introducido el dedo á través del cuello, encontramos su ori-

ficio ocupado completamente por un cuerpo blando y esponjoso que sangra al tacto, detrás no se percibe peloteo. No se alcanzaba á percibir membranas y en vista de la abundancia de sangre, suspendo el examen; con estos datos diagnostico *placenta previa*, dejando el de la variedad para cuando el trabajo esté avanzado.

Inmediatamente hago un gran lavaje vaginal con agua esterilizada y caliente á 50° y coloco un taponamiento con gasa aséptica, dando cuenta en seguida al jefe del servicio.

La hemorragia se detuvo y dos horas después el trabajo de parto, que no había empezado hasta entonces, se manifiesta por pequeños dolores y contracciones ligeras del útero.

Todo el día pasó bien sin novedad alguna y recién á las 8 y 30 p. m. las contracciones se hicieron enérgicas y un líquido sanguinolento principió á atravesar el taponamiento; inmediatamente saco éste, con el doble objeto de cambiarlo y darme cuenta del estado del cuello.

La hemorragia era de poca consideración y la dilatación del cuello había avanzado, encontrándose ya casi completa. Entonces pude darme cuenta de la variedad de placenta previa; encontrábase inserta hacia el lado derecho, sentando el diagnóstico de *placenta previa parcial*.

Rompo entonces las membranas que se encontraban muy resistentes y rechazando la pla-

centa hacia un lado, la cabeza se presenta en el estrecho superior.

Espero una hora más y habiendo el feto principiado á sufrir, sufrimiento que se revelaba por la debilidad de sus latidos cardíacos, hago una aplicación de fórceps en el estrecho superior, extrayéndolo asfixiado, consiguiéndose volverlo á la vida momentos después.

Una nueva hemorragia aparece, lo que me obliga á practicar la extracción manual de la placenta, la que se encontraba sólidamente adherida, y principalmente las membranas, en el fondo del útero.

Terminado esto, hago una abundante inyección intra uterina de agua caliente; la hemorragia ha cesado y el útero se encuentra completamente retraído; sin embargo y en previsión, coloqué un taponamiento de gasa aséptica.

La placenta tenía una forma ovalada, siendo muy delgada y como atrofiada, principalmente en la parte que se encontraba sobre el cuello y en sus alrededores.

Siendo una mujer robusta y no habiendo las pérdidas sanguíneas llevado trastornos en su nutrición, se le ordena alcohol al interior bajo forma de poción Jaccoud, leche, caldo y prohibición absoluta de moverse.

La hemorragia no volvió y habiendo sido su puerperio normal, salió de alta diez días después completamente restablecida.

Esta mujer es una multípara, de profesión cocinera y ha padecido anteriormente de la

matriz, causas que podrían explicar la inserción de la placenta en el segmento inferior del útero.

Las hemorragias las ha tenido recién al octavo mes del embarazo, cuando el segmento inferior principia ya á distenderse y éstas fueron cohibidas por el taponamiento, reapareciendo solamente cuando la dilatación era casi completa.

El niño dije nació asfixiado, pero fué vuelto á la vida momentos después; pesaba 3500 gramos y tenía una longitud de 49 centímetros.

OBSERVACION II

Boletín Clínico N° 308 del año pasado.

N. N., de 22 años de edad, de constitución buena y pelvis normal, multípara, ingresa al servicio el 7 de Agosto de 1896, con abundante hemorragia y en trabajo de parto.

Cuenta la mujer que hace un mes tuvo una gran hemorragia que con el reposo é inyecciones de agua se contuvo y no repitiéndose ésta hasta hoy á las 3 a. m. y que en vista de la gran abundancia se ve obligada á ingresar al Hospital.

Esta mujer vive en el campo y fué transportada á la ciudad en una carreta, haciendo que sus barquinazos le produjeran síncopes repetidos, lle-

gando al Hospital á las 10 a. m. en un estado sumamente grave; la anemia consecutiva á la hemorragia era intensa.

Examinada á la palpación, se diagnosticó un embarazo de ocho meses, presentación de pelvis completa, en posición S. I. I. A.

Practicado el tacto, previa irrigación vaginal abundante, encontré dos traveses de dedo de dilatación, el cuello no borrado y hacia el lado izquierdo estaba completamente engrosado, no pudiéndose apreciar parte fetal alguna, mientras que hacia el lado derecho estaba adelgazado y se percibían las extremidades inferiores del feto.

Introduje un dedo en el cuello y encontré hacia el lado izquierdo un cotiledón desprendido casi totalmente, las membranas estaban intactas y como el feto estaba muerto y temiendo que la duración del trabajo fuese largo no rompí las membranas y me decidí á hacer un taponamiento.

Después de una gran inyección caliente á 50°, practiqué el taponamiento con gasa aséptica; la hemorragia se contuvo y me dió tiempo para atender el estado general de la mujer.

Le hice una dermoclisis de un litro de suero artificial; y habiéndole puesto un enema, que le movió abundantemente el vientre, aproveché esta otra vía y le hice una enteroclisis de 1000 gramos del mismo suero; el pulso levantó muchísimo y la mujer se reanimó, le ordené alcohol al interior y leche; en seguida dí cuenta al Jefe del Servicio, quien aprobó todo lo que había hecho, aconsejando que esperase el parto espon-

táneamente, salvo que alguna otra hemorragia viniese.

Pasó todo el día bien, la hemorragia no volvió y las contracciones de tardías y débiles que eran, á las 11 p. m. aumentaron y saliendo agua sanguinolenta en abundancia, saqué el tapón, encontrándome que la bolsa se había roto en ese momento, produciendo una nueva hemorragia; no encontré coágulos en la vagina, de manera que era reciente.

Estando la dilatación completa introduje una mano y tomando los pies del feto, que estaban accesibles, los traje afuera, con lo que detuve la hemorragia, dejando terminar el parto á la naturaleza. Este no tardó en verificarse, pues una hora después salió el feto, teniendo que efectuar la maniobra de Mauriceau para extraer la cabeza.

Inmediatamente después salió la placenta, cuyos caracteres eran: forma sumamente irregular, delgada y muy extensa; la inserción del cordón era lateral.

El feto pesaba 2900 gramos, longitud de 47 centímetros y los diámetros B. P. y S. O. B. tenían 8 centímetros.

Durante el puerperio siguió con un régimen fortificante y no bien restablecida del todo pidió el alta diez días después.

Esta mujer, como se ve ha tenido su primera hemorragia el séptimo mes del embarazo; no pude obtener dato alguno que me hiciera sospechar la causa de la inserción viciosa y lo úni-

co á que se podrá incriminar son los trabajos de labranza á que se dedica en el campo.

Respecto del tratamiento que hemos empleado, vemos que es un caso más que debemos anotar en el haber del taponamiento, puesto que ha sido el único medio empleado para contener la hemorragia, dejando á la naturaleza la prosecución del trabajo. También la dermo y la enteroclisis vinieron á salvar á la mujer de la anemia intensa en que había quedado.

OBSERVACIÓN III (1)

—

Boletin Clínico N° 476 del año de 1896.

N. N., de 21 años de edad, constitución buena, pelvis normal; ha tenido un parto prematuro y dos á término; ingresa al Hospital el 20 de Noviembre á las siete de la noche con abundantes pérdidas sanguíneas y en trabajo de parto.

El estado de la mujer era sumamente grave, dada la intensa anemia que tenía y los síncopes repetidos. Inmediatamente le hice un enema de suero y una dermoclisis de 1000 gramos cada una, con lo que conseguí levantar algo el pulso, completamente filiforme y casi imperceptible.

---

(1) Este caso, como los dos siguientes, han sido publicados en la tesis del doctor Domingo Pujati; aquí los espondré con más detalles por haberlos seguido y observado más de cerca.

En seguida examiné el embarazo, diagnosticando: presentación de vértice en O. I. I. A., feto muerto y de término.

Después de haberle hecho un gran lavaje vaginal extrayendo todos los coágulos que contenía, practiqué el tacto, encontrando una dilatación de tres á cuatro traveses de dedo, cuello completamente borrado no sintiéndose á su través ninguna parte fetal. Introducidos los dedos en el orificio uterino, me encontré que la placenta ocupaba completamente toda su área, no alcanzando á tocar membrana por ninguna parte.

La hemorragia persistió, lo cual me obligó á colocar un taponamiento, mientras llegaba el Jefe del Servicio, que fué avisado.

Dos horas después la mujer seguía en el mismo estado, habiendo sido necesario una nueva dermoclisis, porque el pulso se debilitaba cada vez más; la hemorragia había cesado.

En este momento llegó el doctor Molina quien examinó á la mujer, diagnosticando una *placenta previa variedad central.* Inmediatamente perforó la placenta y fué en busca de los pies del feto, efectuando una versión podálica, ayudado por maniobras externas, terminando el parto lo más rápidamente en vista de la gravedad de la mujer.

La placenta salió destrozada á consecuencia de la perforación, ésta (la placenta) era muy ancha y delgada y al examinar las membranas las encontramos intactas, de manera que el feto

no hizo más que pasar por la ruptura de la placenta.

Muy pequeña hemorragia se produjo después, haciéndole una gran inyección intra-uterina de agua esterilizada y le coloqué un taponamiento en regla.

La temperatura después del parto era 37° 5; pero, dadas las pérdidas abundantes de sangre que había sufrido el pronóstico era fatal.

Se le administró alcohol al interior bajo diferentes formas, inyecciones hipodérmicas de éter y calor al exterior. A las doce de la noche pareció reanimarse, pero sin salir del estado semicomatoso en que se encontraba.

Al día siguiente, es decir, el 21, amaneció la mujer en el mismo estado: no había experimentado más reacción que la que pareció sentirse á las 12 p. m. Habiendo tenido un síncope, se le hacen inyecciones de éter y cafeina, restableciéndola, tenía sub-delirio. A las 10 a. m. se practicó una nueva dermoclisis de suero, seis horas después otra y á las 9 p. m. otra. El pulso reacciona poco, la díspnea en lugar de ceder aumenta, continuando el sub-delirio de la mañana y á pesar de la pequeña reacción que experimenta á media noche, el estado es sumamente desesperado. La temperatura en la mañana era de 39° 2, subiendo en la tarde á 39° 9, se saca el tapón y se hace una inyección intra-uterina abundante.

Al día siguiente, 22, tercero de estar en el servicio, amanece en el mismo estado: el pulso

era casi imperceptible y no reaccionaba á las nuevas dermoclisis que se le hacen, la temperatura desciende á 37° 5. Se le practica inyecciones de cafeína y éter; sin embargo, el pulso no reaccionaba. A la 1.30 p. m. de ese día tiene un síncope, del cual no fué posible hacerla reaccionar, á pesar de todos los medios puestos en uso.

Con gran sentimiento de mi parte, supe que la familia había reclamado el c adáver razón por la cual no pude completar la historia de este caso con la autopsia.

Los únicos antecedentes que pude sacar de esta mujer me fueron suministrados por la partera que la había conducido al Hospital, quien me dijo que á ella la habían llamado después de tres días que hacía que la mujer perdía sangre continuamente y que hacía ya dos meses que de cuando en cuando se producían estas pérdidas, pero no muy alarmantes, y que habiéndole colocado un taponamiento, aunque insuficiente, aconsejó la trasladasen al Hospital.

Dado el caso tan alarmante como se presentó á la clínica no puedo juzgar con imparcialidad el método puesto en práctica, á pesar de que creo que la única indicación que había que hacer, fué la que se hizo.

OBSERVACIÓN IV

Boletín Clínico N° 154 del corriente año.

N. N. de 30 años de edad, de buena constitución y de pelvis normal, multípara, ingresa al servicio en trabajo de parto y con abundante hemorragia, el 24 de Marzo del corriente año.

El estado de la mujer, sin ser grave, no dejaba de exigir algún cuidado, en vista de la anemia producida por pérdidas sanguíneas anteriores, pues la mujer dice haber principiado á perder sangre desde hace un mes próximamente, con intervalos más ó menos cortos.

Examinada por la palpación, se diagnosticó un embarazo de nueve meses, presentación de vértice en posición O. I. I. A. á la auscultación reveló que el feto estaba muerto.

Practicado el tacto previo lavaje de la vagina, de la cual se extrajo gran cantidad de coágulos sanguíneos, se encontró el cuello completamente borrado y con dilatación casi completa. Introduciendo el dedo dentro del orificio uterino, encuentro la bolsa íntegra y la placenta insertada hacia el lado derecho del cuello, con un cotiledón sobre el orificio interno, diagnosticándose así una *placenta previa parcial.*

El Jefe del Servicio, que se encontraba en ese momento presente, intervino, rompiendo las membranas .Fué en busca de un pié tirándolo hacia abajo, mientras que con la otra mano se ayu-

daba por encima de la pared abdominal. Una vez sacado el pie la hemorragia se detuvo y las contracciones uterinas, que eran enérgica, terminaron el parto momentos después, habiendo sí, necesidad de practicar la maniobra de Mauriceau para extraer la cabeza.

El alumbramiento se hizo artificialmente por la nueva hemorragia que sobrevino, practicándosele una abundante inyección intra uterina de agua esterilizada y caliente á 50°.

Después le practicamos una hipodermoclisis y una enema de suero artificial de 1000 gramos cada uno, consiguiéndose levantar el pulso y la mujer se reanimó muchísimo. Se le ordenó bebidas estimulantes y reposo absoluto.

La hemorragia no sobrevino más; la mujer siguió restableciéndose y habiendo sido su puerperio completamente normal, pues ningún día la temperatura subió más de 37°, pidió el alta el 1° de Abril.

En esta mujer no he podido encontrar antecedente alguno que me hiciera sospechar la causa de esta inserción viciosa de la placenta, á no ser la multiparidad y su profesión lavandera, que por la índole de este trabajo tiene que permanecer de pie la mayor parte del día, los esfuerzos y los movimientos bruscos que se verá obligada á hacer, quizás hayan influído en algo en esta viciosa inserción.

Respecto de su tratamiento lo único que nos queda que decir en vista del estado en que llegó al Hospital, es preguntarnos: ¿por que siendo una

presentación de vértice en primera posición no se hizo una aplicación de fórceps en lugar de la versión?

En primer lugar, la dilatación, como dije, no estaba completa, la hemorragia era abundante y la cabeza del feto estaba flotando arriba del estrecho superior; por esto se decidió practicar la versión y á más esta intervención es más rápida en manos ejercitadas, que una aplicación de fórceps.

OBSERVACION V

—

Boletín Clínico N°. 237 del corriente año.

N. N., de 21 año de edad, ingresó al servicio el día 5 de Abril, multípara, de constitución buena y de pelvis normal. Como es de práctica la examiné ese mismo día y como no diera signo alguno que me hiciera sospechar una complicación en el embarazo, me contenté con dos datos que me suministró la palpación; estos eran: embarazo en el noveno mes, presentación del pelvis muy movible arriba del estrecho superior y feto chico, encontrándose el fondo del útero como á ocho traveses de dedo arriba del ombligo.

Veinte días después volví á examinarla y encontré que el feto había cambiado de presentación, haciéndose de vértice pero tambien móvil arriba del estrecho superior.

Hasta entonces esta mujer no había sentido absolutamente nada; pero el día 2 de Mayo, sintió los primeros dolores de parto á las 2 p. m. no habiendo comunicado ésto á la partera encargada del servicio sinó tres horas más tarde, cuando fueron más intensos.

Examinada nuevamente se encontró una presentación de tronco en posición A.I.I. dorso posterior, feto vivo.

Practicado el tacto encontramos dilatación completa, bolsa íntegra y hacia el lado derecho del cuello encontramos el segmento inferior muy engrosado y no daba á través de él sensación de parte fetal alguna. Recorro el orificio interno y encontramos la placenta insertada en ese lado del segmento inferior llegando su bor de hasta el orificio interno.

Diagnosticamos entonces una placenta previa marginal y se dió aviso al Doctor Molina; mientras tanto intentamos hacer una versión externa, pero las contracciones uterinas eran tan grandes que impedían, rompiéndose en seguida las membranas tuvo una gran hemorragia la que se detuvo por medio de inyecciones calientes.

Llegado el Dortor Molina, examinó la mujer y confirmó nuestro diagnóstico cediéndome la intervención.

Se cloroformó lijeramente á la mujer y previo los lavajes de estilo á la mujer de mi mano y antebrazo me dispuse á la intervención.

Introduje la mano y levantando un poco el feto fuí en busca de los piés, los tomé y tirándo-

los hacia abajo mientras el Doctor Molina me ayudaba por maniobras externas, consiguiendo sacar afuera los piés, dejé que continuara expulsando el feto las contracciones uturinas que eran fuertes, porque la cloroformización había sido hecha á la *reina*.

El parto siguió avanzando y solo fué necesario la maniobra de Mauriceau para extraer la cabeza, lo que se consiguió con toda felicidad sacando un feto vivo de 3100 gramos de peso.

Momentos despues fué expulsada espontáneamente la placenta, cuyos caracteres son los siguientes: muy singular su forma y muy adelgazada, su expulsión fué hecha por su cara uterina. Las membranas se habían roto en el borde mismo de la placenta y estaban muy engrosadas.

Después del alumbramiento se le hizo una abundante inyección intra-uterina de agua esterilizada y á 50°, habiendo la hemorragia sido de poca consideración, y encontrándose el útero completamente retraído y dejando a la mujer completamente restablecida nos retiramos no sin antes recomendar á la partera de guardia una estricta vigilancia.

La hemorragia no volvió y siendo su puerperio normal, la mujer solicitó el alta, la que le fué dada diez días después.

Como se vé en esta mujer no hubo hemorragia durante todo su embarazo, apareciendo recién al romperse las membranas, á pesar de encontrarse la placenta insertada en el segmento inferior en el borde mismo del orificio interno del cuello.

No dá ningún dato sospechoso de la causa de ésta anomalía, pues sus ocupaciones no son más que los quehaceres domésticos de su casa y nunca ha hecho esfuerzo ni viaje alguno.

Vemos sí la presentación viciosa que toma el feto en los últimos días del embarazo, porque ocusando la placenta el lado derecho del segmento inferior, hizo que la cabeza no se encajara inclinándola hacia la izquierda.

OBSERVACIÓN VI

—

Boletín Clínico N° 356 del corriente año.

N. N., de 36 años de edad, multípara, habiendo tenido dos abortos y dos á término, de constitución buena y pelvis normal, ingresa al servicio en trabajo de parto y con gran hemorragia el día 8 de Julio.

El estado de ella al ingresar al servicio es el siguiente: anemia intensa, postración extrema, vómito y síncopes repetidos, pulso filiforme casi imperceptible.

Según cuenta el esposo, principió á perder sangre hacia el séptimo mes del embarazo después de un esfuerzo grande que hizo. Hacia esa época la hemorragia fué de poca consideración; pero quince días después sobrevino más abundante, que se detuvo espontáneamente como la anterior.

Al mes siguiente tuvo una nueva hemorragia más abundante, la que la obligó á estar en cama algunos días. Desde entonces hasta tres días antes de su entrada al Hospital no había sentido ninguna novedad.

El 5 de Julio sobrevino una nueva hemorragia, más alarmante que las anteriores, la que la obligó á llamar médico. Este se contentó con hacerle una inyección vaginal, dejándola á cargo de una partera. La hemorragia persistió durante los días 5, 6 y 7 y en vista del estado desesperante en que se encontraba la mujer, aconsejaron se la trasladara al Hospital.

La mujer ingresó en el desesperante estado que he descripto. Inmediatamente la examiné y la palpación me reveló una presentación de *vértice*, en posición O. I. D. P.; la auscultación no suministró signo alguno de la vitalidad del feto, pues no se sentían latidos ni movimientos fetales.

Después de una abundante inyección vaginal y de haber desalojado todos los coágulos que ocupaban la vagina, practico el tacto, encontrando el cuello completamente borrado, dilatación de cuatro traveses de dedo; constatando que toda la área del orificio interno estaba ocupada con un cuerpo blando y esponjoso y que sangraba al menor contacto. Recorrí toda la circunferencia del orificio interno y no encontré por ningún lado membranas; á más, á través de este cuerpo no se sentían partes fetales algunas, llegando por

todos estos datos al diagnóstico de *placenta previa central.*

En seguida le hice una abundante inyección de agua caliente y le coloqué un buen taponamiento y mientras venía el Jefe del Servicio me dispuse á levantar las fuerzas de la mujer; para esto le hice un enema y una hipodermoclisis de 1000 gramos de suero artificial cada una, consiguiendo levantar algo el pulso, le dí alcohol al interior bajo forma de poción Jaccoud y le hice varias inyecciones de éter y cafeína.

Tres horas más tarde y no encontrándose el Jefe del Servicio y en vista del desesperante estado en que se hallaba la mujer, me dispuse á intervenir; haciéndole antes una otra dermoclisis de 1000 gramos de suero.

Saqué el tapón y después de un nuevo lavaje introduje la mano y desprendí la placenta por uno de sus lados, rompiendo las membranas en su borde y fuí en busca de los pies, mientras que con la otra mano me ayudaba para efectuar la versión. Los traje afuera y terminé lo más pronto que me fué posible el parto. El alumbramiento lo hice artificialmente, á pesar de la poca cantidad de sangre que perdía, que no era de extrañarse, dada la cantidad que había perdido. En seguida le hice una inyección intra-uterina abundante, el útero completamente retraído y no teniendo ya nada que hacer por ese lado, dediqué todos mis esfuerzos á la salvación de la madre.

El pulso, desde un principio filiforme y casi

imperceptible, reaccionaba poco á las hipodermoclisis; le hice otra después del parto, pero á pesar de esto el pulso desapareció. Se le hicieron inyecciones de éter, cafeína y tintura de canela; pero nada, el pulso en el mismo estado, cayendo la mujer en el coma, del cual no se le pudo sacar, falleciendo dos horas después.

En este caso no podemos entrar en consideración alguna, en vista del desesperante estado en que ingresó al Hospital, que se puede decir que no fué más que á morir

---

De estas seis observaciones ¿qué conclusiones podemos sacar respecto de su tratamiento?

1° Que el taponamiento, método que se ha usado en ellas para detener la hemorragia, ha sido eficaz, tanto como hemostático, como excitante de las contracciones uterinas, y si es cierto que hemos tenido dos mujeres y cuatro niños muertos, esto es debido, como he demostrado, al gravísimo estado en que ingresaron al Hospital, y respecto de los niños, los cuatro vinieron muertos.

2ª El puerperio de las cuatro mujeres salvadas ha sido normal, pues en ninguna de ellas la temperatura subió arriba de 37° 2, lo que prueba que obrando con asepsia el taponamiento no es peligroso.

3° Que la versión combinada es uno de los métodos mejores. Aunque no pueda, con los

casos que presento, demostrarlo claramente, pero hay que tener en cuenta el estado en que ingresaron al Hospital las dos mujeres que fallecieron (observaciones III y VI), mientras que otra, aunque grave, fué salvada (observación 4ª).

SEVERO GONZÁLEZ.

Buenos Aires, Octubre 25 de 1897.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

En las retenciones placentarias, ya sean debidas á un aborto ó á un parto, el *raspado* debe ser la excepción.

II

En el prolapso completo del útero, en mujeres que han entrado en la menopausia, la mejor indicación es la *histerectomía vaginal*.

III

En las desgarraduras del periné consecutivas al parto, la mejor indicación es la *perineorrafia mediata*.

Buenos Aires, Octubre 25 de 1897.

Nómbrase á los Señores: Académicos Dr. Luis Güemes; Profesor Titular Dr. Samuel Molina y Profesor Suplente Dr. Luis F. Vila para que, constituídos en Comisión, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

ENRIQUE E. DEL ARCA.
Luis M. Acuña.

SEÑOR DECANO:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el ex alumno Severo González:

« En el local de la Facultad, á 29 de Octubre « de 1897, reunidos los que suscriben, encargados « de dictaminar respecto de la admisibilidad de « la tesis presentada por el ex alumno Severo « González, que versa sobre «Placenta Previa», « resolvieron admitirla.

« Con lo que terminó el acto.—Firmados: *L. Güemes, Luis F. Vila, S. Molina.—Zenón Aguilar*».

Luis M. Acuña.

Buenos Aires, Octubre 29 de 1897.

Entréguese al interesado esta tesis para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en qne haya de ser sostenida.

ENRIQUE E. DEL ARCA.

Luis M. Acuña