AÑO 1903 — Nº 1383

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ALUMBRAMIENTOS ANORMALES

TÉSIS

Presentada para optar al título de Doctor en Medicina

POR

ROGELIO J. SOLIS

Ex-practicante de los Hospitales

BUENOS AIRES

TALLER TIPOGRÁFICO DE LA PENITENCIARÍA NACIONAL

1903

ALUMBRAMIENTOS ANORMALES

AÑO 1903 — N° 1383

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ALUMBRAMIENTOS ANORMALES

TÉSIS

Presentada para optar al título de Doctor en Medicina

POR

ROGELIO J. SOLIS

Ex-practicante de los Hospitales

BUENOS AIRES

TALLER TIPOGRÁFICO DE LA PENITENCIARÍA NACIONAL

1903

Art. 162 del Reglamento de la Facultad. La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en la Tésis.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. EUFEMIO UBALLES

Vice Decano

Dr. D. PEDRO LAGLEYZE

Académicos Titulares

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

Académicos Honorarios

Dr. D. ERNESTO ABERG
» » EDUARDO WILDE
» » MARTÍN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI
» » EDMUNDO NOCARD
» » EMILIO R. CONI
» » OLYNTHO DE MAGALHAES

Secretario

Dr. D. ZENÓN AGUILAR

Pro Secretario

Dr. D. CARLOS ROBERTSON

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica	Dr. Pedro Lacavera
Física Médica	» Jaime R. Costa
Química Médica	» Atanasio Quiroga
Botánica Médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología teórico-práctica	» Rodolfo de Gainza
Anatomía Descriptiva	» Juan José Naon
Patología General y ejercicios clínicos	» Roberto Wernicke
Anatomía Topográfica	» Juvencio Z. Arce
Fisiología General y Humana	» Pedro J. Coronado
Anatomía Patológica	» Telémaco Susini
Bacteriología	» Carlos Malbran
Higiene Pública y Privada	» Julio Méndez
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma
Patología Externa	» Obdulio Hernández
Medicina Operatoria	» Adalberto Ramaugé
Clínica Ginecológica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica	» Eduardo Obejero
» Dermatológica y Sifilográfica	» Baldomero Sommer
» Epidemiológica	» José Penna
» Quirúrgica	» Julián Aguilar
» Neurológica	» José M. Ramos Mejía
» Médica	» Luis Guemes
» Médica	» Francisco A. Sicardi
» Oftalmológica	» Pedro Lagleyze
Patología Interna	» Marcial V. Quiroga
Medicina Legal	» Francisco de Veiga
Clínica Quirúrgica	» Antonio C. Gandolfo
» Médica	» Gregorio N. Chaves
» Obstétrica	» Samuel Molina
Toxicología Experimental	» Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	» Manuel Blancas
» Médica	» Abel Ayerza
» Genito-urinaria (hombres)	» Federico Texo
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Vacante
» Obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos substitutos	
Zoología Médica	Dr.	D. J. Greenway
Física Médica	»	Juan José Galiano
Química médica	»	Francisco B. Reyes
Botánica Médica	»	Roberto S. Kolbe
Química aplicada á la Medicina	»	Francisco P. Lavalle
Histología teórico-prática	»	Samuel de madrid
Anatomía descriptiva	»	Juan D. Piñero Joaquín López Figueroa
Patología General y ejercicios clínicos	»	Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía Topográfica	»	Avelino Gutiérrez Francisco Llobet
Fisiología General y Humana	»	Horacio G. Piñero Mariano Alurralde
Anatomía Patológica	»	José Badía Marcelo Viñas
Bacteriología	»	Juan Carlos Delfino Leopoldo Uriarte
Higiene Pública y Privada	»	Vacante
Materia Médica y Terapéutica	»	Enrique E. del Arca Angel M. Centeno
Medicina Operatoria	»	Nicolás Repetto (en ejercicio Leandro V. Valle
Clínica Ginecológica	»	Alfredo Lagarde José F. Molinari
» Oto-rino-laringológica	»	Wenceslao Tello Eliseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	»	M. Aberastury
Patología externa	»	Pascual Palma Daniel J. Cranwell
Patología interna	»	Vacante
Clínica Oftalmológica	»	Francisco C. Barraza Teófilo A. Moret
» Médica	»	Patricio Fleming
» Epidemiológica	»	Vacante
» Quirúrgica	»	Juan B. Justo Enrique Corbellini
» Neurológica	»	José A. Esteves José R. Semprun
» Médica	»	Ricardo Colón
Medicina Legal	»	Domingo S. Cavia Pedro Barbieri (en ejercicio)
Clínica Quirúrgica	»	Diógenes Decoud
» Médica	»	Ignacio Allende
» Obstétrica	»	Fanor Velarde Enrique A. Pardo
Toxicología Experimental	»	J. Alba Carreras
Clínica Pediátrica	»	Facundo Larguía Antonio F. Piñero
» Médica	»	Vacante
» Génito-urinaria (hombres)	»	Pedro Benedit (en ejercicio)
» Psiquiátrica	»	Benjamín T. Solari José T. Borda
» Quirúrgica	»	Vacante
» Obstétrica	»	Enrique Zárate

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares	
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia.....	Dr.	Adolfo Mujica
Química inorgánica aplicada.....	»	Miguel Puiggari
Farmacognósia vegetal y animal.....	»	Juan A. Boeri
Química orgánica aplicada á la Farmacia	»	Pedro N. Arata
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica).....	»	J. Manuel Irizar
Higieme.....	»	Ricardo Schatz
Química Analítica y Toxicológica.....	»	Atanasio Quiroga
Ensayo y determinación de drogas.....	»	J. Manuel Irizar

Asignaturas	Catedráticos substitutos	
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia.....		Vacante
Química inorgánica aplicada.....		Vacante
Farmacognósia vegetal y animal.....	Sr.	Juan A. Domínguez
Química orgánica aplicada á la Farmacia.....		Vacante
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica.....		Vacante
Higiene.....		Vacante
Química Analítica y Toxicológica.....		Vacante
Ensayo y determinación de drogas.....		Vacante

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares	
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	Dr.	Juan R. Fernández
Partodistócico y Clínico Obstétrica.....		

Asignaturas	Catedráticos substitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	Miguel Z. O'Farrel (en ejer.)
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	Vacante

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares	
Anatomía, Fisiología, Patología.....	Dr.	León Pereyra
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal.....	»	Nicasio Etchepareborda

Asignaturas	Catedráticos substitutos	
Anatomía, Fisiología, Patología.....		Vacante
Cirujía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal.....		Vacante

PADRINO DE TÉSIS

ACADÉMICO TITULAR

DOCTOR ELISEO CANTON

Á LA MEMORIA DE LOS CIRUJANOS

Dres ALEJANDRO POSADAS

Y

ALEJANDRO CASTRO

A LOS MIOS

Señores Académicos:

Señores Profesores:

Al elevar á vuestra distinguida consideración la prueba final para que me acrediteis con el grado de doctor en Medicina, os pido benevolencia y su aprobación si es que ella satisface vuestros deseos.

En el curso de mi exposición vereis, señores, que digo muy poco ó nada de nuevo porque mis conocimientos aún no me lo permiten. Este modesto trabajo es el fruto de lo que la observación y la práctica me han enseñado durante mi asistencia á las Salas de la Maternidad del Hospital Rivadavia.

He elegido por tema de mi tesis: *Alumbramientos Anormales*, estudiando los principales accidentes y complicaciones que transforma un acto fisiológico y normal como es el alumbramiento, en uno anormal ó distósico, á la vez que enumero las indicaciones más apropiadas á llenar para vencerlos.

Señores: Séame permitido, aprovechando la oportunidad que se me brinda al abandonar las aulas universitarias, manisfestar mi reconocida gratitud para todos los profesores de la Facultad, que con su ejemplo, sus sabias lecciones y sanos consejos han sabido formar mi carácter de médico.

Mi agradecimiento á los Doctores Zabala, Beláustegui, Caballero, Tatti, de la Vega y J. B. Martínez, por su enseñanza y franca amistad que siempre me han dispensado.

Al distinguido Académico Dr. Eliseo Cantón, que me hace el honor de acompañarme en este acto, mi especial agradecimiento.

CONSIDERACIONES GENERALES

El alumbramiento es el segundo acto fisiológico del parto, que consiste en la expulsión de los anexos del feto: placenta, membranas y cordón umbilical. El conjunto de estos anexos se designa con el nombre de secundinas (délivre, arriére-faix).

La expulsión cuando es expontánea, sin necesidad de ninguna intervención, se cumple en tres tiempos:

En el *primer tiempo*, la placenta y membranas se desprenden de la pared uterina.

En el *segundo tiempo*, los anexos son expulsados en la vagina.

En el *tercer tiempo*, los anexos son expulsados fuera de los órganos genitales.

Si el alumbramiento se abandona á los esfuerzos de la naturaleza, se hace tan lentamente que las parturientas se inquietan, se fatigan y se exponen á que una hemorragia las sorprendan á causa de que el útero se deja distender por los coágulos sanguíneos acumulados detrás de la placenta.

La intervención es útil en este acto fisiológico que debe considerarse como el más importante de la parturición. Basta reflexionar un momento para ver que no hay exageración alguna. La expulsión del feto, salvo

casos excepcionales, es un acto fisiológico que se cumple, la mayor de las veces, expontáneamente; muy distinto es el segundo acto, el alumbramiento, donde se necesita mucha atención para vigilar la salida de la placenta y membranas, porque es el momento más fértil en accidentes, (inercia uterina, hemorragias, retención de placentas, de membranas, etc.) que pueden comprometer seriamente la vida de la parturienta.

Si la intervención del partero solo se reduce á ejercer algunas tracciones sobre el cordón ó presiones sobre el útero para llevar los anexos hacia el exterior, se dice que el *alumbramiento es natural.* Ribemont-Dessaignes, no está de acuerdo sobre ésta interpretación que él designa en el sentido propio de la palabra, *extracción simple.*—La creo más aceptable. El *alumbramiento artificial* es un acto operatorio que necesita la intervención activa del partero.

Un cierto número de accidentes ó complicaciones, pueden modificar la realización del alumbramiento fisiológico, haciendo de él un *alumbramiento anormal ó distósico.*

Es al estudio de todos estos accidentes que hacen sombrío muchas veces el pronóstico de la parturienta y que exigen del partero sangre fria y conocimiento profundo de lo que sucede, á lo que daré preferencia en los capítulos que siguen.

I

Para mayor claridad en el curso de mi exposición, me permitiré encabezar este capítulo con ligeras nociones, anatómicas é histológicas de los elementos que constituyen los anexos del feto (membranas, placenta y cordón).

Membranas—Las membranas que envuelven un feto á término, son consideradas de adentro á fuera, 1° el amnio, 2° el corion y 3° las caducas.

El amnio es una membrana delgada, transparente y resistente. Por su cara interna circunscribe la cavidad amniótica, llena de líquido, donde nada el feto; por su cara externa está en relación por intermedio de un tejido comjuntivo que forma la menbrana de Bischoff, con el corion. El amnio tapiza la cara fetal de la placenta y reflejándose al nivel del cordón le forma una vaina y vá á confundirse con la piel al nivel del ombligo.

El corion, es una membrana vascular, menos resistente que el amnio; en su constitución toma parte la membrana vitelina, la hoja externa del blastoderma y la alantoidea. Toda su superficie externa está recubierta de vellosidades ó prolongamientos en dedos de guantes, éstas vellosidades son formadas por un re-

vestimiento epitelial y un eje conectivo vascular suministrado por la alantoidea.

La distribución de las vellosidades no es uniforme, lo que permite distinguir un corion difuso que más tarde se atrofia y un corion ramoso ó arborecente que formará la placenta fetal.

La Placenta (arrière-faix) se presenta bajo la forma de una masa blanda, regularmente arredondeada, de color rojizo, más espesa en el centro que en la superficie. La cara uterina convexa es dividida en un cierto número de cotiledones más ó menos aparentes y recubiertos de una capa de caduca útero-placentaria que penetra en los surcos de separación. La cara fetal es lisa, blanquecina y recubierta por el amnio.

El cordon se inserta por lo general en el centro de la placenta y de este punto los vasos que lo forman se irradian sobre la cara fetal para penetrarla en diferentes puntos, después de haber serpenteado entre el corion y el amnio.

Además de la placenta principal y como anomalía, suele encontrarse, cotiledones aislados ó placentas accesorias con sus vasos correspondientes, dando lugar á complicaciones serias cuando por descuidos se dejan en la cavidad uterina despues del alumbramiento.

La inserción de la placenta se hace en el fondo del útero, más en la pared posterior que en la anterior y más en el lado derecho que en el izquierdo.

Las vellosidades coriales se reunen en ramilletes ó cotiledones, constituídos éstos por un tronco principal que se injerta por su extremidad (grampons) en el

tejido uterino, y por ramas laterales que se ramifican á su vez é insertan, unas en la caduca y otras se terminan en los senos llenos de sangre materna. Cada vellosidad corial recibe una rama de la arteria umbilical y venas que en el tronco se reunen para formar una principal.

Este sistema sanguíneo es cerrado, no habiendo mezcla de sangre fetal con sangre materna, y solo se opera á este nivel fenómenos de endósmosis y exósmosis.

Ercolani y Leopold sostienen que la caduca uterina envía entre las vellosidades brotes que encierran un prolongamiento de red capilar, penetrándose recíprocamente como los dedos estendidos de dos manos entrelazadas.

Köllikei, Langhans y Henry, opinan que los espacios que separan las vellosidades coriales, no son llenados por vasos maternos dilatados, pero sí inundados por sangre materna; esta inundación se hace ó por la destrucción espontánea de las paredes de los capilares maternos ó por la proliferación de las vellosidades que iríaii á destruir la placenta materna, provocando así la abertura de los vasos y como consecuencia la llegada de la sangre materna en los espacios que las vellosidades dejan entre sí.

El peso normal de la placenta es de 500 á 600 gramos y su diámetro medio es de 16 á 19 centímetros.

Las caducas se forman á espensa de la mucosa uterina; su origen es esencialmente materno, pero la unión que tiene con el huevo es tan íntima que lo

acompañan como lo indica su nombre cuando él cae.

Las caducas son en número de tres: Utero placentaria ó serotina, uterina y ovular.

La mucosa del cuerpo del útero es la única que toma participación en las diferentes transformaciones; la mucosa cervical no se altera ni cae con el huevo.

¿Cómo se forman las caducas?

El óvulo fecundado llega á la cavidad uterina despues de varios dias de migración, injertándose en los repliegues de la mucosa ya preparada para recibirle.

Los repliegues mucosos se desarrollan y rodean completamente al óvulo como si fuera un cuerpo extraño, pudiéndose desde luego distinguir tres partes ó porciones distintas de caduca.

La primera, forma un medio de unión entre el huevo y la pared uterina, ésta es la caduca *utero-placentaria* ó *serotina*.

La segunda, tapiza todo el resto de la pared uterina, sufriendo débiles modificaciones, se le dá el nombre de caduca *uterina* ó *verdadera*.

La tercera, envuelve completamente al huevo, de ahí el nombre de *refleja* ú *ovular*.

En el primer trimestre de la fecundación, las caducas ovular y uterina son separadas por un espacio, pudiendo permitir la llegada de espermatozoides y efectuarse una segunda fecundación.

En el segundo trimestre, las cosas cambian; las dos mucosas uterina y ovular se unen y no tardan en contraer adherencias íntimas, de tal suerte que el huevo hace absolutamente cuerpo con el útero.

En el último trimestre de la preñéz, la separación del huevo y la pared uterina comienza á operarse paulatinamente para la realización del parto.

Las opiniones divergen cuando se quiere explicar la separación de las caducas; sin embargo, parece que la teoría más aceptable es la de Sinety, que dice «que la separación de los anexos se hace al nivel de los fondos de sacos glandulares, tanto para las membranas como para la placenta. La capa más superficial de la mucosa uterina acompaña por sus adherencias á la mucosa ovular, y las capas profundas que contienen los fondos de saco glandulares quedando en el útero, y proliferan para formar una nueva mucosa de revestimiento á la cavidad uterina.

Cuando el huevo ha llegado á término y el parto va á producirse, el desprendimiento de la caduca empieza por la vecindad del orificio interno para avanzar poco á poco hasta el fondo del útero.

El cordón umbilical, es un tallo bascular que une la placenta al feto. Es liso, blanco, flexible, recto ó más comunmente en espiral; la longitud habitual es de 0,50 centímetros, como máximun se han observado cordones de m. 1,50 y 1,78 y como mínimun hasta la ausencia total.

Por una de sus extremidades se inserta en el centro de la placenta, en un punto lateral ó en su borde.—Otras veces se divide antes de llegar á la placenta y los vasos serpentean entre las membranas: ésta es la inserción llamada velamentosa.

Por la otra extremidad se une á la piel del niño al nivel del ombligo.

Cuando se hace un corte transversal del cordón, se nota que en su constitución toma parte una envoltura amniótica, llena y distendida por una susbtancia llamada la gelatina de Wharton en cuyo espesor caminan paralelos ó en torsión una vena voluminosa y dos arterias de menor calibre.

Fisiología del cordón. La sangre del feto es llevada á la placenta por las arterias umbilicales y vuelve por la vena umbilical despues de haber sufrido modificaciones respiratorias y nutritivas al nivel de la placenta. Contrariamente á lo que se observa en los demás sistemas sanguíneos, en el cordón son las arterias las que llevan la sangre negra. y la vena, al contrario, la sangre arterial ó roja.

Consideraciones sobre el desprendimiento de la placenta

Este primer tiempo del alumbramiento ha dado motivo á un sin número de interpretaciones.

Baudelocque, uno de los primeros que ha estudiado ésta cuestión se expresa así: « El alumbramiento que se hace normalmente comprende dos tiempos: el del desprendimiento y el de la expulsión. La matriz es el agente principal de ésta operación, su acción es suficiente para desprender la placenta; pero necesita la ayuda de la contracción de los músculos abdominales para expulsarla. Los esfuerzos repetidos que hace la matriz para expulsar el niño son ordinariamente los que destruyen las adherencias de la placenta.

Esta desunión empieza por el centro ó por un punto de su circunferencia lo que produce fenómenos diferentes ».

«En el primer caso, la placenta desprendida se invierte y se presenta por su cara fetal formando una bolsa que se llena de sangre, de tal suerte que la mujer no pierde nada de sangre antes del alumbramiento. Pero las cosas cambian cuando la placenta se desprende hacia abajo y sobre todo cerca del orificio interno; ella se arrolla sobre si misma como un cilindro ó cartucho de manera que se presenta al tacto ó á la vista por su superficie anfractuosa y su salida es siempre precedida por una hemorragia».

Felizmente para el niño y para la madre, el desprendimiento no se efectua en el momento de la salida del niño, pues todos sabemos que las hemorragias que acompañan á la desunión de la placenta en el momento del trabajo, son graves.

Puede admitirse, sin embargo, que las contracciones del trabajo sin ser causa eficiente, preparan en un cierto grado el desprendimiento de la placenta.

Tarnier y Budin dicen que el desprendimiento de la placenta empieza cuando el feto ha sido expulsado por la acción contractil y retractil del útero. Estas fuerzas al mismo tiempo que estrechan el orificio interno del cuello, disminuyen la superficie sobre la cual se inserta la placenta, y como ésta no es retractil le es imposible reducir de volumen, lo que hace que las adherencias que sirven de medio de unión se estiren y finalmente se rompan. Los vasos sanguíneos de ésta

superficie cruenta dejan escapar sangre que se acumula y coagula en el centro de la placenta, pero bien pronto esta pérdida se detiene por la acción contractil de las fibras musculares que hacen el oficio de ligaduras vivientes al rededor de los vasos abiertos.

Ribemont-Dessaignes es de opinión de que las últimas contracciones expulsivas del feto, así como la retracción enorme que le siguen son las causas eficientes de la separación de la placenta.

Por lo demás está de acuerdo con las ideas de Tarnier y Budin.

Pinard, Varni er y Schröeder sostienen que el desprendimiento de la placenta y las membranas se lleva á cabo un cierto tiempo despues de la retracción uterina que sigue á la salida del niño, siendo producido por las contracciones del útero despertadas y estimuladas por nuevos dolores.

Pinard y Varnier han demostrado por medio de cortes hechos en úteros inmediatamente después de la salida del feto y del líquido amniótico, que las paredes uterinas retrayéndose aumentan de espesor de una manera desigual. Sea cual fuere el punto de inserción de la placenta, la pared uterina queda menos espesa al nivel de su inserción. La onda muscular producida por la retracción se detiene, por así decir, en la periferia de la placenta, engarzándola. La pared uterina en relación con la placenta se retrae mucho menos que aquella que está en relación con las membranas, de donde resulta una diferencia de espesor más ó menos acusada según el punto de inserción de la placenta.

En el desprendimiento placentario, entran en juego como factores, la elasticidad, la retractilidad y la contractilidad de los elementos musculares del útero.

Y ¿cómo obran estas fuerzas? "Según Pinard y Varnier, el útero tiende á tomar su forma normal durante é inmediatamente despues de la expulsión del niño, es decir, que cada punto de su pared trata de aproximarse al centro de la cavidad».

«La porción de la pared, donde se inserta la placenta queda más alejada del centro, pues á este nivel la pared es más delgada y por lo tanto las fuerzas de contractilidad, retractilidad y elasticidad son menores. Para hacer desaparecer esta desigualdad se establece una lucha constante (elasticidad y retractilidad) con sobresaltos (contractilidad). Los elementos musculares acumulados alrededor de la placenta van á ejercer su acción sobre la parte delgada y á reducir su superficie por un movimiento vermiforme, naturalmente que esta acción estará en relación directa con la masa muscular obrante. Se comprenderá que las condiciones no son idénticas si la placenta se inserta en el segmento superior, inferior ó medio; igualmente no son iguales si se inserta al nivel de uno de los cuernos ó directamente sobre la cara anterior ó posterior».

«Si á todas estas razones se añade que el útero de cada mujer posee fuerzas de elasticidad, retractilidad y contractilidad diferentes, se dará cuenta fácilmente de las diversidades tan frecuentes que se observan en clínica y que hacen que cada alumbramiento tenga por así decir, una fisonomía particular».

Las menbranas no se desprenden sino después que lo ha hecho la placenta. Es esta última la que, por su peso y por la nueva contracción y retracción uterina produce el desprendimiento de las membranas.

El segundo y tercer tiempo del alumbramiento expontáneo se efectúa con más ó menos prontitud, pero en la generalidad de los casos, no se espera y se interviene haciendo una extracción simple de los anexos del feto.

Muy importante es el estudio de las diferentes fases del alumbramiento, porque él nos indica el momento preciso de cualquier accidente, así como el momento de la intervención.

La palpación es el medio más útil á nuestro alcance, no debiendo jamás dejarse de emplear en el segundo acto de la parturación tan lleno de anomalías; ella nos ilumina con mucha exactitud las variaciones de situación, forma y volumen del útero.

Si se tiene especial cuidado de medir por instantes la distancia que separa el fondo del útero del borde superior de la sínfisis pubiana, inmediatamente después de efectuado el trabajo, se notará que poco á poco el fondo se eleva varios centímetros. Esta ascensión es debida á que el segmento inferior del útero recupera su tonicidad, se retrae y levanta el resto del órgano; la placenta desprendida cae en el segmento inferior y el fondo se eleva nuevamente, pero cuando ésta pasa á la vagina, el fondo desciende por debajo del ombligo dos ó tres centímetros.

El tacto será practicado lo menos posible durante

el alumbramiento desde que la palpación nos dá investigaciones tan exactas. Solo cuando no se produzca espontáneamente se recurrirá á él para orientarnos dónde está la placenta y como se presenta.

Cuál es el momento en que se debe intervenir para terminar el alumbramiento?

Como el alumbramiento se hace muy pocas veces espontáneamente, es indicado esperar 20' á 30' si es que ningún accidente lo obligara á proceder en el acto, tiempo más que suficiente para que la placenta se encuentre encajada en parte ó totalmente en la vagina, lo que se reconoce si se llega fácilmente á la inserción placentaria del cordón.

En la extracción simple de los anexos puede emplearse uno de los tres métodos siguientes:

1º Método por tracciones sobre el cordón.
2º » por expresión uterina
3º » mixto (Tarnier y Pinard)

Alumbramiento por tracciones sobre el cordón

Este es el método usado por los franceses, descripto y figurado por primera vez por Mauriceau.

Se toma entre el dedo índice y medio de una ú otra mano el cordón cortado, por intermedio de una gasa acéptica para que no deslice y lo más cerca posible de su inserción placentaria, mientras que la otra mano aplicada sobre el útero á través de la pared abdominal corrige la anteversión fisiológica de la matriz á la vez que se da cuenta del estado de contracción ó relajación del músculo. Las tracciones

serán suaves, lentas y sin tironeos que puedan comprometer la integridad de las membranas; se practicarán hacia abajo y atrás, siguiendo el eje del estrecho superior y á medida que la placenta se acerque á la vulva, la mano que tira se irá levantando paulatinamente.

En casos excepcionales, las contracciones uterinas son tan poderosas que pueden arrojar con fuerza hacia el exterior la placenta y las membranas, aun adherentes, y desgarrarse; en estas circunstancias el práctico sostendrá con sus manos la placenta, impidiendo así su salida brusca.

Otras veces las membranas quedan aprisionadas por la estrechez súbita del orificio interno; para salvar esta anomalía es de práctica aumentar la resistencia de las membranas haciendo torciones sobre sí misma á la vez que se produce una tracción uniforme en todos los puntos de adherencias. Si el desprendimiento no fuera posible por las adherencias íntimas, se procederá como lo aconseja el profesor Tarnier á ligarlas al nivel de la vulva por medio de un hilo aséptico y cortarlos por un golpe de tijeras por debajo de la ligadura. Algunas horas más tarde se extraerán sin dificultad los residuos que habían quedado retenidos en la cavidad uterina con solo hacer tracciones sobre el hilo.

En este método se exige una antisepsia rigurosa, no practicar jamás tracciones sobre el cordón durante la contracción uterina, y estar seguro del desprendimiento de la placenta y de su encajamiento en la vagina.

Alumbramiento por expresión uterina

Es el método alemán creado para salvar ciertos accidentes que se originaban con el método anterior; accidentes más bien imputables á la mala ejecución de las tracciones sobre el cordón, y más que todo para substituir la malísima práctica que seguían los alemanes y holandeses, de apresurar el alumbramiento por temor á la retracción del orificio interno, introduciendo la mano en la matriz inmediatamente de expulsado el feto, práctica desastrosa por cierto, á causa de los accidentes de infección, de retención de cotiledones, de membranas, de hemorragias, etc., á que daba lugar.

Fué preconizado por Busch (1803), Delaporte (1822); siendo Crédé y sus discipulos sus ardientes defensores.

Consiste en practicar una vez expulsado el feto y al través de las paredes abdominales, fricciones ligeras sobre la superficie del útero y cuando se sienta contraer, abarcar con una ó las dos manos el fondo del órgano, de tal modo que los dedos se dirijan profundamente hacia la columna vertebral mientras que el pulgar se aplica sobre la cara anterior del útero, y cuando la contracción llega á su máximo, exprimir el útero al mismo tiempo que se le lleva hacia el pequeño basinete.

Más tarde Crédé incurrió en el error de modificar el método, haciendo la expresión inmediatamente después de la salida del feto, sin esperar el tiempo necesario para que el útero reaccionara y pusiera en juego sus propias fuerzas.

Método mixto

Tarnier y Pinard recomiendan un método que pudiéramos llamarle *mixto*, por que participa de los dos descriptos anteriormente, salvando los inconvenientes de uno y otro, creyendo con mi poca experiencia que es el más ventajoso.

Consiste en colocar una mano sobre el útero después de la salida del niño, haciendo fricciones suaves para estimular las contracciones, y cuando éstas se manifiestan, se ejercerá presiones sostenidas sobre el fondo del órgano de modo que la placenta desprendida sea llevada sobre el orificio interno y se amolde para franquearle. Las presiones serán hechas con lentitud y dulzura de tal modo que la placenta sea expulsada á los 25' ó 30' después de la salida del niño. Cuando los anexos tiendan á franquear la vulva, ya las membranas se habrán desprendido. Es en este momento que se ejercerán las tracciones sobre el cordón.

La expresión tiene la ventaja de expulsar los coágulos hacia el exterior, coágulos que acumulados en el útero pueden provocar la inercia uterina.

El método por tracciones sobre el cordón debe siempre preferirse al método por expresión placentaria por que es menos fértil en accidentes. La expresión como lo aconseja Crédé, tiene la desventaja de oponerse al desprendimiento natural de la placenta, provocar la ruptura de membranas, favorecer la retención de cotiledones con todas sus consecuencias, á la vez que provoca dolores á la parturienta.

II

Causas que pueden hacer anormal el desprendimiento de los anexos

Inercia uterina

El útero después de la expulsión del niño, hemos dicho, vuelve sobre sí mismo por la acción de sus fuerzas de contracción y retracción, formando un tumor duro, regular y globuloso que constituye el *globo de seguridad* de Pinard.

Si el útero ha sido fatigado por exceso de trabajo, la retracción y las contracciones uterinas, se efectuan de una manera irregular, desigual ó nula, produciéndose lo que se conoce con el nombre de *inercia uterina*.

La inercia es *simple* siempre que la placenta quede adherida y como consecuencia no haya pérdida sanguínea; y *complicada*, cuando producido el desprendímiento se acompaña de una hemorragia más ó menos grave.

Etiología, Las causas que se invocan como capaces de producir la inercia son numerosas, siendo unas determinantes ó eficientes y otras predisponentes.

a) Los partos laboriosos por dificultades encontradas en el basinete, en el útero, ú opuestas por el

feto pueden provocar la inercia por que la fibra muscular por el exceso de trabajo se fatiga, las contracciones se hacen irregulares, sé debilitan ó desaparecen entrando en relajación.

b) Si las contracciones uterinas son irregulares desde el principio del trabajo, y no se normalizan, continuan después de la salida del feto, qué ha debido extraerse rápidamente por la version ó el forceps.

c) La inercia uterina persigue con frecuencia aquellas mujeres cuya constitución física es debilitada por padecimientos crónicos, como la tuberculosis, mal de Bright, cardiacos, etc. Aunque esta ley tiene numerosas excepciones, se comprende sin embargo, que el útero de una mujer cuyo organismo no es minado por una enfermedad crónica, reaccionará y funcionará mucho mejor.

d) La exagerada distención de la matriz que se observa en el hidramnio, preñeces gemelares y múltiples, es una causa favorable para la inercia.

e) Las contracciones rápidas y enérgicas que expulsan bruscamente al feto del claustro materno, pueden provocar una parálisis de la fibra muscular, como sorprendida de la prontitud del trabajo.

f) Los tumores fibrosos uterinos, los peri-uterinos, los quistes del ovario, predisponen á la inercia.

g) Las emociones morales, principalmente las tristes y terroríficas que tienen una acción tan marcada sobre el funcionamiento de ciertos órganos de la economía, pueden también paralizar el músculo uterino. Es por eso que se recomienda en el momento del

alumbramiento la mayor tranquilidad y silencio, tratando por todos los medios de levantar el espíritu moral de la parturienta.

Sintomatología—La palpación abdominal es el medio más precioso y seguro para diagnosticar la inercia. Después del parto las manos encuentran al útero duro, resistente, globuloso por encima del pubis, pero si la inercia se declara, será muy difícil y á veces imposible de limitarlo porque sus paredes están blandas, flácidas, depresibles y confundidas con la masa intestinal. No siempre sucede esto, porque en la inercia pueden considerarse varios grados; en algunos de ellos, el útero no desaparece del todo, la resistencia de la pared no es completamente abolida, el elemento forma, persiste y á la palpación se siente la matriz blanda, flácida, más aumentada de volumen y con cierta dificultad se delimita. En estas circunstancias la matriz no ocupa la línea media, sino que más bien se le encuentra como encajada en la profundidad de uno de los flancos, donde se apercibe por la influencia de las fricciones que hacen despertar momentáneamente su retractilidad y contractilidad. Hubert dice muy bien: « se puede apenas hacer salir al útero de su torpeza; pero él no lo hace sino momentáneamente é incompletamente.»

Si el desprendimiento de la placenta se ha efectuado, la inercia se complica de hemorragia, que se manifiesta generalmente al exterior, acompañándose á la vez de síntomas generales, como ansiedad respiratoria, vértigos, náuseas, pulso debil, pequeño y rápido.

Tratamiento — El tratamiento de la inercia uterina puede ser: 1° preventivo, 2° curativo.

1° Si el médico ha seguido paso á paso el curso del embarazo, en muchos casos puede hacer un tratamiento preventivo cuidando el estado general de la enferma si fuese debilitado por afecciones crónicas como la tuberculosis, el mal de Bright, etc. En los partos difíciles y laboriosos se debe estar más que nunca en guardia, sin retirarse un solo instante del lado de la cama y estar pronto para estímular el útero, fatigado por el exceso de trabajo.

En los casos de hidramnio se impedirá que el líquido amniótico se escape rápidamente, para que la fibra uterina no sea sorprendida y paralizada.

Si hay preñez gemelar ó múltiple, es conveniente después de la salida del primer niño esperar un momento para provocar la del segundo; la razón es la misma que en el caso anterior.

2° Si la inercia se produce después de la salida del niño, y la placenta está aun adherida, se tendrá especial cuidado de no hacer tracciones sobre el cordón para no desprenderla, porque la hemorragia aparecería en el acto. La inversión uterina, complicación muy rara, puede obedecer tambien á tracciones ejercidas sobre el cordón.

Las fricciones es un medio práctico para despertar y estimular la contractilidad muscular. Ellas deben hacerse con toda la mano á través de la pared abdominal, sobre la cara anterior del útero, con suavidad, con dulzura, de una manera continua por espacio de

treinta minutos, una hora y más si es necesario; teniendolo en una permanente exitabilidad y sin que aumente de volumen. Al mismo tiempo las fuerzas de la enferma serán estimuladas por bebidas calientes, leche, alcohol, etc.

Si estos medios fracasaran se recurrirá á las inyecciones vaginales y mejor uterinas, de varios litros de agua esterilizada ó hervida, á la temperatura de 45° y 48°; la práctica diaria ha demostrado que el agua á la temperatura indicada es un poderoso estimulante de las contracciones de la fibra muscular, y un remedio heróico en el mayor número de los casos de inercia.

El cornezuelo de centeno así como todos sus derivados son contra indicados mientras el útero contenga algo en su interior.

La electricidad farádica ó galvánica, de acción eficaz en muchos casos, fracasa en otros; además es un medio difícil de usar en la práctica.

Cuando los medios terapéuticos y mecánicos enumerados fueren insuficientes para estimular las contracciones, habrá llegado el momento de intervenir. Dejar pasar más tiempo la retención de los anexos, sería hacer más complicado y sombrío el pronóstico de la enferma por las hemorragias y por las infecciones á que queda expuesta. El alumbramiento artificial se impone.

Contracciones irregulares del cuerpo del útero

Las contracciones normales y regulares que se suceden después del parto y que tienden á expulsar los

anexos, suelen modificarse oponiendo un obstáculo para que el alumbramiento se produzca; esta anormalidad en las contracciones se manifiesta: ya en todo el útero ó en cada uno de sus partes.

Si el cuerpo del útero cae bajo la acción de las contracciones irregulares y espasmódicas, la placenta todavía adherente puede ser encastillada en una especie de cavidad ó célula complementaria. Según Jacquemier el plano muscular interno del útero es formado por anillos concéntricos tanto más grandes cuanto más se aleja del orificio de las trompas, cada uno de estos anillos pueden contracturarse formando así una cavidad en la cual quedaría enclavada parte ó toda la placenta. En estas condiciones el alumbramiento no podrá efectuarse á su debido tiempo.

Las causas que influyen para la producción de este accidente, son casi las mismas que expondré al tratar la contracción espasmódica de la totalidad del útero.

Haciendo la palpación, se puede con dificultad, cuando es pequeño, tocar un tumor yustapuesto al útero; el tacto teniendo por guía el cordón, nos llevará después de atravesar el canal cervical á una porción de la pared uterina donde hay una abertura estrecha que comunica con una cavidad formada por la pared misma del útero y donde se encuentra encastillada la placenta.

Qué conducta deberá seguir el práctico en presencia de una contractura parcial del útero?

Pinard aconseja intervenir desde que se constata el enquistamiento de la placenta, pues la espectación es mala y siempre peligrosa.

La contractura parcial é irregular del útero no es constante desde el principio; pero después de un cierto tiempo, los períodos de relajación se concluyen para entrar el útero en una contractura permanente, al mismo tiempo que el canal de nueva formación por donde solo pasa el cordón, se estrecha. Desde luego, cuanto más tiempo transcurra, las dificultades que se encontrarán serán mayores para llegar hasta la nueva cavidad donde la placenta es aún adherida.

Mas prudente, creo, es contemporizar, así como lo aconseja Tarnier, siempre que una hemorragia no lo obligue á intervenir en el acto. Las inyecciones de morfina, los lavajes con cloral ó láudano, deben suministrarse, y si estas indicaciones fueran impotentes para vencer la contractura, habría llegado el momento de hacer la extracción manual ó artificial de los anexos.

Contracción irregular del anillo de Bandl.

El anillo de Bandl (anillo de contracción de Schröeder, círculo uterino de Baudelocque) es una zona muscular circular que termina hacia abajo el segmento superior del útero.

Microscópicamente, es ficticia la existencia del anillo de Bandl; no sucede así en los estudios histológicos hechos por Veit, que ha encontrado, formando parte en su constitución, un mayor número de fibras circulares que en cualquier otro punto del órgano.

El anillo de Bandl constituye por su naturaleza esen-

cialmente muscular, un desfiladero contráctil por donde tiene que pasar el feto y después los anexos.

Efectuado el parto, el fondo del útero vuelve sobre si mismo formando un tumor sólido y resistente, difícil de penetrar en su interior, en tanto que el cuello vencido por la distensión exagerada, por el pasaje del niño, queda abierto y flácido. Si una causa cualquiera exagera la labor activa del anillo de contracción de Schröeder, el útero será dividido en dos segmentos: de allí el nombre de útero en forma de reloj de arena, (*hour glass*) como lo designaba Guillemont.

Si la contractura del anillo se produce antes del pasaje de la placenta, ésta quedará detenida en el fondo del útero siendo muchas veces necesario recurrir á la extracción manual para terminar con el alumbramiento.

El tacto vaginal teniendo por guía el cordón umbilical, es un medio seguro y suficiente para diagnosticar esta anomalía.

Constractura espasmódica de la totalidad del útero

Es muy raro observar el útero en su totalidad bajo la acción de contracturas espasmódicas, pero su existencia es indiscutible.

Budin, cita un caso típico de tetanización total del útero. Un médico administra ergotina á una mujer presa de una hemorragia antes del parto, en vez de provocarlo. Después de producida, este fué llamado en consulta y encuentra á la parturienta pálida, casi

exangüe por la gran cantidad de sangre perdida; el útero daba á la palpación una consistencia leñosa y el orificio interno estaba tan contraído que ejercía presión sobre el cordón. A pesar del empleo del cloroformo y de la morfina la tetanización uterina no pudo ser vencida y la mujer murió.

Entre las causas capaces de provocar la contractura del útero se citan: las tracciones intempestivas hechas antes del desprendimiento de la placenta, sobre un cordón demasiado corto por brevedad natural ó accidental, las fricciones abdominales practicadas sin método; pero la principal y más determinante es la administración del cornezuelo de centeno.

El cuadro que presenta la enferma es sombrío; ella es presa de fuertes dolores abdominales que se irradian hacia los flancos, hay pérdida sanguínea si la placenta se ha separado de su inserción; á la palpación se encuentra con un útero globuloso, duro como un pedazo de madera y si se hace el tacto vaginal, el dedo no puede franquear el orificio interno del cuello: tan poderosa es la contractura.

En tales circunstancias, la conducta más racional á seguir, siempre que una hemorragia no lo obligue á intervenir sin pérdida de tiempo, es esperar que las contracciones se normalicen y el espasmo desaparezca para que el alumbramiento se cumpla sin mayores consecuencias. El uso de los antiespasmódicos como la morfina en inyecciones subcutáneas y los lavajes de cloral y láudano nunca deben olvidarse. Si estos medios fueran impotentes para vencer la tetanización ha-

brá llegado el momento de practicar el alumbramiento artificial con suma cautela.

Tarnier aconseja cuando la contractura sea tan tenaz, é invencible por los medios enumerados, practicar la extirpación del útero para salvar á la parturienta de una infección generalizada.

Adherencias anormales de la placenta y membranas.

Las adherencias anormales de la placenta y membranas son muy raras. Por lo general son parciales extendiéndose, ya en los bordes de la placenta quedando el centro libre, ya en algunos cotiledones solamente.

Podría admitirse distintos grados en la resistencia de las adherencias, desde que unas son vencidas por la contracción uterina, las tracciones sobre el cordón ó la expresión de la placenta; otras requieren la introducción de la mano para destruirlas, y por último hay otras en que verdaderamente existe una fusión íntima entre los tejidos que es imposible desprenderlas sin desgarrar la fibra muscular ó abandonar los cotiledones dentro de la cavidad uterina.

Las causas que favorecen la fusión tan íntima de los tejidos, son poco conocidas; pero puede casi asegurarse que son ocasionadas por estados patológicos productores de degeneraciones fibro-granulosa y mixomatosa de las vellosidades, ó de un tejido de neoformación, como se observa en la sífilis y en las afecciones cardíacas y renales.

Las hemorragias que se producen en la zona úteroplacentaria durante el embarazo, así como las inflamaciones agudas y crónicas de la mucosa uterina, pueden favorecer la formación de adherencias patológicas.

Para llegar al diagnóstico de que las adherencias se oponen al alumbramiento, debe tenerse en cuenta los antecedentes de la enferma; si ha habido hemorragias repetidas en los primeros meses del embarazo, dolores localizados en un punto del útero, dificultades en los alumbramientos de los partos anteriores. Ahora bien, si aún siendo normales y regulares las contracciones y retracciones el alumbramiento tarda más de una hora en producirse, y la placenta no desciende en la vagina y tironeando sobre el cordón el útero sube y baja como impelido por un resorte, debe asegurarse que hay adherencias.

La complicación más seria en estos casos es el desprendimiento parcial de la placenta por la hemorragia que se origina.

El alumbramiento artificial es la indicación á llenar en los casos de adherencias anormales.

Desviación del útero

Muy raras veces la desviación uterina se presenta como un accidente en el momento del alumbramiento.

Fisiológicamente existe en el mayor número de los casos una anteflexión después de la salida del niño, que se corrige con facilidad al hacer la extracción simple de los anexos por el método mixto, con solo

hacer presión con la mano sobre el fondo del útero. Cuando el cuerpo del útero es muy inclinado hacia adelante, forma una acodadura con el resto del órgano, que obstaculiza el desarrollo normal de las contracciones debilitándolas y haciéndolas impotentes para expulsar los anexos que quedan aprisionados por encima de la anteflexión. Las tracciones y la expresión son suficientes para concluir con el alumbramiento, comenzando por corregir la desviación.

En muy raras ocasiones la desviación puede oponer tal dificultad al alumbramiento, que sea necesario introducir la mano para extraer los anexos.

Exceso de volumen de la placenta

Es común observar el retardo del alumbramiento por un exagerado volumen de la placenta.

El cuello uterino dilatado y entreabierto por la salida del niño, dá fácilmente pasaje á la placenta y membranas que solo pesan 600 á 700 gramos; pero si el volumen es aumentado como sucede en ciertos estados patológicos, la sífilis entre ellos, el cuello se retrae, y la placenta queda retenida en la cavidad uterina.

Entre las enfermedades, la sifilis en primer lugar, exagera el volumen de la placenta, Audivert cita una que pesaba 1.900 gramos y Budin otra de 1.700 gramos.

La ligadura del cordón, inmediatamente después de la expulsión del niño, aumenta el volumen de la placenta. Budin ha hecho experiencias al respecto, lle-

gando á la conclusión siguiente: si se liga el cordón inmediatamente de nacer el niño, quedan depositados en la placenta de 90 á 100 gramos de sangre que no sucedería si se hubiese esperado algunos momentos para practicar la ligadura.

La duplicidad de placentas y membranas, como sucede en ciertos partos gemelares, es una causa para que el alumbramiento no se haga á su debido tiempo.

La indicación á cumplir en estos casos es muy sencilla; las tracciones sobre el cordón y la expresión sobre la placenta terminan el alumbramiento, pero si á pesar de esto no se lleva á cabo, se introducirá la mano bien aséptica en el orificio uterino y se tomará la placenta por un punto cualquiera de su borde, extrayéndola hacia el exterior.

El exeso de volumen de la placenta y su dificultad en la expulsión, suelen ser consecuencia en muchos casos de la retención de sangre detrás de ella al desprenderse de la pared uterina; para salvar este inconveniente se aconseja perforar con el dedo el centro de aquella por donde se escurrirá la sangre.

Debilidad del cordón

Numerosas causas favorecen la ruptura del cordón, tan preciosa guía para llegar hasta la inserción de la placenta cuando algún obstáculo impide la realización del alumbramiento.

Las tracciones demasiado enérgicas practicadas después del desprendimiento de la placenta, la maceración

en los casos de feto muerto, la extrema delgadez, así como la inserción dicotomizada ó velamentosa, son más que suficientes para favorecer la ruptura del cordón.

En presencia de todas estas eventualidades, se recomienda tener mucho cuidado, y si la expresión uterina no ha sido capaz de cumplir el alumbramiento, queda el recurso de introducir la mano y extraer los anexos.

Si el cordón se hubiera cortado, la mano introducida en la cavidad del órgano irá en busca de la placenta, fácil de reconocer por los vasos sanguíneos que hacen saliencia en su superficie, por el mayor espesor que presenta en relación á cualquier otro punto del útero y por la falta de dolor á la palpación.

Complicaciones

Las complicaciones más frecuentes que acompañan á los alumbramientos anormales son: las hemorragias (inmediatas y tardías), la retención de cotiledones y menbranas, la septicemia. La inversión uterina es un accidente rarísimo del alumbramiento.

1° Hemorragias

La hemorragia es el accidente más habitual y peligroso del alumbramiento, exigiendo por parte del que interviene, experiencia, serenidad y sangre fría.

Charpentier las divide en tres categorías: 1ª Hemorragias post partum, 2ª Hemorragias secundarias y 3ª Hemorragias tardías.

Más práctica y sencilla es la división que hace Budin: A. Hemorragias inmediatas y B, Hemorragias consecutivas ó tardías.

A. *Hemorragias inmediatas*. Las hemorragias inmediatas aparecen después de la salida del feto, durante ó después de la expulsión de los anexos. Son las más graves por la cantidad y rapidez de su producción, capaces, si se descuida, de concluir con la vida de la parturienta.

Clínicamente se consideran tres grados ó variedades según su modo de presentarse.

a) La *Hemorragia externa* se manifiesta por la salida de la sangre fuera de los órganos genitales.

b) *La hemorragia interna* no se manifiesta al exterior, la sangre se acumula y coagula dentro de la cavidad uterina. Son muy raras pero peligrosas.

c) *La hemorragia mixta* es el conjunto de las dos variedades anteriores. Son las más comunes.

Las hemorragias no siempre son la consecuencia del desprendimiento de la placenta; ellas pueden tener su orígen en una desgarradura del cuello uterino, de la vagina ó de la vulva, accidentes muy comunes de observar, de un pronóstico benigno y de un tratamiento distinto al de las hemorragias uterinas.

Fisiológicamente y como consecuencia del desprendimiento natural de la placenta, siempre se produce una pérdida de sangre que varía en la generalidad de los casos entre 500 á 600 grs., alcanzando en los días consecutivos al parto hasta 1000 grs. Ahora bien, si por una causa cualquiera la hemorragia traspasa los

límites fisiológicos, puede considerarse como una pérdida patológica.

Querer fijar el límite preciso que marque la gravedad de una hemorragia, por la cantidad de sangre perdida, es algo ilusorio, por que sabemos muy bien, que los organismos no se comportan de una manera igual con relación á las pérdidas sanguíneas; así se han observado casos en que la parturienta ha sucumbido por una hemorragia de solo 700 grs., mientras que otras han resistido pérdidas de 1200 y 1500 grs.; pero no obstante estas observaciones, deben encuadrarse en un pronóstico grave las hemorragias que pasan de 1000 grs.

Las hemorragias para que se produzcan necesitan dos condiciones indispensables: 1° que el músculo uterino entre en inercia, y 2° que la placenta se encuentre en un cierto grado de desprendimiento. Al estudiar el desprendimiento natural de la placenta hemos dicho que el músculo poseía fuerzas propias, cuyas acciones se manifestaban: una como la contractilidad desde los últimos meses del embarazo, y otra como la retractilidad después de la expulsión del feto; estas fuerzas destinadas á reducir el volumen del útero, lo vuelven duro, globuloso y resistente constituyendo lo que se conoce con la expresión de *globo de seguridad* de Pinard. En tales condiciones se explica que no se produzca hemorragia; pero si la contractilidad y retractilidad son obstaculizadas en su funcionamiento, disminuyendo su intensidad ó haciéndolas nulas, el útero entra en inercia, las fibras mus-

culares que rodean los senos sanguíneos, haciendo el oficio de ligaduras vivientes, paralizadas, dejan escapar la sangre materna en mayor ó menor cantidad según el grado de desprendimiento de la placenta.

Síntomas La parturienta que es presa de una hemorragia algo abundante, se queja de ansiedad respiratoria, zumbido de oídos, vértigos, perturbaciones visuales, dolores al nivel de los riñones, y á los que la observan le llama la atención la palidez cadavérica que la invade. Estos síntomas son suficientes para alarmar al partero, hallando la confirmación del peligro si examina los órganos genitales externos por donde se precipita el mayor número de veces la sangre líquida ó coagulada.

El pulso es un síntoma de gran significación, quizás el más importante. Se acelera á 110, 120 y más pulsaciones por minuto, y se vuelve pequeño y débil.

Desgraciadamente no siempre es así. Cuantas veces la hemorragia se instala cautelosamente, sin que ningún síntoma dé la voz de alarma, y mientras el partero y los que rodean á la enferma se entregan al cuidado del recién nacido, ésta, extenuadas sus fuerzas por las fatigas del parto, deja escapar sin advertirlo junto con la hemorragia, su existencia!

Á la palpación abdominal se halla con suma dificultad el útero, dando la sensación de un saco blando cuyo límite superior alcanza y pasa el ombligo, y las contracciones se manifiestan de vez en cuando para desaparecer en seguida. Al tacto, se encuentra unas veces la placenta en la vagina, obturándola é impidiendo

la salida de la sangre; otras veces las membranas se presentan distendidas como las paredes de un saco por el derrame considerable de sangre, y si el alumbramiento se ha efectuado, son los coágulos los que llenan y salen fácilmente de la vagina.

Las hemorragias internas tienen de característico, en que se manifiestan al exterior por el escurrimiento de una abundante serosidad con tinte sanguinolento. Budin ha llamado la atención de éste hecho y lo interpreta así: «la sangre acumulada y coagulada en la cavidad uterina fácilmente dilatable por la inercia, deja escapar el suero sanguíneo, mientras que en el interior quedan retenidos los coágulos, que se precipitan hacia afuera haciéndo la expresión».

Las hemorragias no siempre se manifiestan por la salida abundante de sangre; hay casos en que la pérdida sanguínea se produce gota á gota y si no se apercibe á tiempo para cohibirlas pueden llegar á ser tan copiosas como graves.

El pronóstico de esta complicación varía en cada caso, porque entran en juego factores diferentes: la cantidad de sangre es el principal de ellos y en la mayoría de los casos el peligro está en relación con la pérdida; apesar de esto se citan observaciones de mujeres que han resistido á una pérdida de 1500 y 1700 gramos, mientras que otras han sucumbido con pérdida de 600 y 700 gramos.

El estado general tiene una importancia relativa con relación al pronóstico; así pues, una parturienta fuerte y vigorosa resistirá mejor una hemorragia que otra anemiada y debilitada por padecimientos crónicos.

El pronóstico debe hacerse por la calidad y estado del pulso; pulso pequeño, débil y muy frecuente: pronóstico grave.

Tratamiento — Si el médico ha seguido con atención el mecanismo del trabajo, así como el alumbramiento, puede en muchos casos hacer un tratamiento preventivo salvando las dificultades que puedan producir la inercia uterina y el desprendimiento de la placenta, condiciones indispensables para que haya hemorragia.

Cuando el parto es largo y laborioso, después de la salida del feto, casi siempre hay inercía. En estos casos para salvar este accidente se debe apresurar el parto por una aplicación de forceps y vigilar de muy cerca al útero para acudir con tiempo.

Se deben evitar las tracciones exageradas sobre el cordón antes de producido el desprendimiento de la placenta, así como la expresión, mientras el útero no entre en contracción por temor de provocar una hemorragia.

En presencia de una hemorragia la conducta del médico varía según aparezca, antes ó después del alumbramiento. En el primer caso, cuando las fricciones ó masaje sobre la pared abdominal, las tracciones sobre el cordón, la expresión uterina y las inyecciones vaginales han sido insuficientes para cohibir la hemorragia, se introducirá sin pérdida de tiempo la mano dentro de la cavidad uterina, para extraer la placenta y membranas, y practicar con las extremidades digitales, fricciones muy suaves para des-

pertar la contracción uterina; el brazo desempeña el papel de un tapón hemostático en el cuello del útero. Despertada la contractilidad de la fibra uterina la mano se retirará poco á poco para que aquella no desaparezca.

Efectuado el alumbramiento que es el segundo caso en que puede presentarse la hemorragia, es ventajoso introducir la mano y extraer de la cavidad uterina los restos de membranas, cotiledones ó coágulos, que son el origen muchas veces de las pérdidas sanguíneas, siendo esta intervención capaz de hacer la hemostasia.

Inyecciones intrauterinas. Las inyecciones intrauterina de agua hervida á la temperatura de 45° y 50° deben tener siempre su preferente indicación en las hemorragias que acompañan al alumbramiento, ellas han venido á reemplazar un buen número de medicamentos que tuvieron cierta aceptación pero que después cayeron en olvido por su ineficacia.

Las esperiencias fisiológicas hechas por Cl. Bernard y otros han confirmado que las inyecciones intrauterinas de agua hervida y á la temperatura de 45° y 48° son un poderoso estimulante de la contracción de la fibra muscular. Fueron empleadas por primera vez en obstetricia por Kiwisch para provocar el parto, pero los resultados poco satisfactorios hicieron que se le abandonara.

En presencia de una hemorragia abundante que ha resistido á las fricciones, masaje y expresión uterina, se recurrirá inmediatamente á practicar inyecciones intrauterinas con una sonda de doble corriente y á

falta de ella una cánula vaginal es suficiente. El agua esterilizada ó hervida se gradúa con un termómetro á la temperatura de 45 ó 48 grados. La otra mano colocada sobre el abdomen sentirá las contracciones uterinas estimuladas por el agua caliente.

Algunos prefieren emplear un antiséptico como el formól, ácido fénico ó bicloruro de mercurio en soluciones muy débiles. Sin dejar de reconocer sus beneficios, es preferible usar el agua pura y emplearlos en aquellos casos en que el partero ha tenido que introducir la mano en la cavidad uterina un tiempo más ó menos largo y se tema una infección,

Se han empleado las inyecciones de gelatina en solución al 70 por mil, pero los resultados obtenidos no son superiores á las inyecciones calientes.

Taponamiento—Cuando las inyecciones calientes sean impotentes para cohibir la hemorragia se recurrirá sin pérdida de tiempo al taponamiento de la cavidad del útero con gasa esterilizada ó iodoformada.

El taponamiento ejerce su acción obturando los senos venosos, favoreciendo la coagulación de la sangre y estimulando las contracciones uterinas.

El cornezuelo de centeno tan injustamente desacreditado llena una indicación preciosa en las hemorrajias post-partum exigiendo para su benéfico resultado saberlo manejar. Debe tenerse muy en cuenta la siguiente regla «el cornezuelo de centeno y sus derivados no se deben emplear en las hemorragias, si no se está plenamente seguro de la completa vacuidad del útero»

El polvo de cornezuelo se da á la dósis de 2 á 4 grs. divididos en papeles y administrado á cada momento si el caso lo requiere. Este modo de administración es abandonado por su difícil absorción. La ergotina, extrato acuoso, bajo forma de inyecciones subcutáneas, dá excelente resultado; 1 centímetro cúbico equivale á un gramo de cornezuelo. Se inyecta 2 y 3 centímetros cúbicos.

La ergotinina de Tanret es una solución del principio activo muy usada. Dos á cinco gotas representan la cantidad de alcaloide que contiene un gramo de cornezuelo de centeno. Dosis: tres á diez gotas en inyección subcutánea.

Compresión de la aorta En presencia de una pérdida sanguínea rápida y abundante donde no hay que perder tiempo, se debe hacer instantáneamente la compresión de la aorta para detener la hemorragia y con calma llenar las indicaciones anteriores.

Para comprimir la aorta se llevará la mano izquierda al nivel del ombligo y haciendo movimientos de lateralidad para separar las vísceras se llegará sobre la aorta que se comprime con moderación y teniendo por punto de apoyo la columna vertebral.

Además de estos medios que reputo lo más apropiados y prácticos hay otros que aunque no tienen tanto valor merecen ser nombrados.

Las inyecciones intra-uterinas de percloruro de hierro que gozaron de tanta fama en un primcipio, se han abandonado por los malos resultados.

La introducción en el útero de un balón dilatable,

es poco práctica siendo preferible y más útil el taponamiento con gasa.

Las inyecciones intra-uterinas de agua fría é introducción de hielo en el útero, es un medio que obra como las inyecciones calientes; pero son inferiores y más difícil de practicar.

La faradización ó la galvanización del útero pueden combatir ventajosamente la inercia de este órgano; pero en la práctica diaria este medio es ilusorio por no poder disponer en el momento preciso del aparato eléctrico.

El alcohol, el vinagre, el jugo de limón y la tintura de iodo, elementos terapéuticos que antiguamente fueron empleados en inyecciones intra-uterinas, ya no se les usa por su acción incierta.

Además del tratamiento local es necesario emplear uno general para levantar la fuerza de las parturientas.

La tranquilidad, el reposo, una atmósfera templada, tónicos y excitantes como la cafeina, éter, aceite alcanforado en inyecciones subcutáneas, así como bebidas calientes, juegan un rol importante.

No se deben olvidar las inyecciones de suero fisiológico de gran utilidad en todas las anemias agudas producidas por hemorragias copiosas. Las experiencias fisiológicas demuestran con elocuencia que si en un animal debilitado por una hemorragia copiosa se hace una inyección de un vehículo inofensivo á los componentes del plasma sanguíneo es capaz de detener la muerte porque se pone en circulación á la poca cantidad de sangre que ha quedado en los vasos.

¿Cómo obra el suero? En las anemias agudas la gravedad del pronóstico es debido á la caída más ó menos rápida de la presión arterial, pues á falta de la repleción del sistema circulatorio, el reflejo cardíaco es mal excitado, el corazón se contrae irregularmente y muy débil, se puede decir en el vacío, una vez los vasos llenos, el corazón se vigoriza y la presión sube, y entrando todo en orden, desaparece la anemia de los centros nerviosos.

Las inyecciones tienen una acción hemostática, excita la vasoconstricción de las arteriolas rotas y precipita á este nivel la aglomeración de los hematoblastos, centro de formación de los coágulos; en una palabra, estrechan el orificio y favorecen la formación del tapón.

Las inyecciones salinas deben solo emplearse cuando las hemorragias han sido muy copiosas para combatir la anemia subaguda.

La cantidad á inyectar varía de 500, 1.000 y 1.500 centímetros cúbicos.

B. *Hemorragias consecutivas ó tardías.*—Las hemorragias consecutivas se manifiiestan media hora, una hora y días después del alumbramiento.

Las hemorragias de esta variedad son menos graves que las hemorragias inmediatas, pero merece se les considere enumerando las distintas causas que las engendra, porque en ciertos casos toman el carácter de graves.

Son mixtas, externas y muy raras veces internas, porque la cantidad de sangre encerrada en la cavidad

uterina es muy poca á causa de la difícil distención del útero ya en involución.

Numerosas son las causas que pueden darle origen.

1° *La inercia secundaria* — Se produce después del alumbramiento, á la media hora y más tarde, no siendo sino la reproducción de la inercia primitiva.

Estas hemorragias son graves para una mujer debilitada y estenuadas sus fuerzas por una primera. Es por eso que se recomienda, cuando se ha vencido una hemorragia, permanecer un cierto tiempo cerca de la enferma á fin de evitar que el útero entre nuevamente en inercia. La palpación y el estado del pulso serán nuestros mejores guías.

2° *Retención total o parcial de los anexos*—Si después de algunos días del parto y sin motivo alguno se vé aparecer una hemorragia externa abundante, se debe pensar en la retención de restos ovulares.

3° *Desviaciones uterinas.*—Las desviaciones uterinas sobre todo las retro-flexiones del cuerpo producen una congestión del órgano y como consecuencia pérdida sanguínea.

4° *Inversion uterina.*—Una inversión uterina desconocida en el momento del alumbramiento es una causa suficiente para provocar la hemorragia.

5° *Fibromas y Cáncer.* —Estos neoplasmas son causas de hemorragias en los días consecutivos al parto.

6° *Metritis. Involución uterina.*—El detenimiento de la involución normal del útero, así como la metritis que es la consecuencia, pueden ser acompañadas de hemorragias poco abundantes pero á repetición.

7° *El amamantamiento.*— Es frecuente observar en el momento que el niño toma el pecho, una hemorragia ligera que se repite muchas veces. Estas pequeñas hemorragias se explican fácilmente; son debidas á las contracciones reflejas uterinas provocadas por la succión del mamelón.

8° *Relaciones Sexuales.*—Las relaciones sexuales antes del tiempo necesario para que haya concluído la involución uterina (6 á 7 semanas) pueden ser causas de las hemorragias tardías.

Charpentier dice haber observado en mujeres sensibles é impresionables, ser presa de hemorragias sin que se pueda invocar otra causa que la presencia del marido en el lceho conyugal, sin cumplirse el acto sexual.

Y agrega: si la presencia del marido ha bastado para poner á la mujer en un estado de eretismo y sensación nerviosa que se traducía por hemorragias, qué hubiese sucedido si el marido hubiera ejercido todos sus derechos?.

El pronóstico de estas hemorragias es benigno y solo en casos excepcionales pueden retornarse graves.

El tratamiento depende según la causa que los motiva y la abundancia de la sangre perdida.

Las hemorragias ligeras y de mediana intensidad se combaten muy bien por la acción del reposo en el lecho, de inyecciones vaginales de agua caliente, del cornezuelo de centeno y la digital.

Si la hemorragia es copiosa y tiene por causa la inercia secundaria se combatirá con los mismos medios con que se conjura la inercia primitiva.

Cuando la hemorragia tenga su origen por la presencia de un fibroma ó retención de restos ovulares se tratará en el primer caso por un taponamiento vaginal y en el segundo caso por un curetaje del útero, amplios lavajes con agua caliente y si la hemorragia no se detiene se hará un taponamiento intrauterino.

Observaciones

(MATERNIDAD DEL HOSPITAL RIVADAVIA)

Observación I

Manuela M. española, de 24 años de edad, ingresa al servicio el 9 de Julio de 1902.

Es una mujer de buena constitución, pero un poco anémica; ha sido sana en su infancia, no recuerda la época en que aparecieron sus primeras reglas, fueron éstas irregulares hasta que se casó, tuvo al poco tiempo de su matrimonio un aborto. En el actual embarazo ha habido cefalalgias y vómitos que cesaron á los tres meses.

Examinada en el servicio llama la atención el diámetro pequeño de Baudelocque que solo mide 17 centímetros. Se practica el tacto por sospecha de una pelvis insuficiente y se alcanza á tocar el promontorio, el diámetro P. S. es de 10 centímetros, de consiguiente hay 8 1/2 en el P. P. M. No hay deformación de huesos, y la pelvis llamada ligamentosa no presenta nada de anormal, solo se trata de una pelvis aplanada.

Rota la bolsa de las aguas, se produce procidencia del cordón que no es posible reducirlo, los latidos cesan y la versión se impone. La rotación se hace con facilidad, se sacan los miembros inferiores y el tronco, se desflexionan los miembros superiores y *a fortiori* la cabeza que no se encaja por el tamaño y la reducción del diámetro antero posterior. Se hace la dilatación, después se engancha el cuello con el gancho de Braun, se aplica dos veces el cranioclasto, reduciendo así el diámetro cefálico, y la cabeza sale con facilidad.

Enseguida, y sin tiempo para que el alumbramiento se efectuara, se produjo una hemorragia abundante provocada por la inercia uterina que obligó á introducir la mano dentro del útero y hacer el alumbramiento artificial.

Para detener la hemorragia se hacen inyecciones de agua caliente de cinco á seis litros, luego se practica una hipodermoclisis de 1000 gramos de suero fisiológico é inyecciones de ergotina. Para levantar el pulso se hace una inyección de cafeína de 1 c. c.

La hemorragia es detenida; á las 24 horas se hace un lavaje vaginal, continuándose por varios días sin observar ningún accidente.

A los 12 días después del parto la enferma es dada de alta.

Observación II

María O, 33 años de edad, italiana, casada, multípara, ingresa al servicio en período expulsivo, con bol-

sa de las aguas rota, y 38° de temperatura; de buena constitución, regló por primera vez á los 14 años, siendo normales; á los seis meses de casada abortó; después ha tenido cinco hijos, todos con partos normales. El actual embarazo ha evolucionado bien hasta llegar á término.

Los primeros dolores se iniciaron á las 2 a.m.; ignórase la hora de la ruptura de las membranas y la dilatación completa. Fué atendida en su casa y como se demoraba el parto, se trae al servicio con procidencia del cordón y del brazo izquierdo. No hay latidos fetales y se trata de una presentación en *A. I. D. A.* y como la enferma pierde sangre se hace la versión y se extrae un feto muerto de 2.400 gramos, del sexo masculino. Se espera un momento y como la placenta no se desprende y la hermorragia es abundante y no cede á los lavajes de agua caliente, se hace la extracción manual.

Para detener la hermorragia se hacen fricciones en la pared abdominal, inyecciones intrauterinas amplias de agua caliente y una inyección de ergotina de 1.c.c.

La enferma sigue bien después del parto y sale de alta á los 10 días.

Observación III

Sara P. de 27 años de edad, argentina, ingresa al servicio el 9 de Julio de 1902. Sus antecedentes personales y hereditarios son sin importancia; es sana, de buena constitución, con menstruación regular desde los

12 años, no ha tenido aborto, sus partos que han sido dos, fueron normales, el último gemelar.

Con leucorrea, vómitos ligeros y dolores de cabeza ha soportado el embarazo cuyo trabajo se inicia el 20 de Julio á las 2 a. m. en que aparecen los primeros dolores, rompiéndose las membranas á las 12.10 p.m. Haciéndose irregulares los latidos fetales se hace el tacto para darse cuenta de la presentación, no hay dilatación completa, el vértice se presenta en *O.I.I.A*, el cordón aparece en la vagina y no puede reducirse por las muchas vueltas que han salido.

Efectuado con mucha dificultad el parto, se produce una copiosa hemorragia que se logra cohibir haciendo la extraccion manual de los anexos, cuya placenta estaba encastillada en el fondo del útero, y mediante inyecciones de varios litros de agua caliente en la cavidad uterina. Como la hemorragia había sido muy abundante y el pulso era débil y frecuente se le hizo una hipodermoclisis de 1000 gramos.

La prosecución del parto fué normal saliendo de alta el 30 de Julio.

2ª INVERSIÓN UTERINA

La inversión del útero es una invaginación de este órgano, de tal suerte que el fondo se deprime como un dedo de guante.

Frecuencia—Este accidente es muy raro y en la mayoría de los casos se presenta como una complicación del alumbramiento antes ó después de efectuado;

sin embargo puede ser provocado por un tumor fibroso ó un pólipo que tenga su asiento en la cavidad del órgano.

La inversión es conocida desde los tiempos remotos de la medicina en que la confundían con un prolapsus ó un pólipo del útero. Ambrosio Paré fué quien describió y detalló por primera vez este accidente diciendo «que el útero se daba vuelta como un saco».

Reigel no ha encontrado la inversión sino una vez sobre 190,000 partos. Recnes una sobre 140,000, Ribemont-Dessaignes y Lepage una sobre 200,000 y Magdden una sobre 180,000 partos.

Entre nosotros es un accidente excepcional, sobre todo en las Maternidades de los Hospitales.

El año pasado tuve la oportunidad de observar en una de las Salas del Hospital Rivadavia, una mujer con la inversión del útero, cuya historia levanté por la curiosidad y rareza del caso.

Este accidente que depende en la mayoría de las veces de la ignorancia y poca experiencia de los que intervienen es más común en público que en los hospitales.

Variedades—En la inversión se consideran tres grados según la mayor ó menor invaginacion del segmento.

En el *primer grado* solo se deprime una parte del fondo del útero. Es la más común y sin embargo más difícil de diagnosticar.

En el *segundo grado* el fondo del útero invaginado llega hasta la vecindad del orificio interno.

En el *tercer grado*, el cuerpo del útero hace hernia y desciende en la vagina á través del orificio externo del cuello.

Algunos consideran una cuarta variedad en la cual la invaginación del órgano sería total, pero estos casos son tan excepcionales que se les deben considerar como dudosos.

Causas—Las causas que se invocan como capaces de provocar la inversión son: la brevedad del cordón natural ó accidental, las tracciones exageradas sobre el cordón estando la placenta adherida á la pared uterina, las adherencias anormales de la placenta, la brusquedad del parto sorprendiendo á la mujer en la estación parada.

Predisponen igualmente á la inversión, la distención exagerada de las paredes uterinas como sucede en el hidramnio y preñeces gemelares, el trabajo largo y laborioso, una anestesia profunda durante el tercer tiempo del parto, un síncope por hemorragia ó shock, la expresión uterina siguiendo el método de Crédé, y todas aquellas causas que debilitan el organismo de la parturienta antes del trabajo.

El aborto puede ser otra causa favorable para provocar la inversión.

Patogenia—Según Schultze dos condiciones son necesarias para que la inversión se produzca: 1º ensanchamiento de la cavidad uterina; 2º el reblandecimiento parcial de las paredes del órgano y particularmente del fondo. Estas dos condiciones son evidentemente realizadas de una manera completa después del parto.

En los casos de tumores fibrosos, hay también un aumento de la cavidad uterina y un reblandecimiento más ó menos extendido de las paredes alrededor del punto de implantación, por degeneración grasosa según Scanzani ó por infiltración neoplásica según Simpsom.

La inversión se explica por el mecanismo siguiente, descrito por Rokitansky: la inversión que acompaña ó sigue al alumbramiento se efectúa obedeciendo á la inercia de un segmento del músculo uterino y á las tracciones exageradas y prematuras hechas sobre el cordón estando la placenta aún adherida á la matriz.

Paralizada una porción del útero, el resto del órgano en actividad se contrae y retrae con cierta fuerza, la porción paralizada se deprime y es aprisionada por el resto del órgano que la lleva hacia el cuello uterino por un movimiento automático comparable al de la deglución.

La invaginación del útero es un accidente que se presenta por lo general antes ó después del alumbramiento, muy raras veces durante el trabajo. Baudelocque cita un caso en que la inversión se produjo á los trece días después del parto. La inversión del útero puede arrastrar consigo la placenta, cuando no ha sido desprendida, en esta eventualidad la cara interna del órgano está en íntima relación con la placenta y membranas, fácil de reconocer aquélla por la inserción del cordón y los relieves de los vasos en su cara fetal.

Síntomas—La sintomatología está en relación con el grado de inversión que se presenta.

La inversión de 1er. grado de muy difícil diagnostico por lo escaso de síntomas, ocasiona ligeras molestias á la enferma; un tacto muy fino y ejercitado encontrará en el fondo del útero y á través de las paredes abdominales una ligera depresión.

La inversión de 2º grado es más rica en síntomas y por lo tanto más fácil de diagnosticar; la mujer se queja de dolores en el bajo vientre que se irradian hacia los flancos, experimenta sensación de peso y tironeos en la matriz y si la placenta se ha desprendido hay hemorragias, manifestándose fuera de los órganos genitales externos. La palpación abdominal halla el fondo del útero deprimido y el tacto vaginal descubre un tumor que tiende á opturar el cuello.

La inversión de tercer grado no deja lugar á duda por su sintomatología tan franca y fácil de observar. La enferma es presa de fuertes dolores, con sensación de peso y tironeamientos bien manifiestos al nivel del bajo vientre, hay hemorragias más ó menos abundantes, la enferma acusa fenómenos reflejos del lado del tubo digestivo y sistema nervioso, y sensación de compresión del lado del recto y de la vagina.

La palpación abdominal no encuentra el útero en su lugar, reemplazado por las ansas intestinales bien manifiestas por el timpanismo obtenido por la percusión.

El examen directo de los órganos genitales, descubre un tumor que ocupa la vagina, este tumor es redondo del tamaño de una cabeza de feto, de color rojizo ó negruzco si el cuello del útero ejerce una compre-

sión marcada, la mucosa es tomentosa y recubierta de coágulos. El cuello uterino contracturado, es una verdadera ligadura que obstaculiza el retorno de la sangre y dificulta la reducción del tumor que concluye por gangrenarse sino se interviene á tiempo.

El dedo apercibe un surco que rodea el pedículo, formado por el cuello del útero. Además de los síntomas locales se observan síntomas generales de desfallecimiento, angustia, reflejos de parte del sistema nervioso y digestivo.

Pronóstico --La inversión uterina es un accidente grave, el más temible del alumbramiento; Cros dice que el tercio de las mujeres presas de este accidente mueren.

Tratamiento—La intervención es el verdadero tratamiento y no se debe contemporizar jamás, porque cuanto más tiempo se deje pasar sin reducir la inversión, más difícil será el conseguirlo; además el dolor, la leucorrea, las hemorragias y las infecciones hacen más sombrío el pronóstico.

El tratamiento es fácil y sencillo cuando se trata de inversiones de 1° y 2° grado, consistiendo después de prácticar el alumbramiento artificial si no han sido expulsados los anexos, en despertar las contracciones uterinas por medio de las inyecciones calientes de agua á la temperatura de 45° y 48°, masaje é inyecciones de ergotina.

El estado general no debe descuidarse, levantando las fuerzas con tónicos y si la hemorragia ha sido copiosa las inyecciones de suero llenan su indi-

cación. Si este tratamiento fuera ineficaz, el partero introducirá la mano, reducirá la invaginación rechazándola hacia arriba, miéntras que la otra mano tiende á tomarla á través de la pared abdominal.

En presencia de una inversión de tercer grado el tratamiento varía, según que la placenta esté ó nó adherida á la matriz.

Los médicos no están de acuerdo sobre la manera de proceder cuando el útero invertido conserva aún adherida la placenta, unos son de opinión que el desprendimiento se haga antes de reducir el útero á su posición normal, otros proceden á invertir todo junto y después hacer el alumbramiento artificial. Puzo, entre los primeros, argumenta, diciendo, que si el desprendimiento de los anexos se hace antes de reducir la invaginación, se disminuye el volumen del útero; facilitando asi la operación. Jacquemier opina en contra, y prefiere reducir primero; de esta manera no se corre el peligro de producir una hemorragia. Cada uno de ellos tiene razón y el procedimiento á emplear varía según el estado del cuello uterino; si éste es flácido y distendible no se opondrá á la reducción total que es más ventajoso, terminando con el desprendimiento de la placenta; pero si el cuello opone obstáculo por su contractura sobre el pedículo del tumor, no deja duda que la reducción fracasará con más seguridad que si se practicara el desprendimiento de la placenta antes; el cuello uterino en tal circunstancia desempeña el papel de una ligadura hemostática y por consiguiente la hemorragia no se producirá.

El tratamiento de las inversiones uterinas de tercer grado puede hacerse por tres métodos: 1° procedimiento de dulzura, 2° de fuerza y 3° sangriento.

1° *Procedimiento de dulzura*—Este método consiste en ejercer presión lenta y sostenida sobre el útero con ayuda del pesario de aire, del pesario de Gariel, del balón hidrostático de Neugebauer, del colpeurinter ó repositorio de Aveling, etc., etc. Sin dejar de reconocer su eficacia, tiene el inconveniente de ser un tratamiento muy largo, despierta dolores violentos, no es sencillo ni práctico y durante el tiempo que dura el tratamiento la enferma queda expuesta á numerosos accidentes.

2° *Procedimiento de fuerza, reducción rápida ó manual*—Es el método más práctico, al alcance de todos y de fácil ejecución. El método manual consiste una vez anestesiada la enferma en fijar con una mano á través de la pared abdominal y por encima del pubis, el cuello del útero; con tres dedos de la otra mano introducida en la vagina, se toma el tumor y con la mayor suavidad y paciencia se empieza á levantar el fondo del útero invaginado, poco á poco franquean el cuello dilatable y flácido las cuatro paredes musculares superpuestas. La otra mano tiende á tomar el fondo.

Otros prefieren practicar un taxis del tumor, reduciendo por presiones las partes más cercanas al cuello, después las más lejanas, de tal modo que las porciones de pared invertidas primero, serán las últimas en reducirse.

3º *Método sangriento*— Se recurrirá á este método cuando los medios anteriormente enumerados hayan fracasado. Consiste en practicar diversas operaciones unas por la vía vaginal y otras por la vía abdominal.

Thomas, después de practicar la laparatomia, dilataba el anillo cervical con un instrumento análogo al que se emplea para abrir guantes y después un ayudante reducía el útero. Este método se ha abandonado por los malos resultados obtenidos.

Sims, creyendo que las fibras circulares del tejido uterino eran el obstáculo á la reducción, aconsejaba su sección por muchas incisiones verticales.

El procedimiento de Küstner es bien preferible. Practica en el fondo del saco posterior una incisión transversal; se llega por esta vía á la cavidad abdominal, se mete un dedo en el anillo de extrangulación y se destruyen las adherencias que existen, haciéndose una incisión vertical en todo el espesor de la pared posterior del útero. La reducción es entonces fácil y no queda más que suturar la pared uterina y cerrar la cavidad peritoneal.

Cuando la inversion es completamente invencible algunos operadores hacen la ablación de la parte invaginada, otros emplean la anza galvánica. Estos procedimientos son dolorosos, exponen á la infección y son peligrosos. Terrier propone el año 1885 la histerectomia vaginal teniendo éxito en las manos de Legueu y Nerchère.

En resumen diré que en presencia de una inversion se recurrirá primero al método de reduccíon ma-

nual y cuando el tumor es irreductible, extrangulado, esfacelado, la histerectomia vaginal constituye el método de elección.

Observación IV

Francisca A. de 37 años de edad, casada, italiana, antecedentes hereditarios sin importancia. No recuerda haber tenido ninguna enfermerdad en la infancia; regló á los 13 años, ha tenido tres hijos y dos abortos. El primer parto fué acompañado de infección y el último fué laborioso y largo.

Su enfermedad comienza desde el último aborto, por dolores en los flancos y al nivel de la región lumbar, sensación de peso en el bajo vientre, pérdidas sanguíneas repetidas.

La intensidad de los dolores le obligaron á llamar un facultativo para que la reconociera, quien después del examen le aconsejó ingresara á un hospital para que fuera operada de un tumor que le encontró en la vagina

La enferma ingresa á la Sala I, del Hopital Rivadavia con fuertes dolores abdominales, algunos vómitos, náuseas, y con hemorragias algo fétidas y negruzcas. A la palpación se nota con sorpresa la desaparición del útero y á la percusión se siente en el sitio de él un timpanismo bien marcado.

La inspección de los órganos genitales, entreabriendo con los dedos la vulva, deja ver en la vagina un tumor del tamaño de un puño, de consistencia pastosa, á la presión deja escurrir un líquido obscuro, una

sangrasa con muy mal olor, se extrae con una pinza coágulos sanguíneos y la mucosa friable se deja desprender fácilmente y á la menor traccion.

El cuello uterino muy retraído al nivel del pedículo del tumor, impide la reducción. Se hizo el diagnóstico de inversión de tercer grado y gangrena del útero.

Al otro día de su ingreso se resolvió hacer una histerectomía vaginal que era lo indicado en este caso dada la gangrena del útero. La operación fué coronada de éxito; pero la infección estaba tan adelantada que la mujer sucumbió á los dos días de operada.

Qué causa había provocado la inversión?.

Después de descartar las causas más comunes de la inversión y teniendo en cuenta sobre todo los antecedentes de la enferma, creo se puede asegurar que el último aborto ocasionó una inversión sin llamar mayormente la atención, no se corrigió y con el tiempo se transformó en una de tercer grado con todas sus consecuencias.

3° Alumbramientos incompletos

(Detención de cotiledones y membranas)

(Accidentes inmediatos y consecuencias tardías)

Es frecuente observar complicaciones originadas por la retención de restos ovulares dentro de la cavidad uterina. Por lo demás es un accidente sin mayores consecuencias y que puede preverse si se examinan con cuidado las envolturas del feto después de su expulsión.

Si la placenta se presenta formando un todo completo por la reunión de sus cotiledones, si las membranas presentan una sola abertura, lo suficiente para haber dejado pasar el feto, puede casi asegurarse que el alumbramiento ha sido completo y ninguna manifestación alarmante se presentará en los días consecutivos al parto.

Desgraciadamente el alumbramiento no siempre se termina con toda felicidad; la placenta y membranas se desgarran, abandonando fragmentos dentro de la cavidad uterina donde obrarán como si fuera un cuerpo extraño si no son extraídos inmediatamente.

Numerosas causas pueden ser origen de estos accidentes: las tracciones demasiado enérgicas hechas sobre el cordón antes del desprendimiento completo de la placenta, la expresión uterina hecha por el método de Crédé, y todas aquellas causas en que el operador es obligado á terminar rápidamente el alumbramiento como sucede en las hemorragias copiosas.

Ciertos estados patológicos son propicios para favorecer el desarrollo de adherencias entre los anexos del feto y las paredes del útero. La fragilidad de las membranas se exagera en las inflamaciones crónicas de la mucosa de la matriz y en los casos de maceración del feto.-La caduca, membrana frágil y en íntima relación con la mucosa del útero es la que se desgarra con mayor facilidad; pero el córion y el amnio, á pesar de la mayor resistencia, no escapan al mismo accidente; de donde se desprende que tanto la placenta como las membranas, deben ser prolijamente examinadas después de su expulsión.

Examinando la cara uterina de la placenta se la encuentra dividida en un gran número de cotiledones, por surcos que se proyectan hasta la base del córion.

Si se le toma y sostiene entre las dos manos para reconstruir su forma normal, sin ejercer presión, no se notará la pérdida de sustancia que se manifiesta cuando algún cotiledón ha quedado implantado en la cavidad del órgano. Si se deja caer un chorro de agua sobre la misma superficie, se deslizará sin mojarla, por que un revestimiento mucoso barniza y proteje las vellosidades. En cambio, si hubiese una solución de continuidad, por pérdida de uno ó más cotiledones, el agua sería absorvida, el tejido se esponjaría y los vasos sanguíneos pertenecientes al cotiledón ausente, se presentarían desgarrados.

Además de la placenta principal suelen encontrarse, como anomalía, otras accesorias, que por lo general se abandonan en la cavidad de la matriz al producirse el alumbramiento, sino se examinan con atención las membranas fetales, donde habrán signos de su existencia. En estos casos, es fácil observar que de la placenta principal salen venas y arterias que van á alimentar á la placenta accesoria; si ésta hubiese quedado insertada en la matriz, se notará en el borde correspondiente de las membranas, los vasos seccionados.

Si la placenta ó cotiledones accesorios se tocaran por sus bordes con el de la placenta principal y fueran abandonados en la cavidad uterina, solo se notará al nivel de la inserción correspondiente sobre las men-

branas, fiilamentos blanquecinos, puestos en evidencia cuando la sangre los tiñe; los vasos alimenticios no existen, pues ellos penetran en el cotiledón accesorio por un punto de su circunferencia, sin dejar rastro alguno. Los síntomas de infección ó hemorragias tardías son los que ponen de manifiesto el accidente que pasó desapercibido en el momento del alumbramiento.

Accidentes inmediatos. Los accidentes inmediatos que se manifiestan como consecuencia de la retención en la matriz de restos ovularos, merecen sean mencionados por los peligros que acarrean á la parturienta sobre todo en aquellos partos en que la antisepsia ha sido deficiente.

Los restos de membranas adheridos á la mucosa del útero obran como cuerpos extraños, provocando dolores y pérdidas sanguíneas que desaparecen con la expulsión expontánea al cabo de uno ó varios días. Si el parto ha sido laborioso y se ha observado poca antisepsia, los restos ovulares entran en putrefacción siendo la fuente de complicaciones serias, como la infección local y después generalizada, sino se interviene á su debido tiempo.

Los cotiledones dan orígen comunmente á hemorragias intermitentes ó continuas de poca abundancia, acompañadas de crisis dolorosas, hasta que el cotiledon es expulsado. La retención puede durar días y meses.

No siempre la expulsión de los restos ovulares se cumple expontáneamente, ellos quedan en la cavidad provocando contracciones dolorosas, exagerando la sensibilidad del útero, y produciendo loquios fétidos, de

olor nauseabundo y penetrante. Si se practica el tacto vaginal, la presión del dedo despierta dolor, y si se penetra en el interior del órgano, se halla el canal cervical permeable, entreabierto y blando, y la cavidad uterina dilatada permitiendo llegar hasta la inserción de los cotiledones. Los dedos retirados, son impregnados de un olor desagrabable y repugnante, poniendo de manifiesto los fenómenos de putrefacción que allí se desarrollan. Los síntomas generales de infección no tardan en aparecer, la parturienta acusa un malestar general, depresión nerviosa, la fiebre sube á 39° y 40°, la piel se pone caliente, el pulso se hace frecuente y los escalofrios se repiten. El escurrimiento vaginal se acentúa y toma caracteres distintos, es de un color gris ó negruzco, icoroso, irritando la mucosa de la vulva y la piel del periné y arrastrando consigo restos de caduca y placenta.

Todos estos síntomas son más que suficientes para indicarnos que estamos en presencia de una infección que reagrava el pronóstico y que requiere un tratamiento enérgico y eficaz para no ver sucumbir á la enferma.

Accidentes tardíos. El más común de los accidentes tardíos, que tiene su origen en la retención de restos de membranas, es la endometritis hemorrágica; basta en muchísimos casos que un fragmento de membrana insignificante quede enclavado en la pared uterina, para que despierte una inflamación á los pocos días del alumbramiento. La matriz aumenta de volumen, se hace sensible y dolorosa á la palpación, y

deja escurrir fuera de la vulva, sangre en poca cantidad durante días y aun semanas, lo suficiente para anemiar á las enfermas. La mucosa del órgano se altera profundamente haciéndose vegetante, friable y fungosa.

Los pólipos se desarrollan en la mucosa del útero favorecidos por el abandono de restos ovulares en el momento del alumbramiento. Por su aspecto y constitución son muy semejantes á los que se desarrollan en la nariz; son de color violáceo ó rosados, pediculados ó sesiles, del tamaño de un garbanzo ó de un huevo de paloma.

Por último mencionaré como accidente tardío, aunque muy raro, el deciduoma maligno que tiene su etiología en los restos de placentas y membranas injertados en la cavidad uterina. Es un tejido maligno que invade, recidiva y produce metastasis como el cáncer de cualquier órgano de la economía.

Después de las consideraciones que anteceden se vé cuán útil é importante es para la enferma, así como para la reputación del que interviene, practicar el exámen detenido y minucioso de los anexos del feto, inmediatamente después del alumbramiento si no quiere verse expuesto á todas las consecuencias que pueden producirse, á las pocas horas ó días después del parto.

Observación V.

Concepción C. de 35 años, italiana, multípara.

Ingresa al servicio en período expulsivo, con feto

muerto. El parto se hace sin ninguna novedad, el feto se presentó de vértice en posición O. I. I. A. de sexo femenino.

Después de dos horas de efectuado el parto, el alumbramiento no se hace, la placenta se encuentra adherida.

Se interviene practicándose la extracción manual de la placenta, pero de una manera incompleta; las adherencias retienen implantados una gran cantidad de cotiledones, por lo que se resuelve practicar inmediatamente un raspado.

En los días consecutivos, nada de anormal apareció haciéndose diariamente lavajes antisépticos, los primeros días intrauterinos y después vaginales.

A los 15 días la mujer sale de alta sin ninguna novedad.

III

Alumbramiento artificial

El descubrimiento de la asepsia y antisepsia, ha producido en éstos últimos tiempos una verdadera revolución en el campo operatorio, transformando las intervenciones, antes peligrosas y temibles por las complicaciones que se originaban, en las más fáciles y benignas.

El alumbramiento artificial era una de aquellas, se temía con justa razón la introducción de la mano en la cavidad uterina por las infecciones á que daba lugar, pero con los notables adelantos de la antisepsia, contistuye en el presente una de las operaciones menos peligrosa y más útil.

Frecuencia--El carácter más ó menos intervencionista de los prácticos, hace variar naturalmente, la frecuencia de los alumbramientos artificiales. Freund interviene el 12.5 % de los casos, Olshausen el 4 % Leopold 0, 25 %. En el servicio de Budin, por espacio de cuatro años la intervención fué de 0,7 % en el de Pinard de 0,87 %.

Indicaciones.—Las causas más comunes que exigen la extracción manual de los anexos son, como hemos

visto en los párrafos anteriores, las hemorragias, la retención de restos ovulares y los accidentes que obstaculizan la salida normal de los anexos.

La extracción manual no siempre está indicada con la misma urgencia; en ciertas condiciones es prudente y lógico esperar, en otras la intervención se impone en el acto.

El manual operatorio que tiende en todos los casos á librar al útero de una porción ó del total de los anexos, varía naturalmente en su mecanismo porque las dificultades son múltiples y diferentes.

a) *Hemorragias*—Si las hemorragias que se producen después del parto no son cohibidas por las fricciones, masajes, expresión é inyecciones de agua caliente en la vagina, es necesario recurrir á la extracción de los anexos. El mayor número de veces el alumbramiento artificial es hecho por hemorragias; Guttman avalúa esta intervención el 66 °/₀, Brosset hasta el 79 °/₀.

Cuando la hemorragia es alarmante por su abundancia y rapidez, la intervención inmediata se impone, sea que tenga su origen en la inercia uterina ó en la desgarradura del cuello. En este caso, el taponamiento útero-vaginal ó la sutura no podrán hacerse sin vaciar previamente la cavidad del útero.

Para intervenir se tendrá muy poco en cuenta la cantidad de sangre derramada, porque es un signo inseguro; ya hemos dicho que se han observado mujeres que soportaban sin peligro pérdidas sanguíneas abundantes de 1.200 y 1.500 gramos, mientras que

otras sucumbían bajo la acción de una hemorragia de 600 y 700 grs. De una manera general puede decirse, que si durante el alumbramiento se notan signos de inercia y al mismo tiempo una hemorragia, que por su cantidad amenace la vida de la parturienta, no se debe trepidar en practicar el alumbramiento artificial. El estado general, revelado por la fisonomía de la enferma y los caracteres del pulso, son en el mayor número de los casos, suficientes para guiarnos en la conducta á seguir.

Si la parturienta hubiese sido debilitada por una hemorragia copiosa que ha cesado á la llegada del médico, lo más prudente es seguir el consejo de Braxton Hicks: retardar la intervención, porque se corre el peligro de abrir nuevos senos uterinos y producir una ligera hemorragia, que en tales condiciones puede ser mortal. La conducta del médico se reducirá á levantar el estado general con tónicos, bebidas calientes, inyecciones de cafeina, éter, etc., y una vez que haya recuperado las fuerzas perdidas, recién proceder á practicar el alumbramiento.

b) *Retencion de los anexos.*—Se ha dicho anteriormente que los anexos del feto pueden ser aprisionados en la cavidad uterina por un espasmo parcial ó total del órgano, por las contracciones exageradas del anillo de Bandl, por la tetanización total del órgano provocada en el mayor de los casos por la acción del cornezuelo de centeno, cuando por ignorancia ó descuido era administrado antes de la expulsión de los anexos. Si la espectación, los medios mecánicos y

los terapéuticos han fracasado, habrá llegado el momento de introducir la mano en el útero, si es posible, usando de mucha paciencia y extraer la placenta y membranas.

c) *Adherencias anormales*—Las adherencias entre las envolturas del feto y el claustro materno suelen ser tan íntimas que no ceden á la acción de los instrumentos cortantes. El único medio para librar los anexos es proceder á la extracción manual.

d) *Otras indicaciones* — Algunos parteros prefieren después de practicadas ciertas operaciones obstétricas (aplicación de forceps, versión, etc.), aprovechar de la anestesia general para extraer los anexos.

Tarnier es contrario á ésta manera de proceder; diciendo que es más ventajoso esperar que el alumbramiento se efectúe bajo la acción de las fuerzas propias del útero, antes que exponerse á las consecuencias de la inercia, tan favorecida por la anestesia general, practicándolo solamente cuando se ha producido la desgarradura del periné y hay que hacer la perineorrafia.

La ruptura del útero, la inserción visiosa de la placenta sobre fibromas submucoso, la inversión uterina, son otros tantos casos en que la extracción de los anexos está indicada.

Manual operatorio—Antiguamente los parteros no seguian técnica alguna en esta intervención, expresándose así: «Se hace como se puede, se toma el borde de la placenta y se tira».

Hoy día existen métodos precisos para salvar cada

accidente, ya no se procede á ciegas, sino con conocimiento de lo que pasa y de lo que se hace.

La antisepsia más rigurosa asegura mejor el resultado de la intervención y solo en ciertas circunstancias, como veremos más adelante, es permitido prescindir en lo posible de ella.

En esta operación en que la mano y una parte del brazo van á ser introducidos dentro de la cavidad uterina, debe practicárseles una antisepsia rigurosa. Completamente desnudo, se frotará con un cepillo, agua caliente y jabón, terminando con un lavaje de bicloruro al 1 °/oo y otro de alcohol.

Los órganos genitales externos, afeitados, serán jabonados y lavados como para cualquier otra operación; la vagina tan poblada de micro-organismos será lavada minuciosamente.

En presencia de una hemorragia copiosa y abundante, en que toda pérdida de tiempo expone la vida de la parturienta, la antisepsia se reducirá á un lavaje ligero de bicloruro.

La anestesia general juega un rol importantísimo; algunos parteros opinan en proceder á la extracción de los anexos sin adormecer á la enferma, mientras que otros recurren á ella. Siempre que no haya una contraindicación, como sucede en los estados anémicos producidos por hemorragias abundantes, es conveniente y útil emplear la anestesia clorofórmica, máxime si la retención de los anexos obedece á contracturas espasmódicas, parcial ó total del órgano ó á adherencias íntimas con las paredes uterinas.

Para mayor comodidad del operador, la mujer será atravesada en el lecho con las nalgas levantadas y al nivel del borde de la cama; solo cuando la hemorragia haya sido muy abundante y se tema un síncope, la enferma no se moverá.

El operador comenzará por introducir en los órganos genitales la mano, cuya cara dorsal se revestirá de vaselina ú otro cuerpo graso antiséptico; una vez en la vagina, tratará de franquear el cuello, difícil de encontrar por la flacidez y poca resistencia que presenta, guiándose en estos casos por el cordón umbilical.

La mano que ha quedado libre se aplica por encima de la pared abdominal en el fondo del útero, impidiendo que suba, á la vez que desempeña un papel en el momento del desprendimiento de los anexos.

Una vez introducida la mano en la cavidad uterina se llevará directamente sobre la placenta y si está en parte desprendida, se le toma á dicho nivel entre el pulgar y la palma de la mano, insinuando los dedos reunidos en el ángulo formado por la porción desprendida y la matriz. Algunos prefieren tomar la placenta con la mano recubierta por las membranas para evitar infecciones. Es poco práctico, por que tiene el inconveniente de que las membranas disminuyen la sensibilidad tactil; lo más lógico es penetrar entre las membranas y la pared uterina desprendidas por el aflujo de la sangre y si estuvieran aun adheridas se desgarrarán al nivel del borde de la placenta, y por allí se intercalarán los dedos como se ha dicho más arriba.

Si la placenta es adherida por toda la superficie, se

le atacará por un punto cualquiera de su borde, teniendo especial cuidado de no interesar el músculo uterino tan delgado á dicho nivel. El mecanismo á emplear variará naturalmente con la resistencia encontrada; si es débil, se empleará el borde cubital ó radial de la mano que se insinuará «lo mismo que un corta papel al separar las hojas de un libro», si la resistencia es mayor se introducirán los dedos entre la placenta y la pared del órgano y por presiones ejercidas á pequeños golpes sobre aquella, en la vecindad del ángulo de separación, se destruirán poco á poco todas las adherencias.

Terminado el desprendimiento la mano quedará en el útero hasta que las contracciones aparezcan. La hemorragia no se producirá por que el brazo desempeña el papel de un tapón hemostático y la mano despierta las contracciones de la fibra muscular, indispensables para obturar los senos sanguíneos.

El alumbramiento se concluye tomando la placenta en plena mano y tirándola hacia el exterior con mucha suavidad, para provocar el desprendimiento de las membranas.

Se procederá enseguida al examen de la placenta, y si faltara uno ó varios cotiledones se introducirá nuevamente la mano para ir en su busca y desprenderles, excepción hecha, cuando las adherencias sean tan íntimas que se tema desgarrar el músculo uterino.

Si la contractura anormal del útero es la que impide la realización del alumbramiento se procederá así: la enferma anestesiada y atravesada en el lecho, se

sostendrá con una mano el fondo del útero, á través de la pared abdominal, mientras la otra intenta vencer la contractura é introducirse en la cavidad. Con la extremidad del índice se franqueará suavemente el orificio externo del cuello, después de algunos instantes se introducirá el medio, luego el anular y por fin toda la mano que irá en busca de los anexos. Si los esfuerzos de la mano fueran infructuosos para vencer la contractura, se hará la dilatación instrumental; el balón de Charpentier de Ribes es suficiente en la generalidad de los casos.

La operación será ayudada administrando á la enferma por la vía rectal, enemas de cloral y gotas de láudano; las inyecciones de morfina son convenientes también.

El enquistamiento de un cotiledón ó de la placenta, en una cavidad formada á expensa de la del útero, por la inercia uterina á este nivel, se vencerá de la manera siguiente: sosteniendo con una mano el órgano, la otra teniendo por guía el cordón umbilical llegará hasta la abertura contracturada de la célula muscular cuya dilatación se hará como en el caso anteriormente descripto, se tomará el cotiledón ó placenta una vez desprendidos y se le llevará hacia el exterior.

Todo alumbramiento artificial será finalizado haciendo lavajes de la cavidad uterina con agua esterilizada ó sirviendo de vehículo á antisépticos, como el biciruro de mercurio en soluciones al 1 por 4000, el ácido fénico al 2 °/₀, el formol al 1 por 2000, etc. Las

inyecciones intrauterinas se harán los primeros días, una ó dos diarias según el caso, después se contentará con lavajes vaginales.

Observación VI

Agustina G., de 27 años, casada, española, multípara. Sin antecedente patológico importante hasta su primer hijo que data de 9 años, desde donde parten sus padecimientos.

Cuatro meses antes del parto tuvo grandes edemas; posteriormente le aparecieron grandes hemorragias con pesadez en la pierna izquierda y dolor en la región ovárica derecha; después de un raspado que se le practicó en el Hospital Rivadavia, mejoró bastante sin desaparecer su leucorrea, dolores de cabeza constantes y mareos. Ha tenido calambres, criestesia y sensación de dedo muerto.

En su último embarazo ha tenido edemas, más generalizados que la vez anterior; sin embargo lo ha soportado bien, hasta el momento del parto que fué normal. Después de terminado, se produjo una hemorragia continua, sin que la placenta ni membranas pudieran salir.

Como no se produjera el alumbramiento, se procedió á introducir la mano y hacer la extracción de la placenta que se encontraba adherida en el fondo del útero.

Lavajes intrauterinos de agua esterilizada los primeros días consecutivos al parto. Salió de alta á los doce días.

Observación VII

María G., de 32 años, italiana, multípara.

Ingresa al servicio en período expulsivo y bolsa rota. Ha tenido 5 partos normales y dos abortos de tres meses. Su embarazo actual á evolucionado normalmente como en los casos anteriores; tiene várices en los miembros inferiores y algunas cicatrices. Sus primeros dolores empezaron á las 5 p. m., rompiéndose las membranas á las 3 a. m., ignorándose á que hora se hizo la dilatación completa. Al examen hecho en el servicio, se constata que el brazo izquierdo hace procidencia en la vagina; se trata de una presentación AIIA. En vista del padecimiento del feto cuyos latidos son apenas perceptibles y alejados, se interviene haciéndose la versión interna y extrayéndose sin dificultad el feto, salvo al franquear la cabeza el anillo de Bandl, que la obstaculiza.

Se produjo una violenta hemorragia después del parto, lo que obligó á hacer la extracción manual de la placenta.

Las inyecciones calientes de agua hervida fueron suficientes para cohibir la hemorragia.

Ningún accidente apareció en los días siguientes, siendo dada de alta á los 14 días después del parto.

Tratamiento de los restos ovulares

Retención de membranas. — Cuando los restos de membranas abandonados en la cavidad uterina son insignificantes por su tamaño, la conducta más razonable es esperar que la eliminación se haga por sí sola, contentándose el práctico, con hacer una prolija antisepsia en la vagina, tan fecunda en floras microbianas. Ahora bien, si los restos de membranas son voluminosos, se puede, como lo aconsejan algunos. intervenir, ó esperar, como lo quieren otros, hasta que aparezcan síntomas de infección ó hemorragias.

Creo que lo más conveniente, siempre que no haya ningún peligro para la parturienta, es tentar la extracción de las membranas.

Si las membranas cuelgan fuera del cuello del útero, se ligarán por un hilo aséptico al nivel de éste, seccionando la porción que queda en la vagina para evitar que se infecten. Al cabo de unos días la expulsión expontánea se producirá.

En estas circunstancias, la enferma solo experimenta dolores no muy agudos y la pérdida de un escurrimiento sanguíneo, fenómenos que desaparecen con la expulsión de las membranas.

Si aparecieran síntomas de infección, habrá llegado el momento de intervenir de una manera más enérgica, pues los lavajes vaginales é intrauterinos de soluciones antisépticas son impotentes en muchos casos para detener la septisemia.

Retención de cotiledones — Si al examinar los anexos expulsados en el momento del alumbramiento se notase la falta de algunos cotiledones, retenidos en

la cavidad del órgano, se introducirá la mano para ir á buscarlos y desprenderlos. De igual modo se hará, si en los días consecutivos al parto sobrevienen accidentes que hagan pensar sean originados por el abandono de cotiledones en el útero.

Las opiniones no concuerdan cuando se trata de instituir el método para la extracción de los cotiledones y de los restos de membranas. Budin es partidario del escobillaje de las paredes uterinas para atacar y extraer las membranas. Otros prefieren el curetaje practicado por los dedos ó por instrumentos para desprender los cotiledones.

Voy á describir cada uno de estos métodos, indicando sus ventajas é inconvenientes.

El *escobillaje* de las paredes uterinas es el método preferido por Budin; un escobillo hecho con las barbas de plumas, previamente desinfectado, se introduce en la cavidad del órgano frotando por movimientos de rotación, de arriba abajo y vice-versa un cierto número de veces las distintas caras del útero, después de los cuales se practicará un lavaje intrauterino con una solución de bicloruro de mercurio al 1 por 4000. La operación se terminará introduciendo un nuevo escobillo impregnado en una solución de glicerina creosotada al 1 por 5.

Apesar de la autoridad de Budin y del éxito que ha obtenido con su procedimiento, creo que esta manera de proceder es ilusoria y no aventaja á ninguno de los otros procedimientos que describiré en seguida. El escobillo no posee las fuerzas suficientes para desprender las membranas adherentes, y si la opera-

ción se efectúa, es por la deliquescencia del tejido comprometido en su vitalidad.

El curetaje digital es un método útil por que no se corre el peligro de perforar el útero, tan reblandecido en el momento del parto. Practicada la anestesia, se hace una inyección vaginal, luego otra uterina con una solución de bicloruro al 1 por 4000, y mientras una mano se introduce en el útero, la otra aplicada en el fondo del órgano, á través de las paredes abdominales, lo mantiene sólidamente á la vez que sirve de punto de apoyo á los dedos encargados de desprender paulatina y cuidadosamente los cotiledones adheridos. La operación se termina haciendo lavajes intrauterinos de soluciones de bicloruro y si se quiere con un escobillaje.

Si la hemorragia es abundante, se recomienda hacer el taponamiento de la cavidad con gasa iodoformada, retirándola á las 12 horas.

El *curetaje instrumental* fué preconizado por Doléris en el año 1885, siendo el que se emplea con más frecuencia por sus excelentes resultados.

Los partidarios del método anterior lo combaten arguyendo que la cureta puede fácilmente perforar las paredes uterinas, que no producen el chillido ó el crujido muscular, noción tan importante que nos señala hasta donde se debe raspar.

Sin desconocer tales peligros, los creo sin embargo, algo exagerados; la cureta en mano de un médico atento, hábil y práctico es inofensiva y superior á todos los medios anteriormente enumerados para destruir las más

pequeñas porciones de restos ovulares que hubieren quedado implantados en el interior del útero.

El curetaje será conveniente practicarlo siempre que sea posible, sin anestesiar á la enferma, así se evita un accidente tan serio como es la hemorragia.

La enferma es atravesada en la cama con las nalgas levantadas, las piernas flexionadas y separadas por dos ayudantes. Los dedos índice y medio de la mano izquierda se introducirán en la vagina para alcanzar el cuello y sentir el orificio uterino; guiándose sobre los dos dedos, se deslizará una pinza de Museux para fijar y descender el cuello hasta el nivel de la vulva, confiándosele á un ayudante que tirará horizontalmente sin hacer mucha fuerza. Se introduce una sonda de doble corriente para hacer un lavaje intrauterino con una solución de bicloruro, al mismo tiempo que se mide la profundidad del órgano.

Retirada la sonda, se introduce la cureta ancha y de bordes obtusos hasta el fondo y se procede á raclar la pared anterior, una vez concluída se la saca para arrastrar consigo los restos de tejidos desprendidos; la misma operación se repite en la cara posterior, el fondo y los bordes del órgano. Se cambia la cureta grande por otra más pequeña para ir á atacar los dos cuernos y repasar nuevamente las paredes, fondo y bordes. Cuando el instrumento no arrastra más que coágulos sanguíneos se procederá á raclar el cuello.

Terminado el curetaje, se introducirá la sonda de doble corriente para hacer un amplio lavaje antisép-

tico y arrastrar todos los restos de membranas y placentas que hubiesen quedado sin salir. Es conveniente introducir una gasa impregnada en tintura de iodo ó solución fenicada al 5 °/₀ paseándola por toda la superficie; un nuevo lavaje sacará el exceso del medicamento. La cavidad se taponará con una gasa iodoformada que, á la vez, sirve de drenaje.

Pinard, antes de hacer el curetaje, introduce la mano en el útero y extrae lo que se puede de los restos ovulares implantados.

Los cuidados consecutivos á la operación se reducirán los primeros días á uno ó dos lavajes intrauterinos, después lavajes vaginales.

Si estos medios fracasaran y la infección sigue su marcha, se recurrirá, en los casos extremos, á practicar la laparatomia y la extirpación del útero ó la histerectomía vaginal.

Cada una de estas dos operaciones tiene sus partidarios; yo no entraré en detalles porque no es mi propósito tratarlos en esta tesis.

Observación VIII

Concepción A., italiana, 30 años, multípara.

Ingresa al servicio en período de expulsión, con bolsa rota y 39° de temperatura.

Sus antecedentes hereditarios son sin importancia.

Sus antecedentes personales son: sus reglas aparecieron á los 15 años, fueron normales, ha tenido 7 hijos á término, con partos normales. El embarazo ac-

tual comenzó por vómitos, cefalalgias, calambres, que después desaparecieron. Del examen hecho en el servicio se constata una presentación de tronco A I D A; latidos fetales no se oyen bien.

El trabajo comenzó el día anterior al ingreso á las 6 p. m., se ignora cuando se rompió la bolsa de las aguas y cuando se hizo la dilatación completa.

Como el trabajo no avanza y teniendo en cuenta los antecedentes recogidos, se hace la versión interna, extrayéndose un feto del sexo masculino, muerto y de 3.100 gramos.

Se hace la extracción manual de la placenta por la hemorragia producida. Al día siguiente del parto la temperatura de 39° subió á 40°; al segundo día, la temperatura fué de 39° á la mañana y á la noche de 40°. Al tercer día, se practica un raspado con la cureta de bordes obtusos y se extraen restos de placenta y membranas. Después se le hace inyecciones de solución de bicloruro al 1 por 4000. En los días siguientes al alumbramiento y hasta que desapareció la fiebre, se le hicieron dos lavajes diarios de la solución de bicloruro.

Llamó la atención de que á pesar de la alta temperatura de 40°, las pulsaciones tenían una frecuencia de 60 á 70 por minuto.

A los 12 días después de operada, la enferma abandona la Maternidad completamente sana.

Rogelio J. Solís.

Julio 4 de 1903.

Buenos Aires, Julio 4 de 1903.

Nómbrase al Académico Dr. Jacob de Tezanos Pinto, al Profesor Titular Dr. Enrique Basterrica, al Profesor Suplente Dr. Miguel Z. O'Farrell, para que constituidos en Comisión revisora, dictaminen respecto de la presente tesis, de acuerdo con el art. IV de la Ordenanza vigente sobre exámenes.

E. UBALLES.
Zenón Aguilar.

Buenos Aires, Julio 17 de 1903.

SEÑOR DECANO:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el ex-alumno señor Rogelio J. Solís.

"En el local de la Facultad, á 14 de Julio de 1903,
" reunida la Comisión que subscribe, encargada de
" dictaminar respecto de la admisibilidad de la tesis
" del ex-alumno Sr. Rogelio J. Solís, que versa
" sobre "Alumbramientos anormales", resolvió admi-
" tirla. Con lo que terminó el acto. — Firmado —
" J. de T. Pinto — E. Basterrica — M. Z. O'Farrell—
" C. Robertson, Pro-Secretario".

Zenón Aguilar.

Buenos Aires, Julio 17 de 1903.

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

E. UBALLES.
Zenón Aguilar.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Método de elección en la extracción simple de los anexos.

II

Tratamiento de las hemorragias *post partum*.

III

Indicaciones del cornezuelo de centeno y sus derivados.

BIBLIOGRAFÍA

AUVARDT ..... *Traité d'accouchements.*

BAUDELOCQUE ..... *L'art d'accouchements.*

BARNES ..... *Traité d'accouchements.*

CHANTREUIL TARNIER ..... *L'art d'accouchements.*
ET BUDIN.. .....

BUDIN P ..... *Chinique Obstétrique.*

BUDIN P ..... *Obtetritie y Gynécologie.*

CAZEAUX ..... *Traité d'accouchements.*

CHARLES ..... *Cours d'accouchements.*

LAVADIE-LAGRAVE ET LEGUEU *Traité de Gynécologie*

PINARD. ..... *Traité de Falper abdominal*

POZZI S..... *Traité d'accouchements.*

POZZI S ..... *Traité de Gynécologie.*

RIBEMONT—DESSAIGNES ET
LEPAGE..... *Précis d'obstétrique.*

TESTUT ..... *Traité D'Anatomie Humaine.*

VARNIER..... *Traité d'accouchements.*

VILLANUEVA A..... *(Tesis 1902) «Soluciones salinas»*