Año 1904 N.º 1491

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

HEMORRAGIA POST-PARTUM

SU TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ANGEL M. FONTANA

Ex-practicante menor interno del Hospital Vecinal de Corrales (1900, 1901)
Ex-practicante menor externo del Hospital San Roque (1901)
Ex-practicante de la Asistencia Pública del servicio de enfermedades de la piel
1902-1903

BUENOS AIRES

La Semana Médica, Imprenta y Casa editora de Emilio Spinelli

737 — CALLAO — 737

1904

Hemorragia post-partum

SU TRATAMIENTO

Año 1904 N.º 1491

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

HEMORRAGIA POST-PARTUM

SU TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ANGEL M. FONTANA

Ex-practicante menor interno del Hospital Vecinal de Corrales (1900, 1901)
Ex-practicante menor externo del Hospital San Roque (1901)
Ex-practicante de la Asistencia Pública del servicio de enfermedades de la piel
1902-1903

BUENOS AIRES

La Semana Médica, Imprenta y Casa editora de Emilio Spinelli

737 — CALLAO — 737

1904

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

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. FERNANDEZ
„ „ 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
„ „ MARTIN SPUCH
„ „ TELÉMACO SUSINI
„ „ EMILIO R. CONI
„ „ OLYNTHO DE MAGALHAES

Secretarios

Dr. D. ZENÓN AGUILAR
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 (con lic.)
Anatomía Descriptiva	„ Juan José Naon (con lic.)
Anatomía Descriptiva	„ Juan D. Piñero
Semiología y ejercicios clínicos	„ Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía Topográfica	„ Juvencio Z. Arce
Fisiología General y Humana	„ Vacante
Anatomía Patológica	„ Telémaco Susini
Bacteriología	„ Carlos Malbran
Higiene Pública y Privada	„ Julio Mendez
Materia Médica y Terapéutica	„ Justiniano Ledesma
Patología Externa	„ Obdulio Hernandez
Medicina Operatoría	„ Adalberto Ramaugé (con lic.)
Clínica Ginecológica	„ Enrique Bazterrica
„ Oto-rino-laringológica	„ Eduardo Obejero
„ Dermatológica y Sifilográfica	„ Baldomero Sommer (con lic.)
„ Epidemiológica	„ José Penna
„ Quirúrgica	„ Juan B. Justo
„ Neurológica	„ José M. Ramos Mejia
„ Médica	„ Luis Güemes
„ Médica	„ Francisco A. Sicardi
„ Oftalmológica	„ Pedro Lagleyze (con lic.)
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
Patología General	„ Roberto Wernicke
Clínica Médica	„ Abel Ayerza
„ Genito-urinarias	„ Federico Texo
„ Psiquiátrica	„ Domingo Cabred
„ Quirúrgica	„ Diógenes Decoud
„ Obstétrica	„ Eliseo Canton

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	Dr.	D. J. GREENWAY
Física Médica	„	JUAN JOSE GALIANO
Química Médica	„	FRANCISCO B. REYES
Botánica Médica	„	ROBERTO S. KOLBE
Química aplicada á la Medicina	„	VACANTE
Histología teórico-práctica	„	SAMUEL DE MADRID
Anatomía Descriptiva	„	JOAQUIN L. FIGUEROA (en ejer.)
Anatomía Descriptiva	„	VACANTE
Semiología y ejercicios clínicos	„	VACANTE
Anatomía Topográfica	„	AVELINO GUTIERREZ / FRANCISCO LLOBET
Fisiología General y Humana	„	HORACIO G. PIÑERO (en ejerc.) / MARIANO ALURRALDE
Anatomía Patológica	„	JOSÉ BADÍA / MARCELO VIÑAS
Bacteriología	„	JUAN CÁRLOS DELFINO / LEOPOLDO URIARTE
Higiene Pública y Privada	„	VACANTE
Materia Médica y Terapéutica	„	ANGEL M. CENTENO
Medicina Operatoria	„	NICOLÁS REPETTO / LEANDRO V. VALLE (en ejerc.)
Clínica Ginecológica	„	ALFREDO LAGARDE / JOSÉ F. MOLINARI
„ Oto-rino-laringológica	„	WENCESLAO TELLO / ELISEO V. SEGURA
„ Dermatológica y Sifilográfica	„	M. ABERASTURY (en ejerc.)
Patología externa	„	PASCUAL PALMA
Patología interna	„	VACANTE
Clínica Oftalmológica	„	FRANCISCO C. BARRAZA / TEÓFILO A. MORET (en ejerc.)
Clínica Médica	„	PATRICIO FLEMING
„ Epidemiológica		VACANTE
„ Quirúrgica	„	ENRIQUE CORBELLINI / DANIEL J. CRANWELL
„ Neurológica	„	JOSÉ A. ESTEVES / JOSÉ R. SEMPRUN
„ Médica	„	RICARDO COLON
Medicina Legal	„	DOMINGO S. CAVIA (en ejer.) / PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	„	IGNACIO ALLENDE
Clínica Obstétrica	„	FANOR VELARDE / ENRIQUE A. PARDO
Toxicología Experimental	„	J. ALBA CARRERAS
Clínica Pediátrica	„	FACUNDO LARGUÍA / ANTONIO F. PIÑERO
„ Médica		VACANTE
„ Génito-urinaria	„	PEDRO BENEDIT
„ Psiquiátrica	„	BENJAMÍN T. SOLARI / JOSÉ T. BORDA
„ Obstétrica	„	ENRIQUE ZARATE
Patología General		VACANTE

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas		Cated. 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
Higiene	„	RICARDO SCHATZ
Química Analítica y Toxicológica . . .	„	ATANASIO QUIROGA
Ensayo y determinación de drogas . .	„	J. MANUEL IRÍZAR
Química orgánica y analítica	„	FRANCISCO P. LAVALLE

Asignaturas		Cated. sustitutos
Botánica sistem. aplicada á la Farmacia.....		VACANTE
Química inorgánica aplicada.....		VACANTE
Farmacognósia 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
Química orgánica y analítica.....		VACANTE

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas		Cated. titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica. .	{	Dr. JUAN R. FERNANDEZ (con lic.)
Parto distócico y Clínica Obstétrica . .	{	

Asignaturas	Cated. sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	MIGUEL Z. O'FARRELL (en ejer.)
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	VACANTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas		Cated. titulares
Anatomía, Fisiología, Patología, . . .		Dr. LEON PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal . .	„	NICASIO ETCHEPAREBORDA

Asignaturas	Cated. sustitutos
Anatomía, Fisiología, Patología, ...	VACANTE
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal....	VACANTE

PADRINO DE TESIS

ACADEMICO TITULAR

Dr. ELISEO CANTON

A MIS PADRES

ETERNA GRATITUD

A MIS HERMANOS

OFRENDA CARIÑOSA

AL Sr. EDMUNDO D. PIETRANERA

RECONOCIMIENTO SINCERO

Señores Académicos:

Señores Profesores:

Al comenzar los estudios de Obstetricia que desde el primer momento llamaron mi atención, tuve oportunidad de observar en el seno de la familia, dos cuadros opuestos que se grabaron en mi mente: la alegría magna que despierta en el hogar el nacimiento de un nuevo ser cuando el parto se ha producido en condiciones favorables para la madre y el niño, y el terror que abruma los espíritus más bien templados, cuando al alumbramiento hace continuación una especie de diluvio sanguíneo, viéndose llegar por momentos la muerte de la enferma que casi exánime se revuelca en el lecho del dolor cambiando su existencia irreparable por otra que con ansias se esperaba, y que con los primeros soplos de la vida ha apagado una antorcha más querida y necesaria: la vida de la madre. Y si el cuadro lúgubre á desarrollarse es un golpe profundo é inesperado para los suyos, no lo es menos para el

médico cuando presuroso se adelanta á conjurar los peligros y vé que á sus recursos y esfuerzos científicos el organismo no reacciona y el calor que alimentaba el cariño de su hijo venidero cede paulatinamente ante la frialdad del cadáver.

Esta perspectiva estimulando mis sentimientos más íntimos, sugirióme la idea de consagrarme al estudio y aplicación especial de esta rama de la medicina, iniciando mi primera manifestación con este trabajo inaugural, que hoy presento á vuestra consideración.

Señores Académicos:

Señores Profesores:

Nada nuevo aporto con mi trabajo: una síntesis de vuestras sabias lecciones y de los autores consultados.

No me despido para siempre de vosotros, porque aún me seguireis cobijando y trasmitiendo en el aula vuestro material científico y si al comenzar á ejercer la profesión encontrara escollos que desviasen mi ruta, sereis vosotros también el faro de salvación que ha de iluminarme el camino á recorrer.

Al abandonar el recinto, en que tantos años compartí á vuestro lado, permitidme hacer presente mi reconocimiento más sincero y respetuoso, hacia los que fueron mis maestros en las ciencias médicas.

Al doctor Elíseo Cantón, que me dispensa el ho-

nor de acompañarme en este acto, mi agradecimiento infinito.

Al doctor Arturo R. Enriquez por haberme facilitado los medios de observación y al doctor Ubaldo Fernández por haberme indicado el tema del presente trabajo, mi reconocimiento.

Mi agradecimiento y amistad verdadera á los doctores Enrique Pietranera y Martín N. Moyano.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

Los derrames sanguíneos después de la expusión del feto se dividen en *primitivos* y *secundarios*.

HEMORRAGIAS POST-PARTUM PRIMITIVAS

Se conocen por este nombre, todas las pérdidas sanguíneas, más ó menos abundantes que sobrevienen inmediatamente después de producirse el parto. Las causas, muchas de ellas ya bien conocidas, dependen algunas veces de un estado general que repercute sobre el órgano uterino ó de una discrasia sanguínea, y en otros casos, ligada á perturbaciones locales que actúan impidiendo la retracción del órgano. Así pues, el estudio debe comenzar haciendo préviamente la división de estas causas: *locales y generales*.

Causas localcs.—Numerosas y variadas como son, solo nos ocuparemos de aquellas más comunes y que por consiguiente son las que producen generalmente hemorragias graves, dejando de lado mu-

chas otras, que por su rareza, no harían sino extender el trabajo sin resultado alguno.

Enumeraremos las causas, para hacer después el estudio particular de cada una de ellas:

1ª La inversión uterina sobrevenida después del parto.

2ª Las desviaciones del útero, y en particular la ante-flexión.

3ª La falta de retracción del órgano, completa ó parcial, es decir, la Inercia.

4ª Parálisis ó retracción ineficaz del sitio de inserción placentaria.

5ª Retención en la cavidad uterína de un coágulo, residuos de placentas ó cotiledones, membranas, etc.

6ª Los cuerpos fibrosos, los pólipos endo-uterinos y las neoplasias.

7ª La ruptura de várices ó de un trombus.

8ª Los movimientos y desarreglos corporales.

9ª Las emociones fuertes, el despertar de los sentimientos afectivos.

10ª Inflamaciones peri-uterinas.

11ª Inserción viciosa de la placenta.

12ª La plenitud del recto y la vejiga.

13ª La lactancia.

1.º *Inversión uterina sobrevenida después del parto.*—Es un accidente no muy común, según lo revelan las estadísticas; pero una vez producida, da casi fatalmente lugar á pérdidas más ó menos gra-

ves é imponentes, acompañada de perturbaciones generales, que pueden ocasionar la muerte de la enferma si no se interviene á tiempo.

Se reconocen y aceptan por la mayoria, tres grados de inversión: 1.° Cuando el organo es debilmente deprimido en su fondo; 2.° Si la depresión es más profunda y su fondo llega hasta el límite del cuello uterino; 3.° En este caso todo el organo está invertido, en dedo de guante, y el fondo no solamente se halla en la vagina, sino que puede hacer salida fuera de la vulva.

Parece que existe cierta relación entre el grado de inversión y la abundancia del derrame: este es tanto más grande, cuanto la inversión es más completa.

2.° *Las desviaciones del útero y en particular la ante-flexión.*—Aquellas desviaciones que llevan el organo hácia adelante, como la ante-flexión, determinan hemorragias frecuentes, que por lo general son internas; las retro-desviaciones, si bien son causas de pérdidas tenaces aunque poco abundantes, son debidas á la congestión del útero, de donde la necesidad en caso de hemorragia del post-partum de determinar bien la situación exacta del organo, para en caso oportuno, operar el reemplazamiento.

3.° *La falta de retracción del útero, completa ó parcial, es decir la Inercia.*—Es la causa más importante de todas las que enumeraremos, y la que

más comunmente ocasiona pérdidas abundantes é inmediatas; por lo tanto entraremos á estudiar detenidamente todos los factores que pueden favorecer la falta de retracción y contracción uterina, es decir la inercia.

Poco tiempo después de la expulsión del feto, el útero en virtud de propiedades que le son características, gracias á las fibras musculares retráctiles, tiende á formar en la región hipogástrica, un tumor regular de forma globulosa, consistencia dura, que puede ser fácilmente percibida por la palpación del órgano á través de la pared abdominal, alcanzando algunas veces la vecindad del ombligo tumor que se ha dado en llamar *globo de seguridad.*

¿Qué ventajas reporta para el organismo materno la producción de dicho globo y cuales son los peligros que entraña para la madre, la falta de retracción del organo?

Durante el embarazo y en el momento del parto, se producen perturbaciones profundas en el organismo materno, estando por así decir preparado para el desarrollo de pérdidas sanguineas copiosas, si un cierto número de factores, no intervienen para contrarrestar las. En los esfuerzos que hace la parturienta en el período de expulsión, se produce una sobre-excitación, trayendo aparejada un aumento de la presión sanguinea en el arbol circulario.

Después del desprendimiento placentario, los vasos que quedan en la superficie del sitio de inser-

ción, están ámpliamente abiertos formando especies de robinetes, de los cuales la sangre puede derramarse en cantidad más ó menos abundante, según que los sinus uterinos estén más ó menos ingurjitados de sangre. Por otra parte, el vacio ocasionado en el útero á consecuencia de la expulsión del feto y sus anexos, los vasos arteriales cesan de estar comprimidos, aumentan su calibre y por consiguiente la sangre se precipita en la arteria ilíaca interna y sus ramas; añádase á todo esto, el aumento de presión arterial que arroja en breve tiempo numerosas oleadas de sangre en los vasos abdominales y uterinos y entonces se dará cuenta de la importancia que tiene la formación del globo de seguridad traduciendo su ausencia, la inercia, la parálisis del organo y por lo tanto, el desarrollo de la hemorragia con todas sus consecuencias. Existiendo todo ese número de factores que predisponen á las pérdidas consecutivas de sangre. ¿Por qué estas hemorragias no se observan con más frecuencia, como se debiera suponer?

El músculo uterino en virtud de propiedades que le son inherentes y á la disposición de las fibras musculares que circundan los vasos, tiende á volver sobre si mismo después de la expulsión del feto, disminuyendo de volúmen por efecto de la retractilidad de sus paredes; sus fibras acortadas, estiradas sobre sí mismas, comprimen la sangre de los vasos haciendo las veces de ligaduras fibrosas, oponiéndose á la llegada de nueva sangre en el órgano, y

expulsando á su vez la, que contienen los sinus.

De las capas musculares del útero, son las de la túnica media que intervienen formando verdaderos anillos contráctiles que los obturan fuertemente, oponiéndose al derrame sanguineo.

El tumor que forma la matriz, *globo de seguridad* siendo facilmente palpable, constituye su ausencia una señal de alarma y debe llamar la atención del partero, empleando rápidamente todos los medios para excitar la contractilidad del organo y prevenir las consecuencias muchas veces mortales para la madre si la hemorragia hace su aparición.

En presencia de un peligro tan grave y alarmante, hay que praticar una interverción enérgica y rápida, el tiempo corre, los peligros que amenazan la vida de la parturienta deben ser conjurados. «En estos casos el obstétrico debe revestirse de toda su sangre fría, habituado á las impresiones del peligro que la misma práctica obstétrica impone, para conservar su ánimo sereno junto á la paciente y no titubear en las órdenes y en las medidas necesarias para salvarla.

Estudiemos ahora las causas que ocasionan la inercia. Siendo ellas numerosas y variadas pueden dividirse en dos grupos: predisponentes y determinantes

CAUSAS PREDISPONENTES

Cierto número de afecciones locales y generales provocan la inercia, como la inflamación y conges-

tión uterinas, la plétora general, enfermedades agudas y crónicas de la mujer, mal de Bright, fiebre tifoidea, tuberculosis, cancer, afecciones cardiacas, distención del útero por gases septicos, á causa de la acción que ejercen los anaerobios por intermedio de sus toxinas paralizando la fibra muscular, etc., etc.

Los estados constitucionales que se acompañan de un estado de miseria fisiológica, temperamentos linfáticos, caquexia orgánica, pérdidas anteriores de sangre, debilidad general; á causa de estas perturbaciones la matriz reacciona mal, pierde su energía, debido talvez á la acción nutritiva insuficiente del organo, paralizando la acción contractil de su fibra.

Las hemorragias en los partos anteriores así como también la multiparidad parecen, según las estadísticas, predisponer al desarrollo de la inercia.

Los cuerpos extraños por su presencia obran de distintas maneras, unas veces oponiéndose á la retracción completa del organo, otras, por las perturbaciones nutritivas y circulatorias que ocasionen.

Podemos citar como pertenecientes á este grupo, los tumores fibrosos tanto instersticiales como submucosos, los pólipos, el cáncer, el quiste del ovario.

Si después del alumbramiento quedan restos de cotiledones, membranas ó coágulos más ó menos voluminosos, obran en igual sentido impidiendo la retracción del organo, favoreciendo la inercia, de donde la producción de hemorragia.

CAUSAS DETERMINANTES

Citaremos los principales y las que más comunmente se observan.

(A) Inercia por agotamiento ó fatiga.—Se denomina así, la inercia que resulta después de un período de trabajo excesivo y difícil, en el cual el útero, después de haberse contraído durante largo tiempo para expulsar el feto queda extenuado y sin la suficiente energía para retraerse.

(B) Inercia por causas morales.—Se ha recriminado á las emociones intensas, especialmente las que provocan desagrado, de repercutir sobre el útero, produciendo la atonía del mismo.

(C) Inercia por distención exagerada del útero.—El embarazo gemelar, así como también el hidramnios adelgazando notablemente las paredes del organo, lo hacen impropio para contraerse, paralizando por así decir la contractilidad del tejido uterino.

(D) Inercia por sorpresa ó estupor.—Asi como un trabajo laborioso puede agotar el músculo y favorecer su atonia, un parto muy rápido en el cual el periodo expulsivo haya sido demasiado breve, sea por una pelvis materna exagerada con sus diámetros sobrepasando lo normal, ó por desgarradura del cuello ó ruptura del periné, las paredes del útero, debido á la evacuación brusca del organo, sufren una especie de estupor, que no les da tiempo para retraerse y entrar en actividad la fibra muscular.

(E) Inercia por calor excesivo.—Las fibras musculares con el aumento de la temperatura ambiente, sufren un debilitamiento en sus funciones, repercutiendo especialmente sobre las del útero y esto se observa con más frecuencia en los climas tropicales, donde las hemorragias se repiten con intensidad en los días ardientes.

Algunas otras causas se podrían citar; pero muchas de ellas quedarían encuadradas en las ya citadas. El cloroformo según algunos autores provoca la inercia. Es de práctica en la Maternidad de la Escuela de Parteras, administrar dicho agente antes de hacer una aplicación de forceps; en todas las que he presenciado y las que están anotadas en los boletines, no he hallado un solo caso, en que la inercia haya sobrevenido. Hay que tener presente, que después de la expulsión de la placenta, la enfermera no puede abandonar á la parturienta, sino al cabo de dos horas, en el curso de las cuales se practica continuamente el masaje del útero en previsión de la inercia, práctica que conceptúo muy buena y que todas las parteras debieran imitar para garantía de ellas y de la enferma.

4.° *Parálisis ó retracción ineficaz del sitio de inserción placentaria.*—Como es sabido, la inercia puede no ser completa, y limitarse á ciertas regiones del organo, de las cuales aquellas que se localizan en el sitio que ha ocupado la placenta, es la que más nos interesa, vista la frecuencia de las pér-

didas copiosas que puede originar, á pesar de que un examen hecho á la ligera puede hacernos pensar en otra causa por la contracción que en estos casos aparenta tener el organo.

Es sobre todo en los casos de embarazo gemelar, donde la superficie que ocupa la placenta puede alcanzar hasta 250 centímetros cuadrados, que la hemorragia originada por esta causa, puede revestir proporciones alarmantes y poder comprometer la vida de la madre en algunos instantes.

Durante el parto, cuando el útero se contrae, el lugar de inserción no se espesa, como sucede con el resto del músculo, y esto mismo se observa, si después de la expulsión del feto la placenta adhiere en totalidad al órgano. Si esta zona permanece reblandecida, casi inerte después de la salida de la placenta, el útero al contraerse, al rodearla con su parenquima la rechaza hacia abajo, sobresaliendo en el interior de la cavidad uterina bajo forma de un tumor cónico, y palpándose en el exterior una depresión correspondiente. Esto puede confundirse con una inversión uterina de primer grado, si no se hace un examen prolijo.

Si bien es cierto que esta inercia local es algo rara, hay que tener en cuenta, que cuando sucede es muy peligrosa, porque aún cuando el resto del órgano se contraiga, la sangre surge á fuera en gran abundancia.

5ª *Retención en la cavidad uterina de un coágulo, residuos de placenta ó cotiledones, membranas. etc.*

—Una vez hecho el alumbramiento, pueden quedar retenidos en el interior del útero, cotiledones, restos de membranas, etc., y pasar momentáneamente desapercibidos, si no se ha tenido el cuidado de examinar los anexos del feto. La presencia en la cavidad uterina de cuerpos extraños, pueden impedir la retracción del órgano ó irritar sus paredes, dando lugar á un aflujo exagerado de sangre.

6º *Los cuerpos fibrosos, los pólipos endo-uterinos y los neoplasmas.*—El accidente más grave que pueden producir estos tumores, es la hemorragia, impidiendo la contracción y retracción del útero, llegando en muchos casos á ocasionar la muerte de la enferma en breve tiempo, casi instantánea.

Los tumores fibrosos pueden ser únicos, á menudo múltiples, sub-peritoneales é insterticiales. Respecto á su extructura histológica, presentan las mismas que aquellas de las paredes del útero, encerrando por consiguiente, fibras musculares lisas, tejido conjuntivo con fibras elásticas, vasos sanguíneos y linfáticos.

Se les puede ver alojados en el fondo ó sobre el segmento superior del órgano, ó bien en la vecindad del cuello y el segmento inferior. De estos tumores, el cáncer, es aquel que tiene consecuencias más funestas sobre la vida de la mujer.

El peligro comienza sobre todo desde el período del trabajo; si el cuello no está invadido por el neo-

plasma en totalidad, las partes sanas pueden todavía dilatarse y el parto terminar expontáneamente; pero si el cuello está rodeado por la degeneración cancerosa, el peligro es inminente.

Bajo la influencia de las contracciones uterinas, el polo fetal viene á chocar continuamente sobre el tumor y además los estiramientos del cuello, al dilatarse, obran produciendo sobre el contorno del mismo, fisuras, desgarraduras más ó menos profundas, acompañadas de expulsión de colgajos, que son el origen de hemorragias terribles.

Sucede en ocasiones, que estas desgarraduras se extienden hasta los órganos vecinos: el recto, la vejiga, llegando á veces á producirse la ruptura del útero-

7° *Ruptura de varices ó de un trombus.*—Pueden ser causa de grave hemorragia y á este respecto, Dützmann trae cinco observaciones de partos complicados por gruesos tumores varicosos de la vulva, en tres de los cuales la hemorragia fué muy abundante en el momento de la expulsión del feto, muriendo una de ellas á pesar del tratamiento enérgico instituído.

La ruptura puede tener lugar inmediatamente después del parto ó bien aparecer al cabo de cierto tiempo, por distención de las partes blandas ó ulceraciones producidas por la fuerte compresión durante el trabajo.

8° *Movimientos y desarreglos corporales.*—Es un hecho de observación corriente, que cuando las

puérperas han abandonado pronto la cama entregándose á sus quehaceres sin guardar el reposo necesario, se produzcan hemorragias tardías alcanzando á veces serias proporciones.

Así mismo, los movimientos bruscos ó violentos obran de igual manera, tal vez debido á perturbaciones circulatorias, agregándose la compresión que ejercen los músculos abdominales sobre el útero, más intensa en la posición vertical.

9° *Las emociones fuertes; el despertar de los sentímientos afectivos.*—La influencia que ejercen estas causas ocasionales sobre la producción de hemorragias, son bien manifiestas. Charpentier en su obra, ha puesto de relieve la acción que ejerce sobre el útero, la reavivación de los afectos conyugales, aumentando el derrame de los loquios sanguíneos, y aún mismo, dando lugar á pérdidas más ó menos abundantes. Igualmente las contrariedades, las emociones desagradables, la cólera, obran en dicho sentido; y así vemos que estas hemorragias son más frecuentes en los partos clandestinos, es decir, en aquellos que se trata de ocultarlos debido á la ansiedad de la mujer, creada por su posición anormal.

10. *Inflamaciones peri-uterinas.*—La inflamación de los tejidos y órganos vecinos del útero, pueden mantener por algún tiempo una fluxión hemorrágica consecutiva al estado congestivo del órgano. Entre estas afecciones debemos citar la Enteritis, Peri-metritis, la Cistitis, Peritonitis, etc.

Cuando las vías genitales se infectan, no tomando un desarrollo considerable, es decir que la virulencia y la extensión del proceso inflamatorio pasan casi desapercibidos para llegar en poco tiempo á la cronicidad, no es raro ebservar derrames sanguíneos, que si bien es cierto no son copiosos, dan lugar á perturbaciones que es necesario combatir.

11. *Inserción viciosa de la placenta.*—La inserción de la placenta en el segmento inferior del útero, es de suma gravedad por la falta de retractibilidad del órgano debido á la disposición de las fibras musculares. El rol importantísimo que desempeña la capa media, sobre el estrechamiento y obliteracion de los vasos puestos en descubierto una vez que la placenta ha sido expulsada, se hace notar por su ausencia al nivel del segmento inferior, desapareciendo del todo dichas fibras en la vecindad del cuello. En los casos de placenta previa, la hemorragia será la consecuencia lógica de la falta de retracción del órgano en esa zona.

Sabemos que las pérdidas frecuentes y repetidas provocan la inercia; luego, las hemorragias que se producen en la época del parto, debilitan por una parte el organismo materno, repercutiendo sobre la contractilidad del útero.

12. *Plenitud de la Vejiga y del Recto.*—Ambas son causas de hemorragias durante el puerperio; y la hemorragia dependiente de las distensiones del recto por materias fecales acumuladas en su ca-

vidad, tiene lugar generalmente, después de transcurridos ocho días del parto. La plenitud de la vejiga da lugar á pérdidas en los primeros días del puerperio. ¿Cuáles son las causas productoras de los derrames sanguíneos? La vejiga por el volumen considerable que puede adquirir en los casos de retención urinaria y dada su proximidad con el útero, puede rechazarlo é impedir su retracción. El recto no es capaz de operar un desplazamiento, pero, en cambios las materias abundantes y duras que contiene pueden provacar una congestión exagerada del órgano.

13. *La lactancia.*—El estado de excitabilidad que se produce en los pezones durante la succión del niño, parece ejercer ó repercutir su acción sobre la fibra uterina impidiendo la retractilidad del órgano y obstaculizando la involución del mismo, que al principio se traduce por ligeros derrames que terminan en hemorragias de mediocre intensidad. Al principio es una secreción sero-sanguinolenta que persiste algún tiempo, convirtiéndose más tarde, en un verdadero derrame sanguíneo que alcanza á proporciones serias en cuanto á su intensidad y duración, si la mujer continúa alimentando al niño; y no es raro que la mujer acuse en estos casos, un estado febril poco elevado, acompañado de una extrema debilidad.

CAUSAS GENERALES

Fuera del número de las causas locales, se encuentran otras que es necesario recriminar en ciertas pérdidas sanguíneas, en las cuales, no se encuentra el origen al examen metódico de los órganos, capaces de originarlas.

La influencia que ejercen las alteraciones de la sangre en unos casos, y en otros las modificaciones del estado hidrostático de la misma, es bien manifiesto y así se observan hemorragias profusas debidas á dichos trastornos.

Durante el embarazo disminuyen algunas veces en proporciones notables el número de los hematies, la albúmina y el hierro, aumentando los glóbulos blancos, la fibrina y el agua, lo que ocasiona una hidremia, acompañada de clorosis. Después del parto, la masa líquida aumenta más todavía, alcanzando su tara mayor después de cada hemorragia, de modo que una pérdida anterior, constituye una condición favorable para el desarrollo de un nuevo derrame. Esto se observa á menudo en las puérperas que han sufrido fuertes pérdidas y á intervalos aproximados, en las cuales las hemorragias se suceden, ofreciendo una mayor resistencia á la acción de los agentes empleados para cohibirlas.

La hemofilia puede acarrear un serio peligro para la vida de la madre, por la abundancia y persistencia de los derrames durante el alumbramiento.

Los estudios de Claudio Bernard y Fremy nos

han revelado las causas de este estado hemofílico post-hemorrágico. No solo se nota la disminución de la fibrina, sino también una modificación de la misma, que se traduce en la sangre por el retardo de su coagulación. El líquido sanguíneo es más acuoso, los elementos anatómicos menos numerosos, la fibrina menos retractil y más laxa, proveniente de la mala elaboración de las materias albuminoideas.

La albuminuria, á consecuencia del empobrecimiento y modificaciones de la sangre, predispone también á la hemorragia post-partum y á este respecto, Blot trae una estadística de cuarenta y un casos de mujeres atacadas de albuminuria, en los cuales doce tuvieron pérdidas copiosas después del parto.

Después de la salida del feto, el útero sufre una descompresión brusca, los vasos se dilatan y si se agrega el aumento de la presión arterial, se encontrarán reunidas dos causas poderosas para que la sangre se precipite fuera de los conductos y dé lugar á hemorragia.

En los países montañosos la presión atmosférica como es sabido disminuye, observándose con más frecuencia estas complicaciones.

HEMORRAGIA POST-PARTUM SECUNDARIA

Las pérdidas que sobrevienen algún tiempo después del alumbramiento, han recibido el nombre de hemorragias post-partum secundaria. El espacio

de tiempo transcurrido desde la expulsión de la placenta hasta su producción es variable; por lo general, media un término de varios días hasta una semana ó más.

La hemorragia externa es la más frecuente; no obstante se citan casos de hemorragia interna, pero es difícil observarla cuanto más tardan en producirse, porque la energía retractil del útero y la permeabilidad del cuello uterino, se oponen eficazmente para impedir que la sangre se acumule en su cavidad. Estas hemorragias no adquieren las proporciones considerables de las ya tratadas, son por así decir, de escasa importancia, pero no hay que olvidar la tendencia que presentan de renovarse y durar á menudo mucho tiempo.

Las causas son las mismas que hemos tratado hace un momento al hablar de las hemorragias primitivas, no entrando á estudiarlas en detalles para no caer en repeticiones.

SINTOMATOLOGÍA

«Restez prés de votre accouchée, veillez le globe utérin. Tout allant bien prenez congé— Avant d'ouvrir la porte, revenez auprés de son lit, pour bien vous assurer que le *globe de sécurité* est toujours dur. Pour peu qu'il y ait doute restez». (Pajot).

Las hemorragias que aparecen inmediatamente después del parto, pueden provenir de tres fuentes: 1.º del organo de la gestación, 2.º del conducto vaginal, 3.º de la vulva. La primera las constituyen los verdaderos derrames sanguineos que he estudiado en el capítulo anterior; las dos últimas tienen por causa desgarraduras del conducto vaginal, producidas por el pasaje del feto en el cual el tamaño es exagerado ó bien que conservando las dimensiones normales, los tejidos hayan opuesto mayor resistencia por falta de elasticidad. Ellas no presentan nunca el cortejo sintomático tan completo como en las hemorragias del primer grupo, y las lesiones pueden por lo general ser reparadas fácilmente.

Después de la expulsión del feto, la mujer entra en un periodo de reposo; transcurridos unos veinte minutos, el desprendimiento de la placenta se opera, anunciándose por dolores de intensidad variable y un ligero escalofrío; una cierta cantidad de sangre se derrama al exterior, continuando aún mismo después de expulsada la placenta. cantidad que los límites fisiológicos se avalua entre 400 y 700 grms. Cuando el derrame es pronunciado y depasa los límites indicados, se deberá prestar suma atención.

La hemorragia puede revestir tres formas:

1.ª *Hemorragia externa.*—La sangre en este caso se derrama al exterior á traves de la vulva y en cantidad variable; el líquido sanguineo sale en ocasiones bajo forma de un verdadero chorro, pudiendo alcanzar á veces hasta 1200, 1500 grs. y aún más. Al mismo tiempo, los efectos generales de las pérdidas sanguineas abundantes se producen: debilidad, ansiedad, síncopes, colapsus, palidez y enfriamiento de la cara y de todo el cuerpo. pequeñez y aceleración del pulso, opresión, necesidad de aire, convulsiones, agitación, delirio, obnubilación de la vista, ruido de oídos, imposibilidad de deglutir, calambres en la región lumbar, insensibilidad del útero, relajación de los esfínteres, etc., síntomas que algunos pueden faltar, pero que comunmente se observan en su mayoría, cuando la hemorragia adquiere proporciones considerables.

Por medio de la palpación á traves de las paredes abdominales, se nota el útero blando, pastoso,

aumentado de volúmen, habiendo perdido su forma en vez de formar una masa dura y bien retraida.

2.° *Hemorragia interna.*—La sangre en lugar de ser arrojada al exterior,se acumula en la cavidad uterina. El derrame adquiere proporciones formidables, cuando á las causas que impiden la salida del líquido sanguineo se agrega la inercia del organo. En la hemorragia interna la mujer experimenta un profundo malestar, ansiedad, nauseas, la palidez general toma incremento, pulso frecuente, etc., en una palabra, todos los síntomas de hemorragia grave, á pesar de lo cual, la cantidad de sangre derramada al exterior es nula ó insignificante. El líquido sanguineo se ha acumulado en cantidad considerable en el interior del útero, cuyas paredes inertes, se dejan distender de tal manera, que el volúmen del organo aumenta sensiblemente en todos sentidos, pudiendo elevarse el fondo por encima del ombligo, y sus diámetros volver á adquirir casi la extensión que tenían en los últimos meses del embarazo.

La cantidad de sangre alojada en el interior del útero, puede avaluarse en algunos casos, en varios litros y en la observación 4.ª los coágulos contenidos arrojaban la cifra de 2.600 grms.

3.° *Hemorragia mixta.*—En este caso, al mismo tiempo que la sangre se derrama en cantidad fuera de los organos genitales, se acumula en el interior del útero, aumentando el organo de volúmen sin

adquirir las proporciones considerables, como en los casos de hemorragia interna.

El partero debe tener siempre presente en el espíritu todos estos acontecimientos, y observar en todos sus detalles, la marcha que ha seguido el trabajo, cuales son las causas que pueden producir la inércia; si la mujer no presenta tendencia á ella por el interrogatorio de los partos anteriores; si la enferma ha presentado síntomas durante el trabajo; si el útero ha sufrido alguna distención excesiva; si su depleción ha sido brusca; y por último si la inercia se ha mostrado en los partos precedentes, deberá ponernos en guardia, para impedir que la hemorragia sobrevenga por esta causa, poniendo en juego los medios preventivos apropiados.

DIAGNÓSTICO

En presencia de un derrame sanguíneo lo primero que hay que averiguar es el lugar de su proveniencia, para no confundir una hemorragia uterina, con aquellas que se originan en el canal vulvo vaginal.

En las *desgarraduras de la vulva*, la sangre puede precipitarse á fuera en gran abundancia, pero las dudas no persistirán mucho tiempo, porque la inspección pondrá de manifiesto bien pronto, el sitio lesionado.

La hemorragia puede adquirir proporciones considerables cuando se produce una *ruptura de la vagina*, debiendo en este caso, averiguar el verdadero sitio donde reside la ruptura, porque el pronóstico es distinto, según que ella ocupe la parte superior ó inferior de la columna vaginal. Si la laceración se halla situada en la parte superior, será preciso constatar por medio del examen, si ella no hace continuidad á una ruptura del cuello uterino, si el

fondo de saco posterior está perforado, accidente por lo demás, gravísimo que da lugar á la salida de ansas intestinales.

Las *desgarraduras vagínales* situadas en la parte media ó en el tercio inferior, adquieren casi siempre, una forma longitudinal, concretándose la lesión en la mayoría de los casos á la túnica mucosa; sin embargo, pueden por su profundidad llegar hasta el recto. En todos estos casos, el útero está bien contraído, lo que hará alejar toda sospecha de *inercia uterina.*

La hemorragia ocasionada por *ruptura del cuello uterino* sobreviene después de la expulsión del feto; la sangre presenta un color rojo vivo y rutilante, y no se confundirá con un derrame proveniente de la vagina, de la vulva ó del útero, porque á la palpación abdominal, la matriz está bien dura y contraída y además el examen del canal vagino-vulvar no denota lesión alguna; en cambio el cuello, se presenta irregular, flácido, llegándose á percibir la desgarradura,cuando ha adquirido una extensión algo grande.

Se puede en ciertos casos, vacilar entre una hemorragia producida por *ruptura de un trombus vulvo-vaginal* y aquella dependiente de la *inercia uterina*, pero un examen prolijo, hará notar la alteración de color y de volumen de uno de los grandes labios, la expulsión de coágulos y grumos sanguíneos negruscos que acompañan á la sangre en su salída, la presencia del globo de seguridad,

síntomas todos ellos, característicos del trombus.

Los derrames sanguíneos imputables á la *inercia del útero* son los más frecuentes. La sangre fluye al exterior á intervalos, acompañada generalmente de coágulos; el útero está flácido, blando, relajado llegando en ocasiones á ser difícil la diferenciación entre las paredes del abdómen y la masa intestinal. El meteorismo puede hacer pensar á veces, en una hemorragia interna, y si la mujer presenta un ligero delirio puesto en relación con el aumento de volumen del vientre nos induciría á justificar hasta cierto punto, tal creencia; pero las condiciones de pulso, la constatación del globo de seguridad y la sonoridad timpánica del vientre, nos harán excluir la idea de hemorragia interna.

Los *residuos placentarios*, *membranosos*, *etc.*, no se confundirán con la *inercia;* la presencia de éstos en el interior del útero, da lugar á hemorragias copiosas. Por medio de la exploración digital se les encontrará, casi siempre, encajados en el cuello y bastará extraerlos para ver detenerse el derrame al poco tiempo. La permanencia prolongada en el interior de la cavidad uterina de estos residuos da lugar á dolores, reacción febril, escapándose por la vulva un líquido sanguinolento y fétido. Será necesario diferenciar los restos de *membranas*, *cotiledones*, *etc.*, con los casos de *placenta succenturiées* y la presencia de estos cotiledones suplementarios se sospecha porque, aún cuando el examen de la placenta no hubiera revelado nada anormal, el examen

de las membranas nos demostraría la existencia de divertículos vasculares situados sobre las mismas, uniendo el cotiledon complementario á la masa principal.

El diagnóstico de la *hemorragia interna* no ofrece dificultad. La sangre derramada puede ser insignificante ó nula, pero apesar de todo, los síntomas descriptos al hablar en el capítulo de sintomatología se observan; el útero en lugar de presentar la forma globulosa y contraída, se deja distender considerablemente, llegando su fondo en ocasiones, hasta la proximidad del ombligo.

Una vez diagnosticada, se buscará la causa, y el dedo introducido en la vagina, hallará el orificio del cuello obstruido por restos placentarios, coágulos, una fuerte desviación del organo hácia atrás, etc., según la causa productora del accidente.

En lo que se refiere á la *inversión uterina*, la ausencia del globo de seguridad y la presencia de un tumor al nivel del cuello ó la vagina, no dejará duda alguna para confundirla con un *pólipo, cuerpo fibroso,* etc.

La hemorragia debida á la *parálisis del sitio de inserción de la placenta* se reconoce y diferencia de la *inercia total*, por la depresión formada en el útero, mientras el resto del organo se presenta más ó menos contraido.

PRONÓSTICO

Nada es más variable, por la diversidad de las causas productoras de las hemorragias del post-partum; y si en tesis general, se puede deducir la gravedad del caso por la cantidad de sangre derramada, no es menos cierto, que tambien existen observaciones, en las cuales, apesar de la insignificancia de la pérdida sanguínea, la vida de la mujer ha sido arrebatada, no obstante los esfuerzos realizados para salvarla.

Cada caso en particular, requiere un pronóstico distinto.

Cuando la pérdida es ocasionada por una inversión uterina y que la reducción del organo se consigue efectuarla al poco tiempo de sobrevenir el accidente, es probable, si la inercia no se presenta, que la mujer pueda quedar fuera de peligro.

Si la inercia parcial ó total ha hecho su aparición, se deberá tener presente, que es ella la que dá lugar á estos derrames sanguineos más ó menos abun-

dantes y que la muerte en el mayor número de casos es la consecuencia de su producción.

Las hemorragias originadas por retención en la cavidad uterina de coágulos, residuos placentarios ó membranosos, cesan por lo general después que se han extraido; su permanencia por algún tiempo en el interior del globo uterino puede favorecer la putrefacción y el desarrollo de gérmenes patógenos; agravando por la tanto el pronóstico.

Los cuerpos fibrosos y los pólipos uterinos, dan lugar en ocasiones á hemorragias abundantísimas; á pesar de esto, como se puede ver en la observación 1ª, la enferma era portadora de un cuerpo fibroso del tamaño de una naranja, que provocó una hemorragia de mediocre intensidad, consiguiéndose después del tratamiento empleado, cohibir la pérdida y la mujer abandona el establecimiento á los 13 días en buen estado de salud.

El pronóstico es gravísimo en los casos de ruptura del útero y casi todos terminan con la muerte cuando no se interviene á tiempo, ó que la magnitud del derrame haga desechar toda tentativa de intervención.

El pronóstico es sombrío en los casos de neoplasmas uterinos y el cáncer en particular, ocupa el lugar más avanzado; se explica toda la gravedad que encierra, si se tiene en cuenta el estado de caquexia á que llega la mujer al término del embarazo, y además, á causa de las hemorragias gravísimas que origina cuando una parte del tumor es eli-

minado. En la observación 2ª, la enferma atacada de un carcinoma del cuello uterino sucumbe, á pesar de los esfuerzos desplegados para salvarla.

En la 3ª observación se nota en la mujer un desprendimiento prematuro de la placenta insertada normalmente, y la hemorragia mixta que sobreviene es tan considerable, que fallece al poco tiempo de expulsada la placenta.

Es conveniente no desesperar hasta el último momento; pues hay casos en que el síncope se produce, la auscultación del corazón revela ruidos lejanos y confusos, la respiración suspendida y que gracias á un tratamiento enérgico se ha podido volver la vida á la enferma.

Para terminar, diré que el pronóstico será reservado en la mayoría de los casos.

TRATAMIENTO

No se deberia nunca dejar morir de hemorragia á una mujer, sin haber ensayado de salvarla, mediante la inyección de una gran cantidad de suero artificial (Horrocks).

Si las causas productoras de estas hemorragias después del parto son numerosas y diversas, es de presumir que el tratamiento variará según los casos.

El objeto de la medicación y maniobras empleadas, debe llenar más ó menos tres condiciones indispensables:

1º Oponerse á que la sangre salga de los vasos, tratando al mismo tiempo de impedir el aflujo sanguíneo hácia el útero.

2º Provocar la retracción del órgano y desembarazarlo de los coágulos, restos de placenta, membranas ú otros cuerpos extraños que pudiera contener.

3º Conjurar los peligros inminentes de la anemia aguda.

Esta parte de mi trabajo, siendo la que más puede interesar, trataré de describir todos los agentes medicamentosos y maniobras manuales usados para combatir esta complicación alarmante; muchos de ellos incumben ó son del resorte del médico, así que indicaré los medios que puedan poner en práctica las parteras hasta tanto llegue el obstétrico.

Una vez hecho el diagnóstico de la causa productora, y si como es frecuente es la inercia uterina la que ha hecho su aparición, la partera tratará de provocar la retracción del órgano y de disminuir el aflujo sanguíneo, haciendo el masaje á través de la pared abdominal, ó mejor, haciendo la compresión pubio-manual, que será descripta más adelante; las irrigaciones vaginales calientes á la temperatura de 45º á 50º, como sistema de hemostasia y excitante de la retractilidad del órgano; la compresión de la aorta abdominal que disminuye el aflujo de sangre y por último administrar á la enferma Ergotina Ivon, á la dosis de 1 ó 2 gramos.

El taponamiento vaginal solo podrá hacerlo si la hemorragia depende de ruptura del cuello ó de laceraciones de la vagina. En caso que la pérdida fuera consecutiva á la inercia, no deberá hacer jamás el taponamiento con gaza, porque obstruyendo la puerta de salida, la sangre se acumularía en el interior de la cavidad del útero, con todos los sínto-

mas de hemorragia interna. Antes que el derrame haya adquirido proporciones alarmantes, deberá llamar sin pérdida de tiempo al médico; éste una vez al lado de la enferma, deberá procedər rápidamente á examinarla y hecho el diagnóstico, dará las órdenes necesarias, tratando de conservar sereno el espíritu y disponerse para combatir la hemorragia con toda energía. Como medida prévia, se practicarán abundantes irrigaciones intra-uterinas de *agua destilada esterilizada á 45° ó 50°*, á la cual se puede añadir uno de los antisépticos comunmente empleados, si el examen hubiese sido practicado sin rodearse de todas las precauciones asépticas. Un irrigador común de 3 litros de capacidad y una cánula de doble corriente, bastan para hacer la operación. La mujer colocada en posición conveniente, la pélvis levantada, los muslos flexionados sobre el abdómen y separados, permiten bajar la extremidad de la cánula; se comienza por lavar bien el conducto vaginal; con el índice y el medio de la mano derecha se penetra en la vagina, el primero se coloca en el cuello del saco anterior, de manera que haga presión sobre la cara anterior del órgano y el segundo penetra sin hacer esfuerzos en el interior del canal cervical. Teniendo ya un punto de guía que lo constituye el dedo medio se hace penetrar la sonda en la cavidad del útero sin hacer violencia, y una vez que uno se da cuenta que la cánula está bien situada, se deja pasar el líquido. Es preferible en todos los casos,

que el líquido á inyectar tenga una temperatura de 45° á 50°, porque si bien es cierto que tanto el frío como el calor excitan la contractilidad del órgano deteniendo la hemorragia con la inyección indicada se trasmite calor á la enferma, que en estos casos presenta una tendencia al colapsus, que el frío podría aumentar.

Terminada esta operación, el médico tratará de provocar por otros medios, la retracción del órgano; el masaje á través de las paredes del abdómen aplicando la mano sobre el fondo del músculo uterino, da buenos resultados. Se harán fricciones vigorosas y si por este medio no se consigue algún beneficio, se pondrá en práctica el metodo de Hamilton que consiste en introducir una mano en la cavidad uterina, previamente desinfectada, mientras que la otra, aplicada en el abdómen hace presiones desde el exterior.

Existen otros métodos para practicar el masaje: circunscribir el órgano con las dos manos; introducir una mano en el fondo del saco posterior de la vagina comprimiendo el útero con la mano colocada fuera ó sino poner la mano en el mismo fondo de saco y con la otra hacer presión sobre la superficie posterior del órgano contra la sínfisis pubiana y la mano que permanece en el conducto vaginal. Por último, la compresión pubio-manual, que en vista de sus resultados satisfactorios describiré con detalles:

LA COMPRESIÓN PUBIO-MANUAL COMO TRATAMIENTO DE LAS HEMORRAGIAS DESPUÉS DEL ALUMBRAMIENTO

El profesor Fochier ha descripto un procedimiento para combatir por medio de la compresión del útero las hemorragias producidas por inercia del órgano gestador, de uso corriente en Francia, sobre todo en los Hospitales de Lyon, que por su fácil aplicación y resultados seguros sobre los otros métodos de tratamiento, puede ser utilizado con cierto número de ventajas. En los casos de inercia uterina, ya sea total ó parcial y especialmente en esta última, se encuentran zonas de reblandecimiento localizadas por lo general en la cara posterior del órgano.

El manual operatorio, como se verá es sencillo. Una vez terminado el alumbramiento, después que han sido expulsadas la placenta y las membranas en totalidad, suelen observarse con frecuencia hemorragias graves, á pesar de estar vacío el útero. Al hacer la palpación se puede constatar que el órgano presenta una dureza casi leñosa y deducir por consiguiente la ausencia de la inercia total. Como medida de precaución, se puede tener pronta una inyección de agua esterilizada, calentada á 45° ó 50° simplemente, ó si se quiere, agregarle Lysol ú otro agente antiséptico para el caso que el procedimiento á emplear no diera un resultado inmediato. Comenzará el partero por situarse de preferencia al costado izquierdo de la enferma; después

colocará la extremidad de los cuatro dedos reunidos de la mano derecha atrás del útero, entre este órgano y la columna vertebral, deprimiendo la pared del abdómen al nivel de la región umbilical; la mano será dirigida entonces paralelamente al eje del estrecho superior, ó si no, si la consistencia del órgano lo hace perceptible á la mano que explora, se dejará guiar por la pared posterior, descendiendo lo más bajo posible para alcanzar los límites de la porción contractil y aún mismo sobrepasarla. Esto último no es difícil después de producido el parto, siendo fácil alcanzar con la mano dicho límite y aún más, trasponer el sitio del anillo de Bandi.

Una vez que se ha conseguido hacer llegar la mano á esta profundidad, se la llevará en masa adelante, de modo que la compresión se ejerza sobre toda la altura del útero contractil, sea contra el pubis, sea contra la mano izquierda que será extendida de plano sobre la pared abdominal delante del órgano y en la posición siguiente: El borde cubital apoyará sobre el vértice de los pubis en la prolongación del plano retro-pubiano encima del estrecho superior, ofreciendo así una superficie de apoyo sólida que se podrá adaptar á la forma del útero, muy favorable en dirección y extensión para comprimirlo por la mano derecha que lleva el órgano hácia adelante.

El útero no sufre con esta maniobra un movimiento de flexión, sino más bien un deslizamiento delante de la porción contractil, sin desplazar la

dirección del eje del órgano. Es por así decir, una traslación en masa del músculo en su totalidad, viniendo su pared anterior á comprimirse y chocar contra un plano resistente pero maleable, que reemplaza la ancha escotadura que en su parte anterior, deja el estrecho superior.

Por otra parte, suponiendo que el útero conserve la energía para retraerse en ciertos puntos de su superfice presentándose á la palpación algo duro y contraido, se explica y existe la seguridad de hacerle sufrir semejante desplazamiento: la falta de contracción de toda la porción del organo subyacente al útero contractil, la *souplesse* del segmento inferior, permiten en todos los casos, de poner en práctica este modo de tratamiento y ejecutar la maniobra sin dificultad alguna.

Descripto el método, veamos ahora en virtud de que causa hace cesar la hemorragia. En primer lugar por la compresión ejercida sobre los sinus placentarios ampliamente abiertos, y secundariamente, por la excitación de las fibras contractiles del útero. La compresión puede continuarse mucho tiempo sin fatiga, (10 á 25 minutos, según las observaciones del autor) obteniéndose á menudo, la detención de la hemorragia.

¿Cuáles son las ventajas de este método hemostático, por así decir?

1.° Puede ser practicado por todos los médicos; una partera aún mismo está en condiciones de hacerla y continuarla un cierto tiempo porque no exije gran despliegue de fuerza muscular.

2.º Es un medio que no necesita algún preparativo, ningún instrumento ni ayudante y sobre todo pérdida de tiempo para obrar con rapidez.

3.º Permite esperar la preparación ó los efectos de otros modos de tratamiento (inyecciones calientes de 45º á 50º, dermoclisis de suero artificial, ergotina, etc.

4.º Es un método racional, porque el útero no tomando inmediatamente después del parto su forma globulosa, es por este procedimiento comprimido, siguiendo su menor anchura de adelante hácia atrás; á cada instante se da uno exacta cuenta del estado del organo, gracias á la mano que explora su superficie y sobretodo de la cara posterior.

5.º La compresión pubio-manual comprime todavía el útero sobre toda su altura, evitando los inconvenientes de las presiones limitadas en algunos puntos solamente, presiones que son insuficientes é ineficaces.

6.º Bien ejecutada, no puede producir lesión, ni puede ocasionar accidente alguno, descartándose desde luego todo peligro de infección.

En los casos que el útero contenga coágulos sanguineos, restos membranosos ó placentarios, será conveniente extraerlos; la mano se introducirá con cuidado en el interior de la cavidad del organo, y entonces se tratará de vaciarlo de los cuerpos extraños que pudiera contener. Una vez que se ha practicado esta maniobra, el útero se contrae debido á la excitación de sus fibras por la mano exploradora, y es

conveniente hacer irrigaciones calientes intra-uterinas porque además de espulsar la corriente líquida los pequeños coágulos ó residuos que hubieran podido quedar, el calor favorece por otra parte la contracción del organo.

Es útil, conseguir la disminución del aflujo sanguíneo hácia el organo, así como también impedir que la inercia sobrevenga nuevamente, si se ha logrado hacer contraer el útero. Para conseguir lo primero, la compresión de la Aorta abdominal, opondrá eficazmente una barrera transitoria.

COMPRESIÓN DE LA AORTA ABDOMINAL

Los vasos arteriales que irrigan al útero, provienen de las arterias uterinas, ramas de la hipogástrica y de la arteria útero ovárica que nace directamente de la Aorta; el sitio de sus orígenes corresponde exteriormente á una zona situada más ó menos por encima del ombligo, donde la compresión debe ser efectuada para impedir que la sangre llegue á la matriz.

Existen algunos que critican esta maniobra, objetando que la hemorragia consecutiva al alumbramiento es esencialmente venosa. La sangre llega según ellos por un reflujo de la vena cava inferior, de modo que la compresión sobre la Aorta no hace sino favorecer el éxtasis sanguíneo en dicho vaso y en las venas uterinas aumentando por consiguiente la pérdida.

Los resultados satisfactorios que proporciona el empleo de este método están en verdadera contradicción con los juicios teóricos; no hay duda que si se puede comprimir á la vez ambos vasos, serán más reales sus efectos. Esto último se obtiene fácilmente llevando la mano un poco hácia la derecha de la línea media y de esta manera se obtura la vena y la arteria, produciendo una suspensión pasagera del círculo sanguíneo en los dos ordenes de vasos, cuyas ramas abiertas en la superficie placentarias del útero, cesan al momento de derramar sangre, recomenzando nuevamente á penas los dedos dejan de comprimir los vasos.

¿Cuáles son las reglas, á seguir, para practicarla con éxito?

Se comenzará por colocar á la mujer en una posición adecuada, que no la fatigue y favorezca á la vez las maniobras del partero. Es preferible la de cubito dorsal, con los miembros inferiores flexionados para producir el relajamiento de las paredes abdominales; en seguida el operador se sitúa á la izquierda de la enferma colocando la mano izquierda por encima del ombligo en correspondencia á la línea media del abdomen. Los dedos dispuestos paralela y transversalmente, animados de pequeñas oscilaciones ó movimientos de lateralidad, deprimen poco á poco las paredes del abdomen para desalojar las vísceras interpuestas y dirijirlos hácia la pared antero-lateral izquierda de la columna vertebral, que es el sitio por donde pasa la aorta. Es fá-

cil reconocerla por sus intensas pulsaciones, que levantan los dedos á cada nuevo latido; entonces se la comprime contra la columna por medio de presiones contínuas y enérgicas, teniendo cuidado de llevarlos hácia la derecha para que la compresión se haga extensiva á la vena cava inferior.

¿Que resultados inmediatos produce la compresión? En primer término cohibe la hemorragia; en segundo lugar suprime uno de los accidentes más graves que resultan de la anémia aguda. un síncope mortal, consecutivo á la falta de irrigación del cerebro y del bulbo y la sangre en lugar de descender á los organos abdominales y extremidades inferiores, anemiando de golpe el encéfalo, es obligada á refluir á este organo y estimularlo, para obrar á su vez sobre las funciones del corazón y pulmones, sin lo cual el líquido sanguíneo al recorrer un arbol circulatorio más extendido, no podría mantener dicho estímulo funcional.

Por todas estas razones la compresión de la Aorta abdominal y vena cava inferior debe ser practicada en los casos de hemorragia grave, como medio de suprimir la pérdida y evitar el síncope que en ocasiones resulta.

Para oponerse á que la sangre fluya de los vasos existen ciertos numero de sustancias, cuya aplicación local determinan la formación de trombus en los sinus uterinos impidiendo por consiguiente

la salida del líquido sanguíneo; otras que obran como astringentes por disminución del calibre de los vasos. Se emplean con este objeto, soluciones de Tanino, Alumbre, Sub Acetato de Plomo y entre aquellas capaces de formar coágulos, el Percloruro de Hierro, la Tintura de Iodo, Nitrato de Plata, etc.

El Percloruro de Hierro se emplea concentrado como aconseja Pajot ó bien la Solución Oficial á 30° diluida al 10 °/₀. Si se opta por esta última, se inyectan 500 cm.³ con una cánula de vidrio bastante larga para llegar al fondo del útero é irrigarlo en todas sus partes. Esta sustancia es uno de los agentes medicamentosos más enérgicos para detener la hemorragia, pero posee el inconveniente de ser á veces peligroso su empleo, porque debido á su causticidad llega á veces á corroer los tejidos en los cuales actúa, resultando inflamaciones más ó menos graves de las vías genitales.

La Tintura de Iodo es también eficáz inyectándola en la cavidad del útero en la proporción siguiente: 1 parte de tintura con 2 partes de agua destilada y es preconizada sobre todo, por los autores Norte Americanos, quienes hacen grandes elogios, por sus satisfactorios resultados en los casos de hemorragias rebeldes.

Se han construido diversos aparatos para cohibir las perdidas sanguíneas; los unos obran mecáni-

camente y otros por acción dinámica, excitando las fibras contractiles del organo. De todos ellos el mejór, es la mano misma del medico que aprecia las modicaficiones del útero, y por último, no puede ocasionar rupturas del músculo que complicarían los peligros inherentes á estos derrames de sangre

En los casos que la hemorragia persista á pesar de haber empleado todos los métodos enumerados para detenerla, se recurrirá al taponamiento útero vaginal. Los autores no están de acuerdo sobre las ventajas de su aplicación, llegando algunos hasta hacer severas críticas. Según estos últimos, los principales inconvenientes se reducen á dos: 1° Favorecer la inercia del organo; 2° Desarrollar la infección. Lo primero es completamente infundado, porque la práctica demuestra que los casos terminados con éxito feliz son muy numerosos, para demos trar, que el método es bueno é inócuo cuando se hace con las precauciones necesarias. En cuanto á los peligros de infección no son una consecuencia fatal del taponamiento, sinó la resultante de la negligencia del que lo practica, ó si por falta de tiem po, no se han observado todas las precauciones asepticas, que nunca se deben dejar de realizar, aún cuando el derrame sea muy abundante.

Es necesario encontrase en presencia de una hemorragia grave, en que el médico ve fallar uno por uno los diversos medios empleados para detenerla; es preciso afrontar la triste situación en que se coloca, al agotar los recursos científicos después de vanos

esfuerzos, viendo manar la sangre que se precipita casi á torrentes, el temor de la próxima aparición del síncope que no tardará en sobrevenir y terminar tal vez la escena con la muerte de la enferma para comprender todos los beneficios que este método proporciona y ponerlo en práctica sin pérdida de tiempo en los casos que la salud de la mujer se encuentre seriamente comprometida.

TAPONAMIENTO ÚTERO VAGINAL

Se comienza por colocar á la enferma en una posicion adecuada, lo más conveniente es ponerla en el borde de la cama; las piernas sostenidas por dos ayudantes que harán flexionar los muslos sobre el abdómen, al mismo tiempo que tratarán de separarlos un poco para facilitar de ese modo el campo de acción.

La antisepcia más rigurosa debe ser empleada con este objeto, prévia desinfección de la manos y antebrazos del médico, se procederá al lavaje de los organos genitales externos, primero con agua esterilizada y jabon, y después con una solución de Lysol ó Bicloruro de Hidrargirio para terminar con abundantes irrigaciones vaginales.

Se utilizará gaza hidrófila esterilizada ó iodoformada al 10 °/₀ y al respecto es necesario estar prevenido porque las gazas que comunmente se encuentran en el comercio en paquetes ó cajas diversas con el rubro esterilizadas no han sufrido la acción de temperaturas elevadas y por otra par-

te, muchas de ellas, son empaquetadas por personas cuyo aseo deja mucho que desear y si á esto se agrega la poca escrupulosídad, hay motivos suficientes para rechazarlas en aquellas intervenciones en que la infección secundaria pueda ser de funestas consecuencias y el proceder del médico puesto en tela de juicio. Las gazas esterilizadas en los distintos aparatos destinados á este objeto, están colocadas en tambores de metal herméticamente cerrados, los cuales han sufrido una temperatura de 134º de calor húmedo, equivalentes á 2 atmósferas de presión durante media hora, tiempo suficiente para destruir los gérmenes extraños que pudiera contener.

Del recipiente se sacan cinco metros de gaza y con una tijera se corta una tira de 8 centímetros de ancho, más ó menos cuatro dedos, haciéndole varios dobleces en el sentido de su longitud, para mayor comodidad. Una vez ya preparado el material, se introduce en la vagina un especulum de Sims y luego con pinzas de Museux se pincha el labio anterior y posterior del cuello uterino; con una sonda uterina dura y bífida se lleva al interior de la cavidad dela matriz nuevas porciones de la tira de gaza, hasta que el útero esté suficientemente lleno, continuando después el taponamiento vaginal.

Luego se coloca unas planchuelas de algodón esterilizado en los organos genitales externos, poniendo á la mujer en decúbito dorsal con la cabeza más baja que el resto del cuerpo.

Después de pasar en revista los métodos empleados para combatir las hemorragias post-partum dependientes de la inercia del músculo uterino dejando para más adelante los medios de conjurar los peligros de la anemia aguda, voy á ocuparme ahora del tratamiento de la inversión uterina reciente de origen puerperal, que como hemos visto, al hablar de la etiología y patogenia, ocupa un lugar prominente.

TRATAMIENTO DE LA INVERSIÓN UTERINA

Esta afección interesa á la vez, al ginecólogo y al médico partero, debido á la variedad de casos que pueden presentarse. Corresponde al primero, la inversión poliposa y la antigua y al segundo, la inversión reciente de origen puerperal. Los métodos y procedimientos aplicados al tratamiento de estas diversas clases de inversión son absolutamente diferentes, en lo que se refiere á la antiguedad y variedad clínica, debiendo por lo tanto dividir metódicamente el estudio.

La tradición y la clínica han sancionado las formas siguientes:

1º Tratamiento de la inversión reciente de origen puerperal.

2º Tratamiento de la inversión antigua de origen puerperal.

3º Tratamiento de la inversión poliposa.

Solo la primera es de nuestro resorte, dejando á

un lado las dos últimas, que pertenecen á la ginecología operatoria.

TRATAMIENTO DE LA INVERSIÓN RECIENTE DE ORIGEN PUERPERAL

La indicación urgente cuando la inversión se ha producido sea en el curso del alumbramiento, sea después que este último ha tenido lugar, es de reducir el útero. Es un hecho bien confirmado y la experiencia lo demuestra, que las tentativas de reinversión se logran tanto más fácilmente cuanto más cerca se practican del momento en el cual la inversión se ha realizado. De las estadísticas que he tenido oportunidad de leer, aquella de Hunt es á este respecto bien característica, y da cuenta exacta que los fracasos están en razón directa del mayor tiempo que se deja transcurrir antes de practicar la reinversión. Sobre 67 casos se observan: 35 reducciones operadas inmediatamente después de sobrevenido el accidente, todas con éxito positivo, y 32 fracasos en los cuales las tentativas de reducción fueron hechas después de haber pasado las primeras 24 horas.

A pesar de todo, no se debe desechar toda tentativa de reducción después del segundo día, pues se citan casos de reinversiones operadas con éxito después de 24 horas.

En los casos que la intervención se practique en las primeras 24 horas, se presenta una cuestión, en la que no están de acuerdo todos los autores: si la placenta adhiere en totalidad al útero ¿es conveniente desprenderla antes de tentar la reducción?

Si la placenta es parcialmente adherente, no hay discusión posible; se la desprende y se reduce luego el órgano. La cosa cambia de especie cuando la placenta es adherente al órgano en totalidad, encontrándonos en presencia de dos partidos: los unos, que preconizan el desprendimiento antes de toda tentativa de reducción; los otros, que prefieren hacer primero la reinversión, extrayendo más tarde la placenta, después de excitar al órgano con el masaje y las fricciones para conseguir la retracción más ó menos completa del mismo. Estos últimos afirman, que la presencia de la placenta no aumenta sensiblemente las dificultades de la reducción; que ella previene al útero de las presiones que va á sufrir. impidiendo la hemorragia en los casos que la inercia uterina persista después de lograda la reinversión. En una palabra: aconsejan practicar la reducción sin hacer el desprendimiento prévio y solo en el caso, que las tentativas repetidas hubieran sido infructuosas, extraer la placenta.

La facilidad de reinversión no es siempre tan grande como se pretende, y los fracasos se observan aún mismo cuando la placenta ha sido desprendida del útero, habiendo entonces necesidad

de recurrir á la anestesia clorofórmica con probabilidad de éxito.

Suponiendo que el obstáculo ocasionado por la presencia de la placenta sea despreciable, es conveniente todavía suprimirlo siempre que no pueda dar lugar á accidentes. Ahora bien ¿existen estos inconvenientes? Se dice que las presiones ejercidas sobre la pared uterina pueden acarrear sérios peligros; pero, los autores señalan muy pocos casos en los cuales estas presiones hayan determinado accidentes de fatales consecuencias. En lo que se refiere al alumbramiento, ¿no es más fácil y ciertamente más completo hecho á la vista, que el alumbramiento practicado después de la reducción en el interior del globo uterino?

He dicho que el cloroformo prestaba reales servicios cuando el taxis no diera resultado, pero ¿es necesario recurrir sin temores de peligros á la anestesia general? La inversión reciente produce en la mujer un estado de depresión nerviosa, de schock, pronunciado de tal manera, que trae á menudo la muerte de la enferma antes que pueda prestársele auxilios ó después que la reducción se haya operado. Por otra parte, si la hemorragia ha sido copiosa, acompañada de los síntomas generales bien conocidos (aceleración del pulso, palidez y enfriamiento de la cara y de todo el cuerpo, colapsus,

etc.) el empleo del cloroformo estaría hasta cierto punto contraindicado.

Si la depresión nerviosa es profunda, el taxis siendo extremadamente doloroso, puede aún agravarla más. La anestesia, favoreciendo las maniobras del partero y suprimiendo el elemento dolor, se podría pensar en sus resultados benéficos bajo el punto de vista del estado general del enfermo; es conveniente sin embargo, debido á los peligros que puede ocasionar, prescindir por completo en los casos recientes de inversión, porque el útero es bastante elástico; el cuello por otra parte, ofrece poca resistencia para que la reducción se opere sin dificultad y con la rapidez necesaria, de modo, que el dolor, es casi despreciable.

En los casos que han transcurrido algunas horas las maniobras son entonces más difíciles y por consiguiente más dolorosas, pudiéndose en estos casos hacer uso del cloroformo con las precauciones debidas, estando prevenido para combatir y conjurar los accidentes que pudiera originar.

MANUAL OPERATORIO

La reducción de la inversión uterina debe ser hecha por medio de maniobras manuales; los instrumentos en su mayoría, son peligrosos y además la mano aprecia mejor las modificaciones que sobrevengan en el órgano.

En los casos recientes de inversión uterina, creo necesario obrar como Pinard aconseja: 1° despren-

der la placenta y desinfectar la mucosa uterina; 2º reducir el útero en la vagina; 3º rechazar la matriz de abajo hácia arriba, introduciendo la mano en la vagina y haciendo presión con los dedos en el intervalo de las contracciones.

Para practicar el taxis existen tres métodos:

a) Taxis central ó método de Viardel.

b) Taxis periférico ó método de Astruc.

c) Taxis lateral ó método de Deleurye.

A. TAXIS CENTRAL Ó MÉTODO DE VIARDEL

Este procedimiento es aplicable especialmente en los casos que la intervención se practica á los pocos momentos de sobrevenir el accidente. El útero reblandecido, y el cuello muy dilatable ofrecen por lo demás, muy poca resistencia.

Se comienza por colocar á la mujer en posición obstérica, y después la mano izquierda es aplicada sobre el hipogastrio para deprimir la pared abdominal y fijar así, el embudo de inversión. Con la mano derecha cerrada ó mejor con la extremidad de los dedos aproximados y dispuestos en forma de cono, el partero rechaza poco á poco el fondo del útero á través del cuello; la mano penetra á medida que se reforma en la cavidad uterina y al mismo tiempo, constata si la reducción ha sido completa. Es conveniente dejarla algunos instantes en el interior del globo uterino, porque su presencia, excita las fibras contractiles del órgano favoreciendo la contractilidad y retractibilidad del mismo.

B. TAXIS PERIFÉRICO Ó MÉTODO DE ASTRUC

Como en el procedimiento anterior, se colocará préviamente á la enferma en una posición adecuada, el tronco y la cabeza más bajos que el resto del cuerpo, los muslos elevados, etc.

Después de haber hecho la desinfección completa, tanto de la mujer como de las manos y antebrazos del médico, se recubrirá la mano derecha con vaselina para facilitar su introducción, dirigiéndola en seguida por el conducto vaginal para rechazar con cuidado el útero, comenzando por los costados y siguiendo la ténica de la reducción de las hernias.

C. TÁXIS LATERAL Ó MÉTODO DE DELEURYE

Empleado en 1787 por este autor, y vulgarizado por Noeggerath y Sims, consiste en abrazar el globo uterino con la mano, aplicando los últimos cuatro dedos sobre la pared postero-lateral derecha, que la mantendrán fija por una presión suficiente; el pulgar, apoyado sobre la parte inferior de dicha pared la deprime haciendo presiones sucesivas de abajo hácia arriba, envainado en la fosita producida por la membrana serosa ó peritoneal que dobla el saco uterino, deslizando esta pared sobre la opuesta. La pared sobre la cual obra el pulgar asciende, viniendo á hacer por lo tanto, en la parte correspondiente del saco uterino, una salida que tiende á aumentar gradualmente bajo la presión contínua

del pulgar y llevando poco á poco al útero, á la cavidad abdominal.

Los tres métodos son aplicables en los casos de inversión; pero, debido á la facilidad con que se practica el taxis central, y por sus buenos resultados, es el que más se emplea.

Una vez que la reducción se ha efectuado, se procederá á hacer una abundante irrigación intra-uterina á 45° ó 50°, que en estos casos posee una doble ventaja: 1° cohibe por una parte la pérdida sanguínea: 2° excita la fibra muscular favoreciendo la contracción del órgano.

Si la enferma continuara en un estado de depresión nerviosa se le administrará excitantes, café, cognac, etc., y si el pulso es pequeño y acelerado, se hará uso de una ó varias inyecciones hipodérmicas de cafeina de 0,20 centígramos por c^3.

TRATAMIENTO DE LA ANEMIA AGUDA POST-HEMORRÁGICA POR LAS INYECCIONES DE SUERO ARTIFICIAL Y TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA.

Todas las veces que una mujer sea atacada de hemorragia puerperal, cualquiera que sea la causa, el deber inmediato del médico es tratar la anemia más ó menos aguda que resulte. Si esta anemia es ligera, serán suficientes los cuidados higiénicos y una medicación tónica reparadora; pero, si ella afecta una forma sub-aguda á consecuencia de hemorragias copiosas y repetidas en que la enferma

llega á un estado tal de debilidad, que la pérdida de una mínima cantidad de sangre es lo bastante en ocasiones para provocar un síncope mortal, si no se ponen en práctica los métodos que pasaré á ocuparme, pues, en estas formas temibles de anemia post-hemorrágica, no se trata más de emplear una simple medicación tónica; es necesario á toda costa conjurar los peligros inminentes; es de imprescindible necesidad obrar con urgencia, y el medio salvador lo constituyen las inyecciones de soluciones salinas, que en el día han reemplazado casi completamente, á la transfusión sanguínea.

El método de las inyecciones sub-cutáneas de Suero Artificial para combatir las hemorragias data de algunos años atrás, y la idea de inyectar en el torrente circulatorio un líquido que no fuera la sangre misma, ha tenido diversos orígenes: En primer lugar, la dificultad de procurarse fácilmente y sin demora cantidades suficientes de sangre, y en segundo lugar los temores de embolia ocasionadas por la coágulación del líquido sanguíneo en el interior de los vasos.

El estudio hecho por Horrocks sobre las causas de la muerte consecutiva á hemorragias abundantes, y las conclusiones de sus trabajos, dieron un gran impulso á este método de tratamiento, vulgarizado y aplicado en el día por todos los médicos.

Las conclusiones del autor citado, fueron las siguientes:

1.° Cuando un enfermo sucumbe á consecuencia de una hemorragia rápida, queda en el organismo una cantidad de sangre suficiente para volverlo á la vida, siempre que esa sangre pueda circular.

2.° La mitad del volúmen de la sangre normal, puede llenar las mismas funciones que el volómen total si la rapidez de su movimiento es doble.

3.° La muerte por hemorragia sobreviene por el corazón debido á la caida de la presión sanguínea.

4.° Esta presión puede ser elevada si se inyecta una cantidad de líquido igual á la de sangre perdida.

Sintetizando sobre las causas exactas de la muerte por hemorragia, se vé que es ocasionada sobre todo, por la disminución extrema de la presión vascular y de la cantidad de líquido sobre el cual puede obrar el corazón; el enfermo muere en realidad, por no poder utilizar la sangre que existe en sus vasos, y no por la pérdida de sangre misma.

La clínica ha demostrado por medio de la experimentación, que bastaba reemplazar la sangre perdida por una cantidad de líquido igual á la derramada para permitir el retorno de las condiciones mecánicas de la circulación. Como el agua no podía ser utilizada á causa del poder osmótico distinto del de la sangre, se buscó una solución que por su densidad y cualidades físicas se aproximara al suero de la sangre. Los líquidos que reunen estas

condiciones se conocen vulgarmente, con el nombre de Sueros Artifciales ó Fisiológicos.

Se encuentra un número bastante crecido de fórmulas para su preparación; el más empleado está compuesto de agua destilada esterilizada y cloruro de Sodio puro, 7.50 grs. á 10 grs., por mil. Existen otros, en los cuales el título de la solución es más concentrado, y que contienen además, principios extraños á los contenidos en la sangre. No se emplearán nunca en los casos de hemorragias, porque se inyectan á pequeñas dósis y la cantidad mínima de líquido que se introduce no es suficiente para reparar la sangre perdida. La solución de cloruro de sodio al título expresado 7'50 grms. á 10 p. mil no reune es cierto, todos los elementos constitutivos de la parte líquida de la sangre, pero su acción está desprovista de efectos perjudiciales sobre los glóbulos rojos, no alterándolos y siendo los resultados generales bastantes satisfactorios. ¿Se podría utilizar un líquido que reprodujera la composición compleja del suero natural? Las dificultades prácticas serían muy grandes, y además, el suero de la sangre inyectado á los animales produce efectos tóxicos, y esta particularidad en apariencia paradojal, se explica bien, porque el suero es un producto de descomposición y solo el plasma es un líquido fisiológico.

Después de estas consideraciones generales, veamos como hay que proceder indicando el manual operatorio, etc.

La región en que se va á inyectar el líquido, deberá ser previamente desinfectada; un lavage con agua esterilizada y jabón durante un tiempo prudencial, humedeciendo después un pedazo de gaza ó algodón con alcohol á 95° y luego con Eter Sulfúrico con objeto de practicar ligeras fricciones en el sitio elegido á fin de disolver los cuerpos grasos que se encuentran en la superficie de la piel. Una vez hecho esto, se aplicará en una extensión de un cobre de dos centavos, tres ó cuatro capas de Tintura de Iodo que se recubrirá con gaza aseptica.

Los aparatos destinados para practicar las inyecciones salinas son numerosos.

El de Charrión-Haillión, se compone de un vaso en forma de ampolla, cuya capacidad varia de 250 á 500 c^3, afilado en su extremidad inferior para adaptarle un tubo de goma y en la parte superior está provisto de un tapón que lo mantiene cerrado ó abierto según el movimiento que se le imprima. En la extremidad libre del tubo de goma se coloca la aguja previamente esterilizada, y para no tener el trabajo de apretar continuamente el tubo, pués de otro modo el líquido se derramaría, se oblitera con una pinza hemostática. Se comienza por desalojar el aire de la aguja y tubo, siendo suficiente dar una vuelta al tapón para que la presión actúe sobre la superficie del líquido; éste se derrama por la aguja, al sacar la pinza, y es necesario aplicarla nuevamente, pues la salida del suero, indica la expulsión completa del aire.

El aparato se eleva á una altura conveniente, hecho lo cual, se introduce la aguja en el tejido celular sub-cutáneo de la región preparada; se desprende la pinza, y el suero penetra en los tejidos formando un tumor redondeado á medida que los distiende y expande entre sus mallas.

Agotado el líquido de la ampolla, se retira la aguja aplicando en el punto de su penetración un algodón impregnado de colodión elástico, haciendo al mismo tiempo un lijero masage para que el líquido inyectado pase más rápidamente al torrente circulatorio.

Otro de los aparatos más en boga, se compone de un frasco de 500 á 1000 c^3 de capacidad, en cuya pared, se encuentran trazadas rayas horizontales que indican las fracciones de 50 c^3.

En su parte superior lleva un tapón de cautchut con dos orificios que permiten el pasaje de dos tubos de vidrio acodados: uno que llega hasta el fondo del frasco, y otro que depasa cuatro ó cinco centímetros el nivel inferior del tapón. Al primero se adapta un tubo de goma con su correspondiente aguja, y al segundo, un insuflador compuesto de una bomba de goma provisto de una válvula en la parte inferior que la obtura cuando se comprime y permite penetrar el aire en su cavidad cuando cesa de actuar la compresión.

El manejo sencillo, la comodidad para esterilizarlo y la presión que hasta cierto punto puede ser graduada á voluntad, lo han hecho preferible á sus similares.

He descripto el método de las inyecciones practicadas en el tejido celular sub-cutáneo y como existe otra vía más rápida en sus efectos, diré dos palabras sobre las inyeciones intra venosas.

INYECCIÓN INTRAVENOSA DE SUERO ARTIFICIAL

Los aparatos necesarios son los mismos que he enumerado, ó cualquiera de los otros modelos conocidos basados en iguales principios. Para hacer más breve supondré que las precauciones de asepcia y antisepcia se han llevado á cabo. ¿De qué modo se hacè penetrar la cánula en la vena?

En uno de los procedimientos se efectúa por simple transficción, sin incindir las capas de tejidos que separan el vaso; pero teniendo en cuenta que su ejecución no es siempre fácil, y requiere por otra parte mucha habilidad para no atravesar la arteria humeral, si se elige el pliegue del codo, es que se dá la preferencia al método que pone al descubierto el conducto venoso del modo siguiente: Se levanta con ayuda de una pinza con dientes de ratón un pequeño pliegue de la piel, en la base del cual, se hace una incisión con una tijera chica colocada de plano, obrando de igual manera para incindir las distintas capas que recubren el vaso; cuando la vena está completamente desnudada, se toma la parred anterior y se la secciona; sin abandonar el colgajo venoso, se introduce la cánula en sentido contrario á la corriente sanguinea es decir, hácia la periferia, procediendo enseguida á inyectar el suero.

La inyección intra venosa parece *á priori* la más racional y debe ser preferida en los casos urgentes, practicando la inyección sub-cutánea, cuando la enferma no presente un cuadro sintomático en extremo alarmante. Por medio de esta última, se puede inyectar una gran cantidad de líquido á favor de los capilares, siendo su absorción tanto más rápida, cuanto más baja sea la presión arterial.

¿Qué cantidad de suero es necesario inyectar? Las inyecciones de 250 á 400 c. ^{3} por vez practicadas en el tejido celular de las regiones infraclavicular, torácica, abdominal, glútea, crural externa etc., serán repetidas, de manera de hacer absorver á la enferma, hasta 2 y 3 litros en las 24 horas. Se deberá, particularmente en los casos desesperados en los cuales la muerte es inminente, no titubear en comenzar por una inyección intra-venosa de 500 á 1000 c. ^{3}, para continuar después, si el caso lo requiere, con las inyecciones sub-cutáneas.

La observación de Jayle és muy sugestiva al respecto: «Una mujer cae en un estado de anemia profunda consecutiva á una hemorragia post-partum, está pálida y fría, su corazón late apenas, la respiración se detiene. . . . . Se le practica una inyección de 1500 c. ^{3}, de suero artificial en una de las venas braquiales; bien pronto, la mujer casi moribunda vuelve á la vida, habla y pide de beber, parece salvada, pero una hora más tarde el efecto de la inyección deja de manifestarse y la mujer cae nuevamente en el mismo estado anterior, no tardando

en sucumbir». En este caso, no se practicó una nueva inyección y es seguro atribuir el desenlace fatal, á esta abstención indebida que servirá de ejemplo en lo sucesivo y hacernos comprender, que la cantidad á inyectar nunca será excesiva, porque si hay excedente de líquido en el torrente circulatorio es eliminado con facilidad y rapidez por el riñón, devolviéndonos por este medio de proceder una vida casi extinguida, mientras que la abstención puede conducirnos á fatales consecuencias, es decir, la muerte de la enferma como en el caso citado.

TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

Consiste esta operación en inyectar en el torrente circulatorio sangre proveniente de un animal de la misma especie, con objeto de reparar el líquido sanguíneo perdido en una hemorragia, y prevenir los accidentes funestos que pudieran resultar. La sangre á inyectar puede ser completa, es decir con todos los elementos que la componen, ó bien de sangre desfibrinada. Los operadores que se sirven de la primera, utilizan en general, sangre venosa dirigiendo la inyección de la periferia al centro.

Los aparatos más usados son los modelos de Collin y Dieulafoy. El primero, es el más simple de todos; se compone de un cuerpo de bomba terminado por un receptaculo metálico dispuesto de un modo particular: sobre la parte superior de este receptáculo ó cámara de distribución, se adapta un

embudo destinado á recibir la sangre proveniente de la sangría hecha al individuo transfusor. En el interior de esta cámara, se encuentra una bolita metálica de densidad inferior á la de la sangre que sirve de sopapa, cerrando el orificio inferior del embudo, en el momento en que la sangre es empujada por el pistón y por otra parte, deja pasar las burbujas de aire que hubieran podido ser aspiradas por el cuerpo de la bomba. La parte inferior del receptáculo de distribución, lleva un prolongamiento metálico sobre el cual se ajusta un tubo de goma armado de su cánula correspondiente.

Una vez que la vena ha sido descubierta siguiendo el método empleado para practicar las inyecciones intra venosas de Suero Artificial, se recogen proximamente 200 grs. de sangre en el embudo y se hace funcionar el aparato.

Empleada en otras épocas, cuando aún no se conocían las ventajas de las soluciones salinas, en el día está completamente abandonada.

MEDICACIÓN GENERAL

Para terminar con el tratamiento de las hemorragias post-partum, me ocuparé de los agentes medicamentosos y especialmente de los excitantes y tónicos cardíacos, así como también de otros medios generales destinados á levantar el organismo desfalleciente de la enferma y combatir á la vez, los accidentes de la anemia aguda.

Las inyecciones hipodérmicas de cafeina serán empleadas en los casos, que, á consecuencia de la pérdida sanguínea la hipotensión vascular se manifieste y el pulso tienda á acelerarse. Sabemos, que este agente posee la propiedad de regularizar el pulso y retardarlo; de elevar la presión arterial, aumentando al mismo tiempo considerablemente la energía de las contracciones cardiacas.

Podrá emplearse la fórmula siguiente:

Cafeina pura	2,50	gramos
Benzoato de soda . . .	3,00	»
Agua dest. esteriliz. . .	C. S. para 10	cm^3

Se inyectará con una geringa de Pravaz ó Luer, 1 cm^3 de esta solución, pudiendo repetirse la dosis si el efecto no fuera rápido, ó si una vez obtenido, el pulso volviera nuevamente á flaquear.

El Eter Sulfúrico es un éxito-estimulante cuyos efectos son muy rápidos y apreciables empleándolo bajo la forma hipodérmica. Esta no presenta particularidad alguna, solo que deberá practicarse lentamente y en las capas más profundas del tejido celular, para evitar el dolor y las inflamaciones locales que ocasiona algunas veces.

Para combatir las hemorragias dependientes de la inercia del músculo uterino, se podrá servir con ventaja de la Ergotina Ivon con las precauciones debidas. Esta substancia es un extracto del corne-

zuelo de centeno, al cual se ha sustituído por la facilidad de su administración y por su acción más enérgica-

No deberá usarse nunca mientras *el útero contenga alguna cosa; esta cosa puede ser el feto, la placenta, membranas ó coágulos*, (Pajot), porque podría dar lugar á una retención placentaria con todas sus consecuencias, debiendo antes de emplearla, desembarazar el órgano de los cuerpos extraños que pudiera contener en su cavidad. La acción de este medicamento es asombrosa; las fibras musculares lisas del útero gracias á un poder electivo son sobreexcitadas, reforzando y prolongando la contracción uterina, y de este modo, los vasos uterinos abiertos en la superficie de inserción de la placenta en el útero son obstruídos, cohibiendo por lo tanto la hemorragia. La Ergotina Ivon, corresponde á su peso de cornezuelo de centeno; es decir, que un gramo de este extracto fluído, representa un gramo de la droga. Se emplea bajo forma de inyección sub-cutánea, á la dosis de 1 cm^3 por vez.

El café, el cognac, la poción de Todd, prestan también sus servicios como estimulantes cardiacos.

Si la mujer presenta tendencia al entriamiento, se lo combatirá por medio de fricciones vigorosas con alcohol, y la flagelación de los tegumentos con compresas humedecidas en agua caliente; porrones

en las extremidades inferiores, elevación de la temperatura del aposento por medio de estufas, ó á falta de éstas, quemando alcohol en palanganas ó platos enlozados.

Será conveniente por último, colocar á la mujer en decúbito dorsal, con la cabeza más baja que el resto del cuerpo, los miembros inferiores comprimidos con un vendaje de gaza y si se dispone en ese momento, mejor aún, con la venda de Esmarch. Las inhalaciones de oxígeno prestan buenos servicios cuando la respiración se efectúa con dificultad.

OBSERVACIONES

MATERNIDAD DE LA ESCUELA DE PARTERAS

Director: Dr. Juan R. Fernández

Jefe de Clínica, Dr. Arturo R. Enríquez

Observación 1

BOLETÍN CLÍNICO CORRESPONDIENTE Á N. N.

Entrada en el establecimiento el 9 de Febrero de 1903.

ANTECEDENTES

Personales	Nacionalidad, argentina. Edad, 18 años. Estado, soltera. Profesión, bordadora. Color, trigueño.
Hereditarios	Padre, falleció de una afección hepática. Madre, vive; ha sido siempre sana. Hermanos, uno; — „ „
Fisiológicos	Fecha en que comenzó á caminar, ignora. Datos sobre la locomoción en la infancia, ninguno Epoca de la primera menstruación, á los 13 años. Estado habitual de la „ regulares, duran siete días.

Patológicos { En su infancia tuvo Sarampión; más tarde, Influenza.

Embarazo y partos anteriores { Ninguno.

EMBARAZO ACTUAL

Fecha de la última menstruación.—Mes de Mayo hasta....

Aparición de los movimientos activos del feto.... á los cuatro meses.

Altura del útero sobre la sínfisis del pubis.... 35 centímetros.

Epoca del embarazo á la entrada en el servicio. — En trabajo. Bolsa rota.

Accidentes y complicaciones { Vómitos durante tres meses.

Presentación y posición del feto.—OIDA.

Auscultación del feto. — A la derecha, casi en la línea media y por debajo del ombligo.

PARTO

Principio del trabajo.—5 p. m. del día 8 de Febrero.
Presentación del feto.—Cefálica.
Posición y variedad.—Derecha anterior.
Variedad de posición en el desprendimiento.—O. P.
Expulsión del feto.—A las 4 y 20 a. m. del 9 de Febrero.
Temperatura de la enferma cada 3 horas.—36°2, 36°6.
Pulso de la enferma cada 3 horas.—80.
Respiraciones cada 3 horas.—24.

La enferma es atacada de una abundante hemorragia después del alumbramiento; el útero se contrae con irregularidad, y al examen parece existir

un cuerpo fibroso, del tamaño de una naranja pequeña, situado en la cara posterior del órgano. Sin pérdida de tiempo se le practica una irrigación intrauterina caliente, y una inyección de 1800 gramos de suero artificial. Se le administran por vía hipodérmica un centímetro cúbico de ergotina Ivón y tres de cafeina de 0'20 centígramos cada una. Para terminar se hizo un taponamiento con gaza; la hemorragía no se repitió nuevamente, y la mujer abandona el establecimiento el 22 de Febrero, en buen estado de salud.

Observación II

BOLETÍN CLÍNICO CORRESPONDIENTE Á M. P. DE . . . .

Entrada en el establecimiento, el 5 de Marzo de 1903.

ANTECEDENTES

Personales

Nacionalidad, española.
Edad, 38 años.
Estado, casada.
Profesión, quehaceres domésticos.
Color, trigueño.

Hereditarios

Padre, falleció de neumonia.
Madre, falleció de carcinoma del útero?
Hermanos, tiene seis y son sanos.

Fisiológicos

Fecha en que comenzó á caminar, ignora.
Datos sobre la locomoción de la infancia, ninguno.
Epoca de la primera menstruación, á los 15 años.
Estado habitual de la » regulares, duran 2 ó 3 días.

Patológicos. En la infancia tuvo Sarampión. Enfermedad del aparato genital.

Embarazo y Partos anteriores Tres embarazos á término y dos abortos: uno de dos meses y medio y otro de cuatro.

EMBARAZO ACTUAL

Fecha de la última menstruación—7 de Mayo hasta el 9?
Aparición de los movimientos activos del feto.— 5 meses.
Altura del útero sobre la sínfisis del pubis.— 38 ctms.
Epoca del embarazo á la entrada en el servicio. En trabajo.

Accidentes y complicaciones { Ninguno.

EXÁMEN

Médico. { *Aparato circulatorio*.—A la auscultación se notan intermitencias cardíacas; el pulso es irregular.

Obstétrico { *Presentación y posición del feto*.—O I I A
Auscultación del feto. — Ingresa con el feto muerto.

La enferma ingresa al establecimiento después de estar seis días atrás en trabajo; feto muerto, y temperatura axilar de 39°. La bolsa de las aguas se rompió prematuramente mientras estaba en su casa.

Al examinar la mujer, se nota una dilatación de un través de dedo y un cuello de consistencia fibrosa, que al tratar de hacer una dilatación forzada digital cede, desgarrándose; el cuello irregular, está lleno de pequeños nódulos, algunos semejando pequeños colgajos, y otros adheridos en forma de tumores del tamaño de un garbanzo, que hacen la impresión de metritis quística ó de un carcinoma del cuello.

En vista del estado de la enferma, con una tem-

peratura elevada, se creyó necesario terminar el parto, y al efecto, se le administró cloroformo durante una hora y media, para conseguir el reposo y la dilatación del cuello.

Examinada nuevamente, el cuello no se había modificado y la dilatación era la misma.

Se resuelve forzar el cuello con los dedos y después de una hora, se consigue dilatarlo suficientemente, como para permitir la aplicación del forceps y extraer el feto; al cabo de media hora se hace el alumbramiento. Inmediatamente se le practica una irrigación intra-uterina abundante y un taponamiento con gaza iodoformada.

La enferma sufre el cuarto día (9 de Marzo) una hemorragia gravísima, probablemente ocasionada por desprendimiento ó eliminación de una parte del carcinoma; la enferma presenta los síntomas peculiares á los derrames abundantes. Se hace todo lo indicado en estos casos: irrigaciones intra-uterinas calientes, 750 gramos de suero artificial en Dermoclisis, percloruro de hierro, tónicos y excitantes cardíacos (cafeina, cognac, etc.), consiguiéndose después de transcurrir una hora, levantar el pulso, pero en seguida vuelve á tener otra hemorragia semejante á la primera y la enferma no reacciona á pesar de cohibirse la pérdida, falleciendo á los pocos instantes.

Observación III

BOLETIN CLÍNICO CORRESPONDIENTE A VICENTA G. DE A.

Entrada en el Establecimiento el 19 de febrero de 1903

ANTECEDENTES

Personales.
- Nacionalidad, italiana.
- Edad, 40 años.
- Estado, casada.
- Profesión, quehaceres domésticos.
- Color, blanca.

Hereditarios
- Padre, vive y es sano.
- Madre, „ „ „ sana.
- Hermanos, tres de buena salud.

Patológicos
- *Fecha en que comenzó á caminar*. Ignora.
- *Datos sobre la locomoción en la Infancia*. Ninguno
- *Epoca de la 1ª menstruación*. A los 14 años.
- *Estado habitual de la* » Regulares, duran 4 días.

Patológicos
- Influenza.

Embarazo y partos anteriores.
- Siete embarazos á término y tres abortos: dos de seis meses y uno de tres. Dos de los partos se terminaron con aplicación de forceps, y en todos ellos hubo hemorragias.

Un mes y medio antes de su entrada al servicio, la enferma sufrió un traumatismo en el vientre á consecuencia de una caída; experimentó algunos dolores, pero no obstante siguió dedicándose á sus ocupaciones.

El día 19 de febrero á las tres de la tarde estando acostada en la cama debido á ligeros dolores que sentia, mareos y obnubilación de la vista, con gran sorpresa vió, que de golpe perdía sangre en regular cantidad. Sin pérdida de tiempo se llamó á una partera y un facultativo, encontrando, éste último en la enferma, síntomas de hemorragía grave, (sudores fríos, palidez, pulso pequeño y frecuente, etc.), y ligeros ataques convulsivos que el médico los atribuye á la Eclampsia.

En la creencia, que se tratara de un caso de placenta prévia, constatando al mismo tiempo la ausencia de látidos fetales, hace un ligero taponamiento vaginal y la envía á este servicio á las 7 y media de la noche.

Examinada la enferma se nota lo siguiente: palidez muy marcada, pulso pequeño y frecuente (132 p. minuto), ligero edema de las extremidades y un vientre que correspondía á un embarazo á término, apesar de estar embarazada de 8 meses.

La consistencia del útero, casi leñosa, y no había contracciones. Se le hace una desinfección de los órganos genitales y á la exploración digital, se nota un cuello sumamente resistente, que apenas deja pasar el dedo, con el cual se toca la bolsa ligera-

mente tensa, y por detrás la presentación cefálica; una vez forzado el orificio del cuello se pasea alrededor de éste, para ver si no había algo más, pero no se encuentra nada. Con estos datos se diagnostica: Desprendimiento prematuro de la placenta insertada normalmente. Como la enferma continuara perdiendo sangre en abundancia, y el pulso no se sostuviera, apesar de haberse empleado 1500 gramos de suero artificial, inyecciones de cafeína, coñac, etc., se resolvió hacer una dilatación forzada primero digital y después con el balon de Charpentier de Rives. Con este objeto, se rompió la bolsa y colocó el balon. Transcurrida una hora, la dilatación no había progresado, y en vista de esto, se resolvió dilatarlo mecánicamente con los dedos, consiguiéndose después de dos horas y media, dilatar lo suficiente para introducir el forceps, y con el vértice tomado por las ramas, terminar la dilatación y el parto. Enseguida salió la placenta, concretándose á levantar las fuerzas del organismo desfalleciente y sostener el pulso, pero, apesar del tratamiento enérgico empleado, la enferma muere, siendo la 1 y 55 a. m.

Los coágulos contenidos en el útero, daban la cífra de 2600 gramos.

Angel M. Fontana.

Buenos Aires, Junio 30 de 1904.

Nómbrase al académico Dr. José T. Baca, al Profesor titular Dr. Samuel Molina y al Profesor suplente Dr. Enrique Zárate, para que, constituidos en comision revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la «Ordenanza vigente sobre exámenes».

E. Uballes.
Zenón Aguilar

Buenos Aires, Julio 20 de 1904.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis del ex-alumno Señor Angel M. Fontana.

« En el local de la Facultad á 18 de Julio de « 1904, reunida la Comisión que suscribe, encarga- « da de dictaminar respecto de la admisibilidad de « la tesis del ex-alumno Angel M. Fontana, que «versa sobre «Hemorragia post-partum», resolvió « admitirla».

Con lo que terminó el acto, firmado: J. T. Baca. —S. Molina.—E. Zárate.—*Carlos Robertson*, Secretario.

Buenos Aires, Julio 20 de 1904.

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

E. Uballes
Zenón Aguilar.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

La inversión del útero y causas que la producen.

II

Rupturas del cuello después del parto.

III

Embarazo nervioso.

BIBLIOGRAFIA

AUVARD A. . . . . *Traitè pratique d'accouchements 1894.*

BUDIN P. . . . . *Leçons de Clinique Obstétricale, 1889.*

BUREAU . . . . . *Guide pratique d'accouchements 1892.*

CHARPENTIER A. . . . *Traité pratique d'accouchements 1899.*

DECHAMBRE . . . . . *Dict. encyclopédique des sciences medicales.*

JACCOUD. . . . . *Nouveau dict. de medecine et chirurgie.*

JACQUEMIER J. . . . . *Manuel des accouchements et des maladies des femmes. 1846.*

MAYGRIER CH. . . . . *Leçons de Clinique obstétricale 1893.*

PAJOT C. . . . . *Travaux d'Obstétrique et de Gi-nécologie, 1882.*

PINARD A. . . . . *Traité du palper abdominale, 1899.*

POZZI A. . . . . *Manuel théorique et pratique d'accouchements.*

RIBEMONT-DESSAIGNES ET LEPAGE . . . . . *Précis d'Obstétrique, 1898.*

TARNIER - CHANTREIL ET BUDIN. . . . . *Traité de l'art des accouchements 1888 á 1898.*

VARNIER H. . . . . *La pratique des accouchements.*

Annales de Ginécologie et d'Obstétrique.

Révue pratique d'Obstétrique et de Ginécologie.