AÑO 1904 N. 1449

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

Facultad de Ciencias Médicas

TESIS

PRESENTADA

PARA OPTAR AL TITULO DE DOCTOR EN MEDICINA

por

C. Mario Tamburini

EX PRACTICANTE EXTERNO É INTERNO POR CONCURSO DE EXÁMEN

DEL HOSPITAL RIVADAVIA, AÑOS 1901 Á 1904

LIBRERÍA «LAS CIENCIAS» DE NICOLÁS MARANA

620—AVENIDA DE MAYO—620

BUENOS AIRES

1904

Art- 162 del Reglamento de la Facultad : — La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tesis.

Padrino de Tesis; Académico Titular:

Dr. GREGORIO N. CHAVES

A MIS PADRES Y HERMANOS

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.
» » Jacobo 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 Canton.
» » Gregorio N. Chaves.

Académicos Honorarios

Dr. D. Ernesto Aberg.
» » Eduardo Wilde.
» » Martin Spuch.
» » Telémaco Susini.
» » Emilio R. Coni.
» » Olyntho de Magalhaes.

Secretarios

Dr. D. Zenón Aguilar.
» 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 (con lic.)
Anatomía descriptiva	»	Juan José Naon (con licenc.)
» »	»	Juan D. Piñero
Patología general	»	Roberto Wernicke
Anatomía topográfica	»	Juvencio Z. Arce
Fisiología general y humana . . .	»	Vacante
Anatomía patológica.	»	Telémaco Susini
Bacteriología.	»	Carlos Malbrán
Higiene pública y privada	»	Julio Mendez
Materia Médica y Terapéutica. . .	»	Justiniano Ledesma
Patología externa	»	Obdulio Hernandez
Medicina operatoria.	»	Adalberto Ramaugé
Clínica ginecológica.	»	Enrique Bazterrica
» Oto-rino-Laringológica. . .	»	Eduardo Ovejero
» Dermatológica y sifilográfica .	»	Baldomero Sommer (con lic).
» Epidemiológica	»	José Penna
» Quirúrgica	»	Juan B. Justo
» Neurológica.	»	José M. Ramos Mejia
» Médica	»	Luís Güemes
» Médica	»	Francisco A. Sicardi
Clínica oftalmológica.	»	Pedro Lagleyze
Patología interna.	»	Marcial V. Quiroga
Medicina legal	»	Francisco de Veyga (con lic).
Clínica Quirúrgica	»	Antonio C. Gandolfo
» Médica	»	Gregorio N. Chaves
» Obstétrica	»	Samuel Molina
Toxicología experimental	»	Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	»	Manuel Blancas
» Médica	»	Abel Ayerza
» Génito urinaria	»	Federico Texo
» Psiquiátrica	»	Domingo Cabred
» Quirúrgica	»	Diógenes Decoud
» Obstétrica	»	Eliseo Cantón
Semiología y ejercicios clínicos . .	»	G. Araoz Alfaro

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos substitutos
Zoología Médica	Doctor	D. J. Greenway
Física médica	„	Juan José Galiano
Química médica	„	Francisco B. Reyes
Botánica médica	„	Roberto S. Kolbe
Química aplicada á la medicina	„	
Histología teórico-práctica	„	Samuel de Madrid
Anatomía descriptiva	„	J. Lopez Figueroa (en ej.)
Semiología y ejercicios clínicos	„	Vacante
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	„	Angel M. Centeno
Medicina operatoria	„	Nicolás Repetto / Leandro Valle
Clínica ginecológica	„	Alfredo Lagarde / José F. Molinari
Clínica Oto-rino-laringológica	„	Wenceslao Tello / E. V. Segura
Clínica dermatológica y sifilográfica	„	M. Aberastury (en ejerc.)
Patología externa	„	Pascual Palma / Daniel J. Cranwell
Patología interna	„	Vacante
Clínica oftalmológica	„	Francisco C. Barraza / Te filo A Moret
Clínica médica	„	Patricio Fleming
Clínica epidemiológica	„	Vacante
Clínica quirúrgica	„	» / Enrique Corbellini
Clinica neurológica	„	José A. Esteves / José R. Semprun
Clínica médica	„	Ricardo Colón
Medicina legal	„	Domingo S. Cavia (en ej.) / Pedro Barbieri
Clínica quirúrgica	„	Vacante
Clínica médica	„	» / Ignacio Allende
Clínica obstétrica	„	Fanor Velarde / Enrique Pardo
Toxicología experimental	„	Juan Alba Carreras
Clínica pediátrica	„	Facundo T. Larguía / Antonio F. Piñero
Clínica médica	„	Vacante
Clínica génito urinaria	„	Pedro Benedit
Clínica psiquiátrica	„	Benjamin T. Solari / José T. Borda
Clínica quirúrgica	„	José T. Borda
Clínica obstétrica	„	Enrique Zárate
Patología general	„	Vacante
Anatomía descriptiva	„	Vacante

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Cated. titulares
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia	Dr. Adolfo Mujica
Química inorgánica aplicada	„ Miguel Puiggari
Farmacognosia vegetal y animal	„ Juan A. Boeri
Química orgánica aplicada á la Farmacia	„ Pedro N. Arata
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica)	„ J. Manuel Irizar
Higiene	„ Ricardo Schatz
Química analítica toxicológica	„ A. Quiroga
Ensayo y determinación de drogas	„ J. Manuel Irizar
Química orgánica y analítica	„ F. P. Lavalle

Asignaturas	Cated. substitutos
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia	Vacante
Química inorgánica aplicada	Vacante
Farmacognosia vegetal y animal	Sr. Juan A. Dominguez
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	Cated. titulares
Parto fisiológico y clínica obstétrica	Dr. Juan R. Fernandez (c.lic.)
Parto distócico y clínica obstétrica	

Asignaturas	Cated. substitutos
Parto fisiológico y clínica obstétrica	Dr. M. Z. O'Farrell en ej.
Parto distócico y clínica obstétrica	Vacante

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Cated. titulares
Anatomía, fisiología, patología	Dr. León Pereira
Cirugía, protética, higiene, materia médica y terapéutica dentarias, medicina legal	„ N. Etchepareborda

Asignaturas	Cated. substitutos
Anatomía, fisiología, Patología	Vacante
Cirugía protética, higiene, materia médica y terapéutica dentarias, medicina legal	Vacante

Señores Académicos,

Señores Profesores

Presento á vuestra consideración mi trabajo inaugural escrito apresuradamemte por causas ajenas á mi voluntad, deseaba tratar el tema con más extensión y detalle pero no me ha sido posible, de cualquier manera he cumplido bién ó mal con la última obligación escolar. Al retirarme de la Facultad quiero que vosotros recibais la expresión de mi más profundo agradecimiento y respeto por todo cuanto habeis hecho por mi educación científica. Para mis maestros del Hospital Rivadavia, Doctores Samuel Molina, José Ayerza, Arturo Zabala, José M. Escalier, Cárlos Lloveras y José M. Caballero, mi sincero reconocimiento por sus múltiples atenciones, lo mismo que al Dr. Gregorio N. Chaves, mi ilustrado profesor y padrino de esta Tésis.

CAPÍTULO I

Generalidades — Fecundación — Modificaciones de la mucosa uterina después de la concepción — Caduca ovular, uterina, interutero-placentaria — Fijación habitual del óvulo fecundado — Placenta fetal y materna.

Cualquiera que sea el mecanismo admitido para la llegada del óvulo á la trompa, una vez en ésta su progresión hacia el útero es favorecida por los movimientos de las cílias vibrátiles que tapizan el epitelio tubario y cuyas ondulaciones están dirigidas de fuera hacia adentro. En este recorrido debe encontrar al elemento macho para fusionarse con él y sufrir en adelante las complicadas modificaciones necesarias para llegar á su madurez.

Es admitido por todos los autores y el hecho no se discute mayormente, que la unión tiene lugar en el tercio externo de la trompa de donde el óvulo ya fecundado caería posteriormente á la

cavidad uterina para seguir creciendo en casos favorables. Nück, Bischoff y otros autores han hallado espermatozoides en las trompas de perras sacrificadas después de la cópula. Todos hemos visto con relativa frecuencia embarazos ectópicos transformados la mayoría en hematoceles pelvianos por ruptura de la trompa distendida.

Estos hechos parecerían dejar sentado definítivamente el sitio donde tiene lugar la fecundación, si no se objetaran á ellos las diversas causas razonables que prueban lo contrario haciendo ver que aquella se realiza en la cavidad uterina. Si se recuerda el cambio profundo que sufre la mucosa que se prepara en los períodos intermenstruales para recibir la semilla, como la tierra quebrada y zurcada por el agricultor para germinar el grano; se verá que al espermatozoide apesar de los activos movimientos de su larga extremidad caudal, no le será fácil ni propicio franquear los obstáculos que le presenta la mucosa porque se halla de tal manera hipertrofiada que se forman pliegues adosados unos á otros al punto de llenar completamente la cavidad de la matriz; esta disposición es contraria indudablemente á la ascensión de los elementos machos.

Se ha dicho que el esperma en el momento de la ejaculación llega á la cavidad uterina absor-

bido ó aspirado por el hocico de Tenca, suponiendo que este sea el mecanismo que aún está por demostrarse no creo que la referida aspiración sea extensiva también á la trompa. Hay otro hecho en favor de la fecundación intrauterina, los movimientos de las cílias vibrátiles están orientados en sentido inverso al de los espermatozoides siendo por lo tanto contrarios á dejarse penetrar por un cuerpo extraño.

Cuando un proceso inflamatorio cualquiera ordinariamente propagado, se localiza en las trompas, la primer lesión de la salpingitis es la pérdida del revestimiento epitelial, privadas aquellas de ese medio de defensa, entonces si los espermatozoides llegados hasta allí por capilaridad pueden penetrar en su cavidad, fecundar el ovulo y quedar constituido un embarazo extrauterino. Es esto lo que me ha hecho ver el Dr. Samuel Molina; todas las mujeres que ingresan al Hospital con esta clase de embarazos, tienen un pasado genital enfermizo con la sintomatología de metro-salpingitis más ó menos antiguas. Estos hechos prácticos son consignados por todos los autores. Si la fecundación se hiciera realmente en el tercio externo de la trompa, los embarazos ectópicos serían mucho más frecuentes de lo que son, cuando ellos se presentan, observando las cosas de más cerca se verá que es

en las mujeres con matriz y anexos más ó menos enfermos.

Por lo que dejo expuesto en breves palabras es más racional y más lógico suponer que en condiciones normales, los espermatozoides no penetran por el pequeño hostium uterino y que por el contrario se quedan en la cavidad de la matriz en espera del óvulo para disputarse entre si el derecho de propiedad fecundante.

En cada período intermenstrual la mucosa uterina se hipertrofia de manera que en el momento de las pérdidas sanguíneas se halla turgescente y plegada sobre si misma adquiriendo un aspecto que por su similitud ha sido comparado á las circonvoluciones cerebrales, este estado transitorio de la mucosa es favorable, indispensable para la implantación del óvulo. Si una fecundación no ha tenido lugar, la mucosa se modificará de nuevo tendiendo volver á su estado normal, aquí empiezan las teorías para explicar cuales son los cambios regresivos que sufre con ese objeto, según Williams habría exfoliación completa produciéndose de esa manera la expulsión de una verdadera caduca, para Leopold es solamente el revestimiento epitelial el que cae. Estos fenómenos no nos interesan mayormente por lo que me limitaré á estudiar los cambios que sufre la mucosa después de la concepcion, para consti-

tuir las caducas, que no son otra cosa que un producto de su transformación.

El óvulo á los 8 días de haber abandonado el ovario (Auvard), se anida en uno de los repliegues que la mucosa forma para recibirlo y allí sigue con rapidez su crecimiento ulterior, en este crecimiento es acompañado por el referido pliegue que tiende á aprisionarlo de más en más por acercamiento de sus bordes libres. Llegado este momento el huevo se presenta como suspendido en el fondo de la matriz separado del resto de sus paredes por un espacio libre temporariamente. La mucosa entonces afecta una disposición especial, presentando tres partes distintas no en su estructura, sino en la disposición que toman transitoriamente. La primera situada entre el huevo y la pared uterina, es la caduca interúteroplacentaria ó serotina; la segunda, mucho más extensa, continúa á la precedente tapizando el resto de la cavidad uterina, ella no toma parte en el aprisionamiento del óvulo y se conoce con el nombre de caduca uterina ó verdadera; por fin nos resta la caduca reflejada, también llamada ovular, producto del adosamiento de los bordes del pliegue de mucosa en el cual se aloja el óvulo fecundado. Estas tres membranas sufren modificaciones en su disposición durante los meses que siguen

á la concepción y que son de utilidad para la práctica el conocerlas.

Durante el primer trimestre del embarazo la caduca ovular permanece aún separada de la uterina; entre ellas existe un espacio muy reducido, es cierto, en el que se abre el orificio interno de ambas trompas, es posible entonces que otro óvulo pueda ser fecundado en el mencionado espacio y quedar constituido un segundo embarazo, fenómeno curioso é interesante de que los clásicos se ocupan refiriendo con nombres propios los casos de mujeres que han dado á luz niños hasta con 4 y 5 meses de diferencia en su edad, expulsados sea simultáneamente, sea después de llegar al término el menor de los gemelos.

En el curso del segundo trimestre el huevo ha crecido de tal manera, que ocupa completamente la cavidad de la matriz; en este momento las caducas uterina y ovular se ponen en contacto, pierden su capa superficial de células y se establece entre ellas una adherencia íntima; hay fusión entre el huevo y la pared uterina, el primero forma cuerpo con la segunda. El espacio que hasta entonces existía entre el huevo recubierto por la caduca reflejada y la pared uterina, desaparece entonces en esta época de la gestación; la fecundación ya no es posible por que-

dar cerrados los orificios de las trompas y el orificio interno del cuello.

En este periodo del embarazo, si se produce el aborto hay ordinariamente retención de membranas y especialmente de la caduca, este es un hecho común de observación diaria y visto por todo el mundo; yo por mi parte he tenido ocasión de operar varias mujeres con hemorragias más ó menos abundantes originadas por esa causa, que no se detenían sinó después de un laborioso raspado.

Llegando al tercer trimestre las cosas cambian; se produce una separación del huevo y la pared uterina á fin de facilitar el parto. En la placenta la desunión se produce con el alumbramiento al nivel de los fondos de saco glandulares (de Sinety). Para explicar la separación de las membranas, las opiniones aun no estan de acuerdo. Según Robin ella tiene lugar en la unión de la mucosa y el músculo; esta última caería entonces totalmente. De Sinety opina que es al nivel de los fondos de saco glandulares que la separación tiene lugar. Friedlander supone que es por la capa media de la caduca formada de células alargadas, que la desunión se produce. La opinión de De Sinety es la más admisible, producida la separación de la capa glandular, una, la más superficial, quedaría adherida al huevo y caería con las membranas; la otra, la

profunda, constituida por los fondos de saco que quedan en su sitio, sería la encargada de reconstituir la mucosa por proliferación ulterior de sus elementos

El desprendimiento comienza en el último trimestre por las proximidades del cuello y continua progresivamente hácia el fondo del útero, no es raro que aún al fin del embarazo no esté terminado del todo, originándose por esa circunstancia la retención de las menbranas con relativa frecuencia.

Hecha la breve reseña que antecede terminaré este capítulo con el estudio de la placenta. Esta parte del huevo con el cordón y las menbranas (menos las caducas que son un producto exclusivamente maternal) tiene su orígen embriológico del segmento intermediario y de la porción extraembrionaria del huevo; antes de su formación éste se nutre á expensas de la vesícula umbilical, en adelante lo hará por intermedio de la placenta. La placenta es un órgano esencialmente vascular interpuesto entre las circulaciones fetal y materna y en relación por una de sus caras con la pared uterina, por la otra con el feto aunque no de un modo directo sinó por intermedio del cordón. Su peso es más ó menos de 500 gramos, variando se comprende, en condiciones normales y patológicas; sus dimensiones varían igualmente, pero en la mayoría de

los casos su diámetro no excede de 0.20 centímetros, su espesor es de 0.03 centímetros en el centro, siendo menor en los bordes por el adelgazamiento que sufre yendo del centro á la periferia. La cara fetal de la placenta es lisa y luciente, recubierta por el amnios debajo del cual hacen relieve en forma de arborizaciones las arterias y venas del cordón; este último se inserta en la gran mayoría de los casos en el centro de la cara fetal y en el borde, la inserción velamentosa es rara y se halla en la proporción del 1 o[o. La cara fetal es carnosa y dividida por pequeños zurcos en varios cotiledones formados ellos mismos por las vellosidades que describiré más adelante con la fisiología y circulación placentarias. Es por esta cara que la placenta se inserta en el útero; Barnes ha dividido este órgano en 3 segmentos por 2 planos horizontales que pasan: el primero á 0.08 centímetros del fondo del útero, el segundo á otros 0.08 centímetros igualmente del polo inferior. En condiciones normales la placenta se inserta en la cara anterior ó posterior del segmento superior; cuando tiene lugar en el segmento inferior (zona peligrosa de Barnes) se dice que hay inserción viciosa ó prévia de la placenta, según la relación que afecta el borde de ésta con el orificio interno del cuello, se tienen las siguientes variedades: Placenta prévia lateral. El borde de la pla-

centa se halla de 1 á 8 centímetros del orificio interno; es posible después del alumbramiento apreciar esta distancia por el sitio donde se han roto las membranas comprobando á veces la existencia de una inserción más baja que normalmente sin que nada hiciera sospecharlo durante el embarazo y el parto.

Placenta prévia marginal. El borde de la placenta toca el orificio interno.

Placenta prévia central. Negada por muchos autores; el centro de ella corresponde al orificio interno del cuello en este caso la mayor parte de la placenta está ínsertada en el segmento inferior, la más grave de todas las precedentes por sus grandes hemorragias.

De estas tres variedades la más común es la lateral y la más rara la central,

Durante mi internado en la Maternidad del Hospital Rivadavia he tenido la suerte de observar un caso sumamente interesante de la variedad denominada por los clásicos «centro por centro» la historia la publiqué en detalle en la «Argentina Médica», en el último capítulo la trascribiré íntegra.

Excepcionalmente la placenta puede insertarse en parte en la cavidad cervical (embarazo cervical) en estos casos sin duda tiene lugar el aborto prematuramente, quien sabe si muchos abortos de causa

desconocida no son debidos á un «embarazo cervical» producto de un óvulo que se ha fijado demasiado abajo. La anatomía de la placenta prévia la haré en el capítulo siguiente, aquí completaré el estudio iniciado con su estructura y fisiología. De paso recordaré que la placenta varía en cuanto á la forma y número de los lóbulos que la constituyen, así se encuentran de forma oval, circular, é irregular, bilobulada, multilobulada, etc., en las placentas anormalmente insertadas es frecuente hallarlas con deformaciones.

La placenta fetal está recubierta en toda su extensión por el amnios y presenta una estructura sólida y fibrosa sin contener elementos musculares, la vena y las arterias umbilicales abordan la placenta como hemos visto, por la cara fetal, atraviesan su espesor y una vez allí se dividen en una multitud de ramificaciones dirijidas en todos sentidos y envueltas en una trama fibro elástica, los territorios circunscritos de esta red vascular, adquieren el aspecto de un verdadero tejido cavernoso y han sido denominados por Ribemont Dessaignes brotes vasculares. De estos brotes nacen las vellosidades que no son otra cosa que la reunión de una vena y una arteria, en la misma vaina fibrosa que es la prolongación de la que envuelve también á los brotes. Los vasos se anastomasan en el extremo

de la vellosidad la que se presenta en esta parte cribada de pequeños orificios destinados al pasage de los capilares nacidos por la división de los referidos vasos, esta nueva red de capilares, última etapa de las arterias y vena umbilical, se presenta en forma de sutil cabellera suspendida en la extremidad de cada vellosidad flotando en los espacios intervellosos y lagos sanguineos; juegan un rol capital en los intercambios nutritivos. Hay que hacer notar que todos los vasos sanguíneos de la placenta fetal, carecen casi por completo de elementos musculares lo contrario de lo que pasa en la placenta maternal en la cual dichos elementos abundan en las paredes vasculares. Esto demuestra el rol pasivo que desempeña el feto para nutrirse, á la inversa de la madre que regula la presión de la sangre y con ella la penetración de mayor ó menor cantidad de materiales nutritivos.

Del lado de la placenta maternal se observan igualmente las vellosidades ya descriptas en los párrafos que anteceden, entre los espacios libres dejados por ellas se encuentran los lagos sanguíneos que reciben únicamente sangre materna, por medio de vasos que se abren en ellos en pleno canal, ya hemos dicho que todos ellos son ricos en fibras musculares, finalmente existe en la periferia de la placenta un ancho seno circular llamado también

vena coronaria, este vaso es de gran utilidad porque regula la circulación intraplacentaria, evitando los excesos de presión que siempre serían perjudiciales al desarrollo y vida del feto.

La unión entre las dos placentas se hace por intermedio de las vellosidades y los brotes vasculares que se extienden hasta la placenta maternal. Las vellosidades maternales y fetales se hallan ya en contacto directo ó separadas por los lagos sanguíneos, estos como hemos visto son llenados únicamente por la sangre maternal, no existe comunicación directa entre esta sangre y la del feto sinó simple contacto al través del epitelio que tapiza la superficie de las vellosidades es por ósmosis que pasan los alimentos y el oxígeno de los lagos sanguíneos maternales á las vellosidades de la placenta fetal asegurando la nutrición y respiración del niño que es sencillamente un parásito temporario, La placenta desempeña entonces dos grandes funciones siendo para el feto pulmón y tubo digestivo. Claudio Bernard le asignaba también un poder glicogénico análogo al hígado del adulto. Después de esta breve reseña sobre la constitución y circulación placentarias será más fácil comprender el mecanismo de las hemorragias síntoma primordial en las inserciones viciosas.

CAPÍTULO II

Causas que pueden ocasionar la inserción viciosa en el segmento inferior — Su frecuencia — Caracteres anatómicos de la placenta previa.

En un principio los autores antiguos admitían á falta de mejor observación, que la inserción baja de la placenta era únicamente tributaria de las multíparas. Esos mismos autores suponían que la causa esencial de esta anomalía, eran las metritis diversas que acompañan con frecuencia á estas mujeres; la mucosa alterada por el proceso patológico no era capaz de albergar el óvulo á su caída de la trompa y lo dejaba deslizar hacia el segmento inferior, es una teoría errónea indudablemente porque según las estadísticas de Simpson, Pinard y Baudelocque, las placentas de esta variedad son casi tan frecuentes en las multíparas como en las primíparas y en estas últimas no hay derecho para admitir la metritis como causa etiológica.

En la Maternidad del Hospital Rivadavia he observado varias primíparas con placenta prévia, pero no me he detenido á investigar su pasado genital. Otros factores etiológicos son también incriminados, desde luego separo del cuadro á los embarazos gemelares, aquí se comprende que cuando hay dos placentas separadas, las dos no pueden desarrollarse ampliamente en el mismo plano y entonces una de ellas se hace prévia. Las malformaciones congénitas ó adquiridas (fibromas) predisponen á la inserción viciosa, parece que en algunos úteros con anomalías en su desarrollo, el hostium uterino se abre más abajo que normalmente y de ahí la posibilidad de una fijación ovular inferior.

Los movimientos activos violentos, las sacudidas comunicadas por diversos vehículos, en el momento de la fecundación me parece haber oído ó leído que pueden ellas también hacer descender demasiado al óvulo. En resúmen no se sabe aún de una manera irrefutable cual es la causa que produce la fijación de la placenta en el segmento inferior.

Después del alumbramiento es fácil saber con exactitud aproximada el sitio que la placenta ha ocupado en la cavidad uterina, siempre que las membranas hayan sido expulsadas íntegras, esto

no sucede frecuentemente, porque en la mayoría de estos casos el médico interviene manual é instrumentalmente, aquellas se desgarran pierden las relaciones que tenían y hacen más difícil su estudio microscópico. Supongamos el primero de los casos; extendiendo la placenta por su cara uterina, se levantan las membranas introduciendo la mano en la bolsa amniótica, de este modo podemos ver donde esta última se ha roto; cuanto más próxima sea la distancia que separa esta ruptura del disco placentario; más baja habrá sido la inserción de este en el segmento inferior, en un caso que observamos en compañía del Dr. Arturo Zabala no había propiamente bolsa de las aguas, porque la placenta prévia era central, aquí fué necesario cortarla en el medio para extraer el feto por la abertura. El método que antecede no es de una precisión matemática porque la ruptura de las membranas no siempre se hace en el centro de su parte inferior, hay deslizamiento de aquellas sobre la presentación, sabemos el espesor y la resistencia que adquieren en estas anomalías.

En las inserciones viciosas, la forma del pla-tillo placentario se aleja de lo común; es irregular, aplanado, demasiado extenso á veces con dos lóbulos y cotiledones atrofiados. Auvard en una frase pintoresca, dice que «la placenta viciosamente inser-

tada se extiende en napa, gana en superficie lo que pierde en espesor á ejemplo de los árboles que plantados en terreno estéril ó en la vecindad de una roca, esparcen sus raices á lo lejos en busca de sustento»; recordaré también que el borde de la placenta que mira hacia el orificio interno del cuello, adquiere cambios de coloración debidos á las perturbaciones circulatorias y á las hemorragias sintomáticas.

CAPÍTULO III

Sintomatologia — Hemorragias durante el embarazo y el parto — Su mecanismo — Diagnóstico diferencial con las hemorragias del aborto, de las molas vesiculares, de las metritis que complican el embarazo, del cáncer del cuello, de las várices vaginales, de la ruptura del seno circular en inserciones normales, del desprendimiento parcial ó total de la placenta normalmente insertada, de la ruptura del útero grávido — La placenta prévia causa de presentaciones anormales, ruptura de las membranas y parto prematuro — Pronóstico para la madre y el feto.

La inserción viciosa puede no manifestarse por ningún síntoma y recien después del alumbramiento se conoce esta anomalía al examinar la placenta y las membranas según se ha visto más arriba, pero ordinariamente es la hemorragía el principal síntoma á veces muy sério que domina la historia de la placenta prévia. En la mayoría de los casos es durante el curso del último trimestre del embarazo que ella aparece, en otras ocasiones es recién en el momento del trabajo que las hemorra-

gías se inician, he intervenido en uno de estos casos la mujer sucumbió por haber ingresado á la Maternidad en un grado avanzado de anemía aguda; finalmente es durante el alumbramiento que las hemorragías aparecen. Las hemorragías del embarazo sobrevienen sin causa apreciable encontrándose por ejemplo la mujer en el lecho ó después de un esfuerzo insignificante, al principio no son muy abundantes, la enferma refiere que sus ropas se tiñen poco, sin saber á que atribuir esa sangre, expontáneamente ó por el reposo desaparecen por 15 días ó un mes para producirse de nuevo esta vez ya más copiosas; este principio intermitente y lo avanzado de la gestación, bastan para sospechar y casi afirmar que se está en presencia de uno de estos casos.

Antes de seguir adelante es necesario referir las teorias que se encuentran en boga para comprender mejor el mecanismo de las hemorragías.

Según Jacquemier resultarían por falta de paralelismo entre el desarrollo de la placenta y del segmento inferior, que se ampliaria de una manera desproporcionada al fin del embarazo. Pinard asigna á la contracción uterina la propiedad de ser la que origina las hemorragias, en efecto sabemos que el útero cuando contiene algo en su interior, contrae sus fibras musculares de una manera intermitente y con intensidad variable segun la época de

la gestación, al principio son insignificantes, pero en el último trimestre se hacen mas fuertes ejerciéndose entonces en todo el huevo y especialmente en el segmento inferior; la presión que las contracciones provocan, cuando la placenta está fijada en el polo superior, dicha presión se atenua por la extensión compensatriz de las membranas, en estas circunstancia los tironeos que se ejercen en la placenta son casi nulos.

En la inserción prévia las cosas no pasan así, la contracción produce una extensión considerable de la parte del segmento inferior que no es ocupado por el disco placentario; á este nivel el córion sufre un alargamiento anormal y como es una membrana inextensible ejerce una doble tracción: en las membranas que ceden facilmente á la extensión sin inconveniente alguno y en la placenta que cede tam bien pero no por elasticidad sinó por desprendimientos de poca extensión en la mayoría de los casos que dan origen á las hemorragias ya descriptas; á veces sin embargo pueden ser muy grandes y matar á la madre de la primera vez. La teoría precedente es verdaderamante cientifica y satisface al espíritu.

En el momento del trabajo las hemorragias si han existido antes, se repiten con mayor intensidad en razón de la mayor energía de las contracciones, durante el curso del parto si la bolsa está íntegra, las

hemorragias continuan por el mismo mecanismo ya estudiado, pero si las membranas se han roto expontánea ó artificialmente, aquellas se detienen porqué los tironeos quedan suprimidos, es claro que si se extrae el feto y este pasa frotando con fuerza la placenta ella se desprenderá más todavia y nuevas hemorragias se producirán; como veremos más adelante, conviene en estos casos dejar la cabeza ó los miembros inferiores (de preferencia y casi siempre estos últimos) haciendo tapón, esto produce seguramente la muerte del feto por asfixia si es que ya no se ha asfixiado por perturbaciones circulatorias onfalo-placentárias. En este momento del parto es que se pueden tocar los cotelidones desprendidos en el reborde del cuello dilatado cuando la inserción es marginal; en las placentas laterales para tocar el borde del disco es necesario ir con los dedos mucho más arriba y esto no es posible si el vértice se halla encajado. Por la palpación bimanual es posible también saber de que lado se halla la placenta, por el espesor considerable que adquiere la pared uterina á este nivel, esto no sé si será fácil porque nunca se me ha ocurrido hacer la prueba.

Al finalizar este capitulo me ocuparé brevemente de las consecuencias que puede acarrear la placenta prévia, para la madre y el feto, entre tanto estudiaré sumariamente las diferentes hemor.

ragias que de cerca ó de léjos pueden simular el principal síntoma de la inserción viciosa.

Hemorragías del aborto.

Las hemorragias del aborto al 5° ó 6° mes del embarazo son las únicas que pueden ser confundidas con las de una placenta prévia, ya hemos visto que ellas aparecen recién en el último trimestre y con especialidad recién al 8° y 9° mes. Es necesario investigar ante todo los antecedentes de la mujer, infecciones diversas, tramustismos, etc., é insistir particularmente en la sífilis que mas de una vez puede ser ignorada siendo su única manifestación ó el comienzo de una serie de abortos ó partos prematuros que se producirán más tarde á falta del tratamiento específico. Si el aborto está en vías de efectuarse, el médico asiste á un pequeño parto con expulsión de un feto seguido una ó dos horas después del alumbramiento. En estas circunstáncias se encuentra el cuello reblandecido, entreabierto ó con dilatación suficiente para dar pasage al feto en presentación de vértice ó pélvis; es posible al través de la abertura cervical tocar los cotiledones si existen en su vecindad. Si se trata realmente de un aborto y el médico asiste en el momento de sus amenazas, constata que el útero se halla endurecido

por las contracciones que se presentan con los caráctеres de las del trabajo ó del periodo expulsivo: dolorosos, involuntarios, é intermitentes, la enferma experimenta entonces dolores intensos en el vientre y en las caderas; estos síntomas no pertenecen á las hemorragias de la inserción viciosa, las cuales al contrario se presentan como hemos visto, sin causa apreciable y sin que la mujer se de cuenta de ellas, en muchos casos se siente mojada sin saber porqué y al averiguar el motivo encuentra sus ropas manchadas de sangre alarmandose con razón, máxime si se recuerda que el embarazo ha evolucionado sin complicaciones hasta esa época avanzada. Los dos grandes carácteres de las hemorragias por inserción viciosa son pues la manera silenciosa en producirse y su poca intensidad al principio, á esto se puede agregar su detención expóntanea después de lo cual las cosas vuelven á su estado normal hasta que una segunda hemorragia esta vez más abundante que la primera, obliguen á la enferma consultar un médico si es que no lo ha hecho antes. Cuando en las placentas prévias, junto con las hemorragias tiene lugar el parto prematuro y esto ocurre en un tercio de los casos; no es posible entonces diferenciarlas de un aborto de 6 meses, á no ser que se halle una causa suficiente para explicar la producción de este último; aquí es

útil é indispensable el exámen de los anexos ya hemos visto en el capítulo anterior la manera de practicar este exámen y los beneficios que con el se obtienen.

Hemorragias de las molas vesiculares

La degeneración hidatiforme del huevo es rara, rarísima comparada á la relativa frecuencia de las placentas prévias, por eso es que nunca se piensa en ella siendo por otro lado difícil su diagnóstico, he visto uno en el cual recien cuando se extrajeron manualmente las vesiculas en cantidad inmensa, se supo que era una mola.

Esta degeneración se manifiesta de preferencia durante los primeros meses del embarazo y el síntoma más importante es la hemorragia. La expulsión de las vesiculas traería consigo el diagnóstico pero este síntoma patognomónico, es un acontecimiento en la mola vesicular. Las hemorragias como en la inserción viciosa aparecen bruscamente sin pródromos y sin causa apreciable, se repiten periodicamente y son seguidas de un derrame serosanguinolento persistente y abundante, cuando ellas aparecen en el primer trimestre lo que es la regla, el médico sospecha más bien la inminencia de un aborto, pero cuando tienen lugar en los últimos meses de la gestación, entonces sí pueden hacer pensar en una placenta prévia. El exámen de la

enferma es de gran utilidad y el medio exclusivo para llegar á la verdadera causa de la hemorragia, los autores clásicos dicen que en las molas hidatiformes, existe una desproporción manifiesta entre el volúmen del útero y la edad del embarazo, á la palpación no se tocan distintamente partes fetales y la superficie de la matriz se presenta de consistencia blanda y á veces fluctuante, es necesario completar el exámen con el tacto vaginal y la auscultación del vientre. Es bueno también recordar que en los casos de molas, los síntomas reflejos provocados por la gravidez se encuentran exagerados á veces se notan dolores en los riñones, sensibilidad exagerada del vientre, etc.

Hemorragias de las endometritis que complican el embarazo.

En las metritis originadas por un aborto anterior, una infección puerperal, infecciones como el paludismo, etc., se producen pequeñas hemorragias que terminan siempre con el aborto, ó el parto prematuro. Cuando estas hemorragias persisten en una época ya avanzada de la gestación pueden hacer pensar en desprendimientos placentarios originados por una inserción viciosa ó por

cualquier otra causa, á falta de antecedentes el diagnóstico es muy difícil.

Hemorragias por cáncer del cuello.

El epitelioma cervical en cualquiera de sus formas propagado más ó menos á las partes vecinas no es un obstáculo para que tenga lugar una fecundación; en los dos tercios de los casos el embarazo llega á su término y una vez iniciado el trabajo del parto, diversas intervenciones son requeridas según la extensión que haya tomado la neoplasia, pero esto no es lo que nos interesa. Cuando existe un embarazo y el cáncer cervical se ulcera, se producen hemorragias al menor esfuerzo, la continuidad de ellas es característico es raro que sean muy abundantes pero las pérdidas sanguineas repetidas, ocasionan una anemia profunda en las enfermas. Si estas hemorragias coinciden con una gestación avanzada, pueden en un primer momento ser tomadas por las que trae consigo una placenta insertada en el segmento inferior. El tacto vaginal sacará de dudas inmediatamente, la sensación y el aspecto de un epitelioma en cualquiera de sus formas antómicas, es característica y el que ha tocado una vez un cuello en esas condiciones no se olvida más de

la sensación que experimenta, si á esto se agrega los dolores violentos y continuos, las perturbaciones urinarias y la leucorrea sanguinolenta de horrible fetidez, no habrá duda posible sobre la fuente de las hemorragias.

Hemorragias por ruptura de várices vulvo-vaginales.

Las várices de la vulva y la vagina en comunicación entre sí son frecuentes en las mujeres embarazadas presentándose con el aspecto de cordones azulados debajo de la mucosa, su presencia provoca sensación de peso y prurito vulvar pasagero. Al fin del embarazo estas várices se acentuan más formando por éstasis sanguíneo edemas y colaración violácea de la mucosa vulvo-vaginal, si en este momento la mujer sufre la influencia de una caída, practica un esfuerzo, etc., es probable que una de estas venas se rompa dando lugar á pérdidas sanguineas que desde la detención expontanea pueden llegar hasta ocasionar la muerte de la mujer. El diagnóstico en estos casos se impone con urgencia porque al confundir una raptura varicosa con una placenta, se corre el riesgo al efectuar sa el taponamiento y aumentar la hemorragia,

pues este actua sobre las venas de la vagina como la ligadura que se coloca en un miembro para hacer una sangría. Sí la vena varicosa abierta se encuentra en la vulva es fácil descubrir la fuente de la hemorragia, si se halla en la vagina habrá que dilatar sus paredes en todos sentidos con una valva y explorarla cuidadosamente. La sangre que sale por estos vasos es oscura y no forma coágulos. Por el tacto se pueden obtener datos de importancia sobre los cuales hemos insistido ya (espesamiento de las membranas, coágulos, cotiledones), por la palpación bimanual se puede comprobar un espesamiento lateral del segmento inferior originado por la placenta, amenudo se constata el vértice no encajado sobre el estrecho superior.

Hemorragias por ruptura del seno circular.

El seno circular que bordea la periferia del disco placentario y que sirve como hemos visto para regularizar la presión de la sangre, tiene paredes muy frágiles y lo mismo que una vena varicosa puede romperse bajo la influencia de las mismas causas mencionadas en el párrafo anterior. La ruptura del seno circular acompaña fre-

cuentemente á las hemorragias que origina una inserción viciosa, pero puede tambien producirse con una inserción normal. La hemorragia ordinariamente es moderada sin comprometer la vida de la madre, no así la del feto, el cual á la larga puede morirse asfixiado ella se detiene expontáneamente. Fuera de los casos más numerosos en que las hemorragias del seno desgarrado accompañan á las de la placenta las cuales por lo demás concentran en si todo el interés; el diagnóstico se hace per exclusión, si se examina la mujer no se encuentra el espesamiento del segmento inferior causado por la presencia del disco placentario tampoco se hallan antecedentes para una endometritis y si de otra parte no existen las causas que estudiaremos en el párrafo siguiente para suponer un desprendimiento de la placenta insertada en sitio normal; se podrá suponer que existe una desgarradura del seno, no se confundirá esta última con un fibroma, un pólipo, un cáncer del cuello porque se tiene ante la vista el cuerpo del delito.

Hemorragias por desprendimiento de la placenta normalmente insertada.

El desprendimiento de la placenta insertada en sitio normal, es posible desde el 4° mes hasta el tér-

mino del embarazo y en el momento del trabajo. En los seis primeros meses, las hemorragias por desprendimientos se confunden con la historia del aborto del del cual no es más que uno de sus principales síntomas. Sus causas principales en el curso del embarazo en qualquier época, son ante todo, los traumatismos, la tuberculosis y las enfermedades del corazón en sus periodos avanzados, el paludismo; la sífilis, la albuminuria con su placenta tan característica, etc., etc. en el momento del trabajo la brevedad del cordón, las presentaciones del pelvis, el parto gemelar pueden ocasionar desprendimientos prematuros. En la primera de estas circunstancias pueden ocurrir dos casos; o la hemorragia se exterioriza ó la sangre no sale hácia afuera quedando coleccionada en una especie de cavidad virtual circunscrita por los bordes de la placenta que han quedado adheridos.

Ordinariamente las hemorragias de esta clase tienen lugar en el último trimestre como en la inserción viciosa, sin embargo se pueden diferenciar por algunos síntomas. Después de un traumatismo más ó menos violento, la mujer embarazada se siente atacada á veces por un dolor intenso con tendencia al síncope que se localiza de preferencia en el fondo del útero y exasperado por la presión, este no es el principio de las hemorragias debidas á la inserción placentaria inferior, según hemos

visto varias veces en el curso de esta tesis, al tacto se encuentra sangre líquida ó coagulada en el cuello cuando está permeable, pero no se tocan cotiledones ni se nota aumento de espesor en el segmento inferior. Cuando la sangre forma colección dentro de la matriz, se tiene por delante el cuadro clínico de la hemorragia interna con palidez, pulso pequeño y rápido, pérdida del conocimiento, etc., etc.; es posible en estas circunstancias constatar por la palpación, un aumento rápido en el volumen del útero, dureza de sus paredes, más raramente sensación fluctuante que correspondería al sitio del desprendimiento, dificultad para sentir las partes fetales; á la auscultación los latidos se oyen muy acelerados ó ausentes del todo. La muerte del niño es la regla y su expulsión prematura se producirá infaliblemente con un desprendimiento de cierta extensión. La madre puede también correr grandes riesgos que es posible evitarlos con una intervención oportuna. Se vé entonces por lo que antecede que es bien distinto el cuadro que presentan las dos variedades de hemorragias que acabamos de pasar en revista aunque en la práctica muchas veces la cosa no es tan sencilla. Réstanos decir cuatro palabras de la ruptura uterina, la cual tiene puntos de contacto con los desprendimientos.

Hemorragias por ruptura del útero grávido

La ruptura del órgano gestador sea incompleta ó completa puede observarse durante el embarazo, el trabajo y el postpartum. Las rupturas del embarazo y del postpartum son verdaderas curiosidades en obstetricia; desde el punto de vista práctico las rupturas del trabajo son las únicas que existen y de ellas tan solo me ocuparé en breves palabras. El traumatismo es la única causa etiológica, pudiendo este traumatismo ser directo ó expontáneo, en el primero de los casos se cuentan las violencias ejercidas sobre el abdómen y las maniobras diversas con la ayuda ó no de instrumentos en los partos distócicos; en la segunda variedad se admite una lucha entre el útero que se esfuerza en expulsar un feto de volumen exagerado ó porque existen tumores del útero, viciaciones pelvianas, presentaciones anormales, etc., etc., si el médico no termina el parto artificialmente y la mujer es abandonada á sus propias fuerzas la lucha se terminará con la expulsión del niño ó la ruptura de la matriz cuando las contracciones persisten y no se ha producido la inercia. Las multíparas están más predispuestas para este accidente y cuando se

produce expontáneamente es necesario admitir una alteración de la fibra muscular por procesos inflamatorios agudos ó crónicos.

Supongamos que el médico se halla junto á una mujer cuyo trabajo comienza y sigue sin contratiempo alguno, las contracciones se suceden con regularidad é intensídad progresiva; en un momento dado la parturienta acusa un vivo dolor en el vientre localizado en un punto de la matriz, este dolor intenso y súbito ha aparecido en medio de una contracción y es un síntoma clásico de ruptura uterina, cuando la hemorragia que es su consecuencia se exterioriza, puede creerse en una insercion viciosa ó en un desprendimiento placentario. En el primero de estos casos no es así como se inician las hemorragias, ellas han existido mucho antes del trabajo y si aparecen recién en este momento por primera vez, no es de una manera tan ruidosa; practicando un tacto vaginal es fácil al través de la dilatación que existe en el cuello, constatar signos negativos para una placenta del segmento inferior. Si la hemorragia es peritoneal lo que ocurre en las desgarraduras completas y si estas son extensas, aparecen otros signos que permiten diferenciar el accidente con un desprendimiento. En el momento de producirse la ruptura el trabajo se suspende ordinariamente, la enferma

presenta al poco tiempo facies peritoneal si la hemorragia interna es muy abundante, el pulso se acelera y se hace pequeño hay agitación, palidez, sudores, etc., por la palpación se sienten con facilidad los miembros del feto salidos parcial ó totalmente. En una mujer multípara en trabajo, he tenido ocasión de presenciar una ruptura que se produjo á la vista de todos consecutiva á tres contracciones seguidas una tras otra, la desgarradura completa y enorme se hizo en medio de estas contracciones con un vivo dolor inicial seguido de vómitos á los pocos instantes, á la palpación se tocan con suma facilidad los miembros, parecía que estuviesen debajo de la piel del vientre. Ayudo al Dr. Arturo Zabala en la histerectomia y la enferma sana sin complicaciones. En este caso la hemorragia era mixta y bastaba su principio para alejar la idea de que la sangre vaginal era debida á una placenta prévia, como tambien la aparición de los miembros al través de la desgarradura uterina era suficiente para explicar lo sucedido.

Cuando las desgarraduras son incompletas y poco extensas, los síntómas no son tan acentuados y muchísimas veces pasan desapercibidas, yo no hablo se comprende de las desgarraduras del cuello que hay que buscarlas siempre que después del alumbramiento con útero contraído, haya hemorra-

gia; aquellas desgarraduras que no se sospechan durante el parto, se descubren al practicar el alumbramiento artificial, porque felizmente esta operación casi siempre es necesaria. Si hasta entonces las hemorragias cuando la sangre sale por la vagina han podido ser atribuidas al principio y á falta de mejor exámen á una inserción viciosa, ó á un desprendimiento parcial, las dudas quedan disipadas.

La placenta prévia causa de presentaciones anormales

Ya hemos dicho que además del síntoma primordial: la hemorragia, la inserción viciosa tenía por consecuencia en un tercio de los casos, la ruptura de las membranas y el parto prematuro, la conducta á observar en estos casos es más ó menos la misma que si se tratara de un aborto; se procura detenerlo con reposo, ópio, taponamiento, si esto no es suficiente y el parto prematuro es irremediable, es necesario evacuar el contenido del útero hacer la extracción manual de la placenta y los demás cuidados que son de práctica en estos casos.

Otra consecuencia de la placenta prévia son las presentaciones anormales de pelvis y tronco, la

acomodación del feto dentro del útero no sigue la ley general de esta teoría, y la cabeza dada la estrechez transitoria producida por la presencia del disco placentario en el segmento inferior, no puede encajarse como lo hace, de ordinario; en el último trimestre en las primíparas, los últimos 15 dias ó en el momento del trabajo en las multíparas. Esto tiene gran importancia para el diagnóstico como ya hemos visto pues cuando en una mujer embarazada de término primípara ó multípara no se encuentra nada para explicar una falta de encaje, como ser una estrechez pelviana en las primeras; hidramnios, tumores, etc., en las segundas, se podrá sospechar una placenta de inserción baja con tanta más razón si la mujer ha perdido sangre en los últimos meses. Es posible que por la contracciones uterinas, una presentación de vértice se transforme en tronco por deslizamiento de la cabeza sobre la cara fetal de la placenta que forma á ese nivel un plano inclinado; estas presentaciones anormales son favorables en el momento del parto pues siempre á mi modo de ver es más fácil hacer una extracción manual ó una versión del feto, que una aplicación de forceps muy alta, sobre el estrecho superior.

La inserción viciosa es una complicación séria que es necesario observar de cerca ella es tanto

más grave cuanto más baja es su fijación en el segmento inferior, la mortalidad del niño por parto prematuro, asfixia lenta ó rápida según la cantidad de sangre perdida durante el embarazo ó el parto es muy elevada. Las cifras que dan los autores varian entre el 50 y el 75 0[0 según los diversos métodos puesto en prática, en los 9 casos que he tenido ocasión de observar, solo vivieron 3 niños, los otros sucumbieron por expulsión prematura, maceración y asfixia. El pronóstico para la madre depende de muchas circunstancias; con una asistencia bien dirijida en tiempo oportuno es generalmente benigna pues con los nuevos métodos que posee la obstetricía se pueden salvar mujeres que antes habrían sucumbido debido á los escasos conocimientos que se tenían de la placenta prévia. En la maternidad del Hospital Rivadavia fallecieron dos enfermas con un día de diferencia por haber llegado al servicio en un grado de profunda anemia; las hemorragias que se presentaron muy copiosas en el momento del trabajo en sus domicilios, no pudieron ser detenidas por falta de elementos, si dichas enfermas hubieran tenido desde un principio asistencia conveniente no hubieran muerto, su historia irá con las observaciones.

CAPITULO IV

Tratamiento. — Hemorragias de los 3 últimos meses del embarazo, hemorragias. del trabajo con dilatación incompleta y completa. (Taponamiento vaginal, ruptura de las membranas, maniobra de Braxton. Hicks, parto forzado rápido). Tratamiento de la anemia aguda que puede ocasionar.

Estando demostrado que los úteros con mucosas enfermas son favorables á la fijación del óvulo en en el segmento inferior, se impone como tratamiento profiláctico la curación de esta mucosa con los diversmedios que enseña la ginecología; con mayor razón si la mujer es multípara y si alguno de sus embarazos anteriores ha presentado esta anomalia. Pinard dá mucha importancia en las primíparas con mucosas sanas y en las multíparas con metritis, á los sacudimientos de los vehiculos y á las trepidaciones de los ferro-carriles de ahí la necesidad de proscribir los viages durante el primer tiempo del embarazo; es un tratamiento teórico é imposible.

Siendo la hemorragia el principal peligro en las inserciones viciosas que se produzcan en el último trimestre ó en el momento del parto, es contra la hemorragia que debe dirijirse el tratamiento, si ella es ligera y no se repite con frecuencia lo que indicaría una intervención más activa, la simple expectación y el reposo absoluto en el lecho bastan de ordinario, si apesar de esto la enferma continúa perdiendo sangre á intervalos más ó menos largos pero no como para hacer temer un peligro inminente, al reposo se agregarán irrigaciones calientes con agua á 45 y 50° que tienen la propiedad de contraer la fibra muscular uterina bastando generalmente para detener la hemorragia, esta acción del agua caliente es según la teoría que admite Pinard en las hemorragias por placenta prévia, favorable á que se produscan nuevas pérdidas sanguíneas, ya hemos visto en otro lugar porque las contracciones uterinas provocan desprendimientos pequeños; el córion tironea con las otras membranas del borde placentario, la práctica sin embargo ha demostrado lo contrario y las irrigaciones calientes prestan buenos servicios. Cuando la hemorragia es desde el princieio muy abundante ó por su repetición puede llegar á producir una anemia aguda, es necesario intervenir de una manera más activa pues una enferma en estas con-

diciones puede sucumbir de una manera imprevista á una nueva hemorragia por pequeña que sea. Pinard en estas circunstancias cualquiera que sea la edad del embarazo procede á la ruptura ámplia de las membranas para esto es preciso hacer una dilatación digital si el cuello está cerrado, si al través de la abertura se tocan cotiledones, es necesario buscar en todos sentidos las membrauas que se encontrarán resistentes y espesadas, guiado por el índice introducido en la cavidad cervical, se lleva un instrumento romo, la punta de una tigera derrada por ejemplo y se perforan las membranas, en esta abertura se insinúa el dedo y entonces se desgarra lo suficiente la bolsa amniótica.

El balón de Charpentier usado también para detener las hemorragias del trabajo con cuello ya dilatado, sirve también para dilatar este último durante el embarazo cuando hay hemorragia, de esta manera se provoca el parto con lentitud y se prepara el terreno para poder llevar un instrumento á perforar las membranas á través del cuello antes cerrado. Me parece que no hay nada mejor que la dilatación digital pues los balones apesar de ser aparatos muy alterables con el tiempo y de difícil esterilización, no se encuentran muchas veces á mano cuando se necesitan en un caso urgente, sinó en los servicios de Maternidad y eso no en

todos por ejemplo en el Hospital Rivadavia donde nunca lo he visto usar, eso no significa que no sea un aparato útil, pero no es superior á los dedos del médico. En la práctica con una dilatación digital bien hecha se obtiene el mismo resultado llegándose progresivamente hasta hacerla completa en poco tiempo con cuellos dilatables. En las hemorragias con dilatación incompleta es donde tiene su indicación el balón como veremos en seguida. Cuando la placenta prévia es central y los cotiledones ocupan gran parte del segmento inferior, es necesario separarlos lo suficiente para tocar las membranas que se perforan y se desgarran como hemos dicho.

La ruptura de las membranas según Pinard impide que se ejerzan tracciones en el borde de la placenta, particularmente por el córion inextensible, generalmente después de la ruptura de las membranas, la hemorragia se detiene y el trabajo no tarda en iniciarse siguiendo una marcha normal hasta la terminación del parto.

Existe otro medio empleado especialmente para detener las hemorragias de los últimos tres meses, pero también se dirije contra las hemorragias del trabajo con dilatación incompleta, este método es el taponamiento ó columnizamiento de la vagina dentro de la cual se colocan con cuidado

y en gran cantidad tapones de algodón ó una tira de gasa de varios metros de largo, tapones y gasa deben estar asépticos é imbibidos de una solución antiséptica ó un cuerpo graso; es una operación laboriosa que tiene más inconvenientes que ventajas, provoca ordinariamente vivos dolores al punto de ser necesaria su extracción inmediata en las 10 ó 12 horas que se mantiene en su sitio, despierta también dolores en la vejiga y en el recto obstaculizando la evacuación de estos órganos, el taponamiento por último no compriue sinó de una manera insignificante é indirecta la parte de placenta desprendida fuente de la hemorragia, las pérdidas sanguíneas pueden seguir haciéndose impunemente por arriba del taponamiento. La ruptura de las membranas cuando la hemorragia es ligera, es muy superior al taponamiento, ella se detiene en la mayoría de los casos hasta que se declare el trabajo. Es cierto que con esta operación el niño seguramente no vivirá por ser prematuro, pero el taponamiento no será capaz de evitar que se inicie el trabajo cuando este tenga que producirse infaliblemente. Se comprende que para recurrir á la ruptura de las membranas, habrá sido después de ensayar médios hemostaticos más suaves como ser el reposo absoluto en el lecho y las irrigaciones de agua caliente, si después de esto las hemorragias

continuan anemiando á la enferma y haciendo presentir un parto prematuro con feto probablemente muerto, se tiene derecho de precipitar las cosas descuidando la vida del niño para salvar á la madre que corre mayor riesgo en el accidente.

En las hemorragias del trabajo, el balón de Charpentier es de más fácil aplicación que en las hemorragias sin comienzo de dilatación, en donde sirve además como agente provocador del parto; su empleo en estos casos es más beneficioso, sinembargo es poco usado entre nosotros. El aparato debe introducirse vacio con una pinza especial al través de las membranas perforadas expontánea ó artificialmente, de manera que venga á quedar en directa relación con la cara fetal de la placenta, la compresión que sobre ella ejerce impide la producción de nuevas hemorragias llegando en poco tiempo á completar la dilatación del cuello; no siempre consigue su objeto y la hemorragia continua porque el balón llenado al maximum á veces no llega á comprimir la placenta desprendida, esto agregado á lo que ya ha sido dicho, hace de el un aparato de uso único en las clínicas de partos.

Quedan aún otros dos métodos contra las hemorragias del trabajo, el de Braxton Hicks y el parto forzado rápido sobre este último insistiré especialmente por considerarlo en mi entender como

el método de elección en las hemorragias placentarias.

Braxton Hicks en las hemorragias con dilatación incompleta, aconseja hácia practicar la versión del feto si se presenta de vértice y bajar hacia la vagina uno de los miembros inferiores de manera que el muslo quede ajustado por el cuello incompletamente abierto á manera de un tapón; de esta manera según el autor la hemorragia se detiene por compresión de la placenta desprendida. La extracción manual del niño será completada cuando la dilatación sea suficiente. Es un procedimiento inútil, la hemorragia no creo se detenga por el descenso de una pierna, el muslo no es capaz aunque se tire continuamente de el, de taponar completamente el segmento inferior, la sangre en menor cantidad es cierto podrá acumularse en coágulos en la cavidad uterina trayendo como se comprende la muerte infalible del feto, á consecuencia de la axfisía y del largo tiempo que tiene que permanecer haciendo las veces de un mal tapón. La madre seguirá perdiendo sangre y anemiándose inutilmente, poniéndose en peores condiciones para su restablecimiento ulterior, si es que no sucumbe á la continuación de la hemorragia.

Quedamos entonces en que las hemorragias pequeñas por placenta prévia al fin de la preñez ó

el comienzo del parto, serán tratadas por el reposo, las inyecciones calientes ó por la ruptura artificial de las membranas, si estos medios fracasan es al parto forzado método salvador y de elección que habrá que recurrir.

El parto forzado aconsejado por Guillemeau, es entonces el que constituye la principal y única indicación en esas hemorragias rebeldes y abundantes del fin de la preñez y del comienzo del trabajo cuando hayan fracasados los medios mencionados.

Fournier que pretende el derecho de prioridad en el parto forzado, dice que esta operación es una lucha de urgencia contra las hemorragias del parto ó de los tres últimos meses. Refiere que el parto forzado es el solo método á la vez «lógico, completo y eficaz», que evita la muerte de la mujer exangüe y hace la hemostasia del útero por la evacuación de su contenido, es necesario vaciar la matriz introduciendo la mano para practicar la versión podálica y extraer «todo, feto, placenta y membranas». El mismo autor agrega. «El método es eficaz, la sangre no correrá más en adelante nada es ya de temer para la parturienta tan pronto la intervención se haya terminado. El resultado es material, tangible; el aparece con la misma evidencia que en una guelotomia practicada por hernia

estrangulada y se puede afirmar que se ha hecho todo lo que es posible hacer para salvar la enferma; se ha suprimido el obstáculo.»

Dice además Fournier que con el parto forzado se obtiene una mortalidad materna casi nula, los niños se salvan en una buena proporción, más que con los otros métodos, pero es necesario rodearse de todas las precauciones necesarias para que la asepsia se mantenga durante y después de la operación pues sabemos lo predispuestas que son las anemiadas por hemorragias del parto, á la infección puerperal.

Los métodos para la provocación del parto de una manera rápida y activa son de dos clases:

1° Los métodos cruentos.

2° Los métodos incruentos en los cuales se respeta la integridad de las partes materiales.

Sería largo detallar la historia de las incisiones cervicales, baste recordar que las opiniones de casi todos los prácticos se inclinan á favor de las grandes incisiones rechazando las múltiples pero poco extensas.

Dührssen es el preconizador de las primeras y con él comparten su opinión Porak, Pajot y Doleris. Aconseja su autor no practicarlas sinó cuando la porción supravaginal del cuello sea borrada; describe su técnica bien sencilla de la manera siguiente:

tira el cuello hácia la vulva con dos pinzas tirabalas y secciona el orificio con tijeras de puntas romas hasta su inserción vaginal en cuatro sitios; primero corta el lábio posterior después las dos partes laterales y por fin el lábio anterior.

Potocki insiste en que la incisión anterior debe hacerse á la vista no excediendo su longitud á 1 centímetro pues si fuera más extensa, se arriesgaría perforar la vejiga que se halla á poco más de un centímetro del lábio anterior del cuello. Una vez abierta artificialmente la vía al pasage del feto este se extraerá por forceps ó versión. Dührssen abandona á si mismas las heridas del cuello las cuales se reparan expontáneamente; es preciso admitir con Doleris que aquellas deben suturarse con catgut pues son susceptibles de seguir dando sangre y exponen á infecciones probables y á cicatrices ulteriores.

Las incisiones del cuello representan una operación sin más peligros que los métodos incruentos, tiene ventaja sobre estos en que el resultado es inmediato, su empleo debe reservarse especialmente para la rigidez tenaz del cuello en la cual los otros métodos fracasarían ó llevarían demasiado tiempo.

Entre los métodos incruentos se colocan los

dilatadores metálicos, los globos hidrostáticos y la dilatación manual.

Entre los primeros se cuentan el separador de Tarnier y el dilatador de Bossi. De una manera general, los instrumentos metálicos son peligrosos. El aparato de Tarnier puede ocasionar rupturas del cuello y del segmento inferior, por la presión que ejercen sus ramas en los puntos limitados en que actuan, la aplicación del instrumento á veces es dolorosa requiriendo al mismo tiempo práctica en su manejo pues es necesario saber graduar voluntariamente la fuerza que se debe emplear. El principal inconveniente del separador Tarnier, es la lentitud con que se llega á la dilatación suficiente para el parage del feto, por eso es ineficaz en frente de los partos que es necesario provocar y terminar rapidamente. En la Maternidad del Hospital Rivadavia se ha usado varias veces en mujeres con ataques de eclampsia pero no ha dado resultado por la lentitud con que se obtenía la dilatación, esta siempre era necesario completarla manualmente.

Bossi en 1896 presenta un nuevo dilatador metálico de cuatro ramas que se introducen juntas en el cuello á dilatar la abertura ó separación de las ramas es marcada en centímetros por un índice que el médico tiene á la vista, él mismo gradua á voluntad la dilatación por una manivela. Bossi

reconoce á su instrumento varias ventajas, puede aplicarse á una primípara con cuello aun borrado, la dilatación suficiente se obtiene rápidamente en 15 ó 20 minutos cuando es necesario obrar con rapidez en los casos graves. Hemos tenido ocasión de aplicarlo dos veces con el Dr. Arturo Zabala habiendo comprobado que la dilatación se hace con bastante rapidez pero no tanto como pretende su autor porque al hacerlo así seguramente se nos hubiera desgarrado el cuello; en nuestras operadas la dilatación fué necesario completarla con la mano. Este uso del dilatador Bossi se hizo más bien como un ensayo del instrumento que como una necesidad, en la Maternidad del Hospital no se usa más que la mano en casi todos los casos, porque es el mejor instrumento así nos lo enseña nuestro gefe y profesor de obstetricia el Dr. Samuel Molina.

La provocación del parto ó acelaración del trabajo por los globos está muy extendida y á este respecto los franceses tienen el balón de Charpentier y los ingleses el saco violín de Barnes; en Alemania y Austria usan el Colpeurinter de Braun.

Los globos ordinariamente no bastan para provocar el parto con la rapidez que requieren ciertos casos urgentes, ya sea que se trate de una placenta prévia ó de cualquier otra cosa. Es un medio infiel que requiere mucho tiempo (5 y 6

horas) para obtener la dilatación necesaria al pasage del feto siendo necesario muchas veces terminar la dilatación con la mano. Además se necesita poseer práctica en su manejo porque no es muy fácil saber la cantidad de líquido que debe sustraerse y agregar á medida que la dilatación progresa. En los casos que no es de urgencia inmediata el parto forzado, el balón de Charpentier prestará reales servicios al que lo sepa manejar.

La dilatación manual es el método por excelencia cuando el parto forzado ó la aceleración del trabajo sean de urgencia absoluta he aquí las palabras de Eliot á este respecto: «A nuestros ojos los dedos son el mejor y el más seguro de nuestros instrumentos, porque la fuerza empleada es activa, permite la apreciación de lo que se hace y es enteramente sometida á la voluntad del cirujano. La mano es suave, aprecia los progresos de la dilatación; puede darse cuenta del relajamiento de un orificio rígido, reconocer las desgarraduras del cuello y preservar intactas las membranas. Estas ventajas no pueden ser invocadas en favor de ninguno de los instrumentos comúnmente empleados. Ninguno nos da datos precisos sobre el grado de los deterioros cometidos; ellos no nos dicen nada más que una cosa, es que la dilatación obtenida es suficiente para permitir la introducción de

un dilatador de dimensiones más considerables, ó bien que podemos introducir un otro, después todavía otro y así sucesivamente. Esos no son más que máquinas. ¿Cuántos de entre nosotros, llamados para hacer un parto, poseen todos esos instrumentos, y si los poseen los llevan con ellos? ¿porqué embarazarnos con instrumentos, cuando llevamos consigo el mejor y más seguro de todos, nuestros dedos?

Bonnaire. Mauricean, Portal De la Motte, Puzos, etc. se inclinan á favor de la dilatación digital forzada. Existen en la práctica una porción de métodos que en resúmen todos tienden al mismo principio: dilatación gradual y progresiva por la introducción de uno, dos, tres dedos y en fin de la mano entera al traves del cuello cerrado ó en principio de dilatacion. De esta manera en poco tiempo en la generalidad de los casos sobretodo cuando existe un principio de trabajo, se consigue en 20 ó 30 minutos hacer pasar el puño y por consiguiente el feto podrá ser extraido sea manualmente ó con el forceps. En esta operación si la bolsa está íntegra es necesario hacer todo lo posible para no romper las membranas, por lo demás si ocurriera eso el accidente no tiene gran importancia. El método de la dilatación manual fatiga mucho los músculos del antebrazo y la mano, nosotros varias veces hemos practicado esta operación y no sé si

será por falta de ejercicio, pero el caso es que la dilatacion ha sido necesaria hacerla en varias secciones por la falta de fuerza ocasionada por el cansancio muscular que hacia á veces imposible la separación de los dedos dentro de la cavidad cervical; á esto hay que agregar la compresión que ejerce en la muñeca la contracción uterina cuando la dilatación ha permitido que la mano franquee el orificio interno, que tambien contribuye en gran parte á la fatiga muscular.

Por lo que dejamos brevemente expuesto creemos que en las hemorragias rebeldes por inserción viciosa en el fin del embarazo y en el comienzo del trabajo; es al parto forzado con dilatación manual que se recurirá siempre que haya fracasado la ruptura artificial de las membranas en uno y otro caso.

Los globos hidrostáticos serán empleados cuando haya que provocar el parto en casos que no importe un inconveniente para la madre, esperar varias horas. Quedan las incisiones cervicales y los dilatadores metálicos para los rigideces del cuello, retracción cicatricial, etc.

Antes de terminar este capítulo diremos algunas palabras acerca del tratamiento de la anemía aguda que la placenta prévia es susceptible de ocasionar.

La hipodermoclisis es la salvación de las mujeres exangües, toda enferma que haya perdido san-

gre y deba ser sometida á una intervención, recibirá preventivamente una dermoclisis de suero Hayem variando la cantidad según su estado, sabemos que á veces bastan 500 gramos y otras se necesitan 1500; por lo demás sería mejor administrar esta dósis en varias secciones. Las inyecciones de suero artificial se repetirán los días que siguen á la operación regulando la cantidad de liquido inyectado, por el estado de tension y frecuencia del pulso.

Recordaremos la "auto-transfusión" del Dr. Prouff que consiste en comprimir progresivamente con una venda los miembros inferiores y tambien los superiores desde las extremidades hácia la raiz *de los miembros*, de esa manera se llevan al corazón y los grandes vasos centrales unos 250 á 300 gramos de sangre si la compresión se ha hecho en las dos piernas es un procedimiento que no debe despreciarse ya sabemos los beneficios que se obtienen con el en las amputaciones.

Además una mujer anemiada por hemorragias necesita una medicación estimulante que se opondrá en cierta medida á un probable sincope mortal; con este objeto las inyecciones de cafeina, éter, aceite alcanforado, prestan realos servicios el alcohol en forma de vinos Oporto, Champagne, etc., y de qualquier otro modo será administrado con beneficios. La enferma será colocada en posición declive con

la cabeza baja unas cuantas horas para oponerse en parte á la anemia cerebral y á la dísnea que la hemorragia ocasiona. La habitación durante y despues dela operación (el frío predispone á las hemorragias del parto) se tendrá á una temperatura uniforme de 22 ó 24 y la enferma se hallará mejor rodeada de calor en la periferia, al principio se le administrarán tambien bebidas calientes.

Si despues de efectuado el alumbramiento normal ó artificialmente, el útero tuviera tendencia á relajarse lo que sucede con frecuencia en las inserciones viciosas; se pondrán en práctica el masage y la compresión del órgano gestador contra la sínfisis pubiana. La ergotína que debería darse sistematicamente por lo que pudiera suceder más tarde cuando el médico se aleje del lecho de la parturienta; es un remedio heroico á administrarse siempre que el útero no contenga nada en su interior. En la Maternidad del Hospital Rivadavia se acostumbra á colocar un ligero taponamiento intrauterino con el objeto de exitar y mantener continua la contracción.

Demás esta recordar las precauciones de asepsia que deben tomarse en el curso de la operación, pues es conocida la predisposición de las anemiadas por hemorrágias del aborto y del parto á la septicemia puerperal.

CAPÍTULO V

Observaciones personales

I

Placenta prévia central

Interesante caso no solamente por la rareza de la insersión de la variedad llamada «centro por centro», sino por la degeneración fibrosa que sufrió la placenta y que la atribuimos únicamente á la inserción viciosa porque nuestra enferma no presentaba antecedente alguno que la explique é hicieron de ella un caso completamente inócuo para la madre (no así para el feto), contrariamente á lo que ocurre en otras circunstancias en que se vé seriamente comprometida una doble existencia.

Se trata de una mujer que ingresa al servicio en trabajo el 9 de Julio de 1903 era bien desarrollada aunque pálida y enflaquecida, no refiere antecedentes patalógicos hereditarios ni personales de importancia. Ha tenido un aborto (en su primer embarazo) y tres hijos á término en partos normales. Las reglas han sido regulares antes y después de su matrimonio. En el embarazo actual (de 8 meses

según la fecha de su última menstruación) ha tenido vómitos durante el primer trimestre. La anormalidad ó mejor la patología de este último embarazo comienza el 11 de Junio (al séptimo mes) con una hemorragia que duró media hora y que se detuvo espontáneamente sin intervención alguna. El 8 de Julio nueva hemorragia, no muy copiosa, que se continúa durante todo el día y se cohibe mediante irrigaciones calientes; pasa la noche tranquila y sin novedad hasta el día siguiente en que resuelve ingresar á este hospital por haberse iniciado los primeros dolores.

Estado actual: A la palpación no se tocan distintamente partes fetales y la matriz parecía constituir un tumor globuloso uniforme y duro, se hace una prolija auscultación y resulta negativa. Por el tacto se descubre el cuello reblandecido con tres dedos de dilatación y al través de su abertura se toca la cara uterina de la placenta, desprendida en una buena extensión, lo cual bastó para corroborar que en realidad se trataba de una placenta prévia, como se había sospechado dadas las hemorragias sintomáticas que nuestra enferma había presentado. En previsión á una nueva y abundante pérdida sanguínea se resuelve acelerar el parto, y al efecto se práctica la dilatación digital lo que no produce hemorragia. Cuando aquella fué suficiente

para dar fácil pasaje á la mano, se perfora ámpliamente lo que se hal'a por delante, derramándose escasa cantidad de líquido amniótico de coloración parduzca y olor desagradable, caracteres que indicaban su contacto con un feto macerado. Llamó la atención la escasísima hemorragia producida á pesar de haber seccionado todo el espesor del platillo placentario. Por la abertura practicada en este se toca el vértice en primera posición.

Con una pinza de Museau se toma un pliegue del cuero cabelludo y se desprende de los huesos del cráneo, lo que deja á descubierto parte de la su tura sagital, con la misma pinza, se toma el borde de un parietal que cabalga sobre el otro practicando por arrancamiento una craniotomía que da salida á la masa cerebral; reducidos los diámetros de la cabeza se lo hace descender con facilidad con ayuda de la contracción úterina y se completa la extracción de un feto de 2100 gramos de peso con una longitud total de 46 centímetros en prolongada maceración cuya piel y tejido celular se desprendía en grandes colgajos. Su muerte datarían de 20 días á un mes.

La expulsión de los anexos tiene lugar 20 minutos después y es entonces que se notan en la placenta las particularidades siguientes: su peso es de 270

gramos en intensa transformación fibrosa, y con un espesor que no excedía de un centímetro.

Como se ve en la pieza conservada, la abertura para dar pasaje al feto ha sido practicada en el mismo centro de la caraüterína lo que demuestra que esta ha sido insertada en el segmento inferior del útero haciendo corresponder el centro de su circunferencia con el orificio interno.

El Dr. Mario Acevedo efectúa el exámen histológico y llega al diagnsótico de «esclorosis»; de él resulta el amnios y córion muy espesados, notándose entre sus trabéculas de tejido conjuntivo una considerable infiltración de elementos leucocitarios.

De la pared profunda del córion se ven partir numerosas bandas de tejido conjuntivo al espacio caducario. Senos venosos bien limitados por una capa de endotelio y fibrina alrededor, unos llenos de sangre y otros de redes fibrinosas y leucocitos granulosos.

Surcan el tejido placentario grandes bandas de tejido fibroso adulto, desarrollado á expensas de los tractus intervellosos.

Las vellosidades de la caduca, arterias de la musculosa transformadas en verdaderos cordones fibrosos.

Por todo lo que antecede se ve que en realidad se trata de un caso curioso; tal vez esta Maternidad haya sido favorecida por la rara casualidad de poseer tres, mientras otras no menos importantes no cuentan ninguno.

Para terminar diré que si el estado fibróide de la placenta lógicamente imputable solo á su mala implantación, ha ocasionado la muerte del feto por falta de nutrición, ha salvado por el contrario la vida de la madre que como se sabe suele peligrar en casos semejantes.

II

Placenta prévia marginal. Enero 8/ 904

Josefa Quibeo, española, de 25 años, casada, primípara, sus antecedentes hereditarios carecen de importancia, ingresa al servicio con un embarazo de 8 meses, la causa que la obliga á concurrir á esta Maternidad, es una hemorragia muy abundante que se presentó en su domicilio subitamente y sin causa apreciable.

Estado actual. Enferma de buena constitución, panículo adiposo y sistema muscular bien desarrollados, presenta un estado de intensa anemia con palidez marcada de la piel y mucosas. El pulso late 120 veces por minuto con escasa tensión. Inyección prévia de 700 gramos de suero Hayem. Interrogada sobre sus antecedentes individuales no se encuentran síntomas de sífilis ni Brightismo. Por la palpación y el tacto se halla un feto en presentación de vértice sin encaje, movible sobre el estrecho superior y en posición D T. Los latidos se perciben acelerados y débiles. Al tacto se comprueba un principio de trabajo con dos dedos de dilatación, bolsa íntegra con membranas espesadas. Introduciendo el índice en la cavidad cervical se nota hacia la izquierda la presencia de cotiledones placentarios desprendidos en una buena extensión. Durante el examen se pro-

duce una hemorragia de regular intensidad. Comprobada la existencia de una placenta marginal, se resuelve acelerar el trabajo comenzado con el fin de poner término á las hemorragias que hacían peligrar la vida de la madre y tratar de extraer el feto vivo pues los latidos cada vez se iban heciendo más débiles. Se procede á completar la dilatación forzada del cuello, operación que progresa con facilidad y rapidez siendo completa pocos minutos después sin haber sufrido la más mínima desgarradura. Una vez pasada la mano á la cavidad uterina rompo ampliamente las membranas léjos del borde placentario y practico la versión podálica, extrayendo un feto muerto con maniobra de Mauriceau por haberse deflexionado la cabeza y haber resistencia de las partes blandas. El alumbramiento tiene lugar cinco minutos después pero de una manera incompleta por haber quedado retenidas parte de las membranas. Se termina la intervención con una irrigación intrauterina caliente que provoca definitivamente la contracción del útero el cual tenía tendencia á relajarse si se abandonaba á si mismo. La extracción de las membranas retenidas se postergа para el día siguiente en caso de que no fueran expulsadas expontáneamente; porque así lo requería el estado de la mujer cuyo pulso latía 140 veces.

Se practican inyecciones de cafeina; ergotina y una nueva dermoclisis.

Nos retiramos del lecho de la enferma con muchas esperanzas de éxito pero somos llamados varias horas después con toda urgencia y encontramos á la enferma presa de vértigos y obnubilaciones de la vista, cubierta de sudores y con tendencia al síncope. Se le presta el auxilio necesario (inyecciones de éter, aceite alcanforado, cafeina), pero todo es infructuoso y la enferma que respiraba superficialmente exala el último suspiro á los pocos instantes.

Practicamos la autopsia y encontramos un edema aguda de ambos pulmones con pleuresia derecha adhesida. Corazón pálido, miocardio consistente, endocardio, válvulas y orificios normales. Higado y riñones exángües pero sin lesión anatómica. El útero grande del tamaño de una cabeza de feto á término, exteriormente nada de particular, abierto en dos partes se encuentran en el fondo las membranes intimamente adheridas, no se encuentran coágulos. En el presente caso la terminación fatal no puede ser imputada en manera alguna al parto forzado; posiblemente si la mujer hubiera sido atendida en el momento de la hemorragia que le privó de la mitad de su sangre, hubiera sobrevivido á la intervención.

III

Placenta prévia marginal

María García ingresa al servicio de pensionistas á principios de Febrero de este año con un embarazo casi á término, hacen tres meses comienza á perder sangre en buena cantidad, la hemorragia se detiene con el reposo y las irrigaciones calientes. Al siguiente mes (Enero) se producen otras dos nuevas hemorragias que se combaten eficazmente con el mismo tratamiento. A su ingreso á la Maternidad la enferma está palidecida sintiéndo los primeros dolores del parto. Examinada se constata una presentación de vértice en I A con un ligero encaje, al tacto, el cuello en principio de dilatación deja tocar al través de una abertura los cotiledones de la placenta bordeando el orificio interno.

Las contracciones se hacen más intensas, la dilatación progresa pero la cabeza permanece siempre muy alta (la mujer es multipara) en estas circunstancias una hemorragia se produce la cual no se detiene apesar de la ruptura de las membranas, como nuestra enferma no estaba en condiciones para seguir perdiendo más sangre, se resuelve completar manualmente la dilatación y extraer el feto por versión; el resultado es completo, el niño nace ligeramente asfixiado pero se consigue reanimarlo enseguida, la madre recibe debajo de la piel una inyección de suero artificial que se repite los días

siguientes. Después del alumbramiento efectuado en condiciones normales se hace una irrigación intrauterina caliente y una inyección de ergotina. La enferma á los pocos días es dada de alta en excelentes condiciones.

He aquí un caso con la sintomatología clásica de la inserción viciosa, en el cual las hemorragias aparecen en el último trimestre del embarazo y en el momento del trabajo. Si en vez de proceder á forzar el parto se hubiera contemporizado esperando que se terminara expontáneamente, el niño se habría muerto por el tiempo que hubiera tardado en descender á la excavación, etc., y la madre hubiera sufrido mucho más las consecuencias de una anemia aguda más pronunciada.

Podría multiplicar muchas observaciones análogas á la que antecede, todas demuestran los buenos resultados del parto forzado en las hemorragias graves que amenazan la vida de la madre y de su hijo, pero sería monótono y fastidioso.

Buenos Aires Junio 15 de 1904.

C. Mario Tamburini.

Buenos Aires Junio 18 de 1904.

Nómbrase al Académico Dr. Eliseo Cantón al profesor titular Dr. Samuel Molina, y al profesor suplente Dr. Enrique Zárate, para que constituidos en Comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tésis, de acuerdo con el art. 4° de la Ordenanza vigente sobre exámenes.

UBALLES.

Zenón Aguilar.

Buenos Aires Julio 2 de 1904.

Señor Decano.

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el ex-alumno C. Mario Tamburini.

En el local de la Facultad á 28 de Junio de 1907, reunida la Comisión revisora que suscribe, encargada de dictaminar respecto de la admisibilidad de la presente tesis del ex-alumno C. Mario Tamburini que versa sobre «La inserción viciosa de la placenta», resolvió admitirla Con lo que terminó el acto firmado.—*E. Cantón, S. Molina, E. Zárate, C. Robertson,* Secretario.

Buenos Aires Julio 2 de 1904.

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

UBALLES.

Zenón Aguilar.

PROPOSICIONES

¿La inserción de la placenta en el fondo del útero es un hecho tan raro como se afirma?

Existe algún signo patognómico de la brevedad del cordón umbilical?

Mola vesicular.

BIBLIOGRAFIA

Auvard.—Précis d'obstétrique.

Demelín L.—Obstétrique d'urgence.

Pozzi S.—Traité de gynécologie.

Labadie, Lagrave y Legueu.—Traité médico-chirurgical de gynécologie.

Varnier.—Obstétrique journalière.