833

Año 1908 Núm. 182

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PLACENTA PREVIA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

MARTIN C. CORLIN

Ex-practicante externo é interno del Hospital San Roque (1902-08)

LAS CIENCIAS
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE NICOLÁS MARANA
646—AVENIDA DE MAYO—646
BUENOS AIRES
1908

PLACENTA PREVIA

Año 1908 **Núm. 1823**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PLACENTA PREVIA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

MARTIN C. CORLIN

Ex - practicante externo é interno del Hospital San Roque (1902-08)

LAS CIENCIAS
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE NICOLÁS MARANA
646—AVENIDA DE MAYO—646
BUENOS AIRES
1908

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

(Art. 162 del Reglamento General)

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

Dr. D. Eliseo Cantón.

Vicedecano

Dr. D. Antonio C. Gandolfo.

Consejeros

Dr. D. Eufemio Uballes (con lic.).
» » Pedro N. Arata.
» » Pedro Lagleyze.
» » José Penna.
» » Luis Güemes.
» » Eliseo Cantón.
» » Enrique Bazterrica.
» » Antonio C. Gandolfo.
» » José M. Ramos Mejía.
» » Juan A. Boeri (suplente).
» » Baldomero Sommer.
» » G. Araoz Alfaro.
» » José R. Semprún.
» » Abel Ayerza.
» » Jaime R. Costa.
» » J. Manuel Irizar.

Secretarios

Dr. D. Jonás Larguía (Consejo Directivo).
Dr. D. Ricardo S. Gómez (Escuela de Medicina).

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología médica	Doctor Pedro Lacavera
Física médica	» Jaime R. Costa
Química médica	» Atanasio Quiroga
Botanica médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología	» Rodolfo de Gainza
Anatomía descriptiva	» Joaquín López Figueroa
Anatomía descriptiva	» José Arce (interino)
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Aráoz Alfaro
Anatomía topográfica	» Juvencio Z. Arce
Fisiología general y humana	» Horacio G. Piñero
Anatomía patológica	» Telémaco Susini
Bacteriología	» Carlos Malbrán
Higiene pública y privada	» Ricardo Schatz
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma
Patología externa	» Obdulio Hernández
Medicina operatoria	» Leandro Valle
Clínica Ginecológica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica	» Eduardo Obejero
» Dermatológica y sifilográfica	» Baldomero Sommer
» Epidemiológica	» José Penna
» Quirúrgica	» Pascual Palma
» Neurológica	» José M. Ramos Mejía
» Médica	» Luís Güemes
» Médica	» Francisco A. Sicardi
» Oftalmológica	» Pedro Lagleyze
Patología interna	» Marcial V. Quiroga
Medicina legal	» Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	» Antonio Gandolfo
» Médica	» Ignacio Allende
» Obstétrica	» Samuel Molina
Toxicología experimental	» Juan B. Señoran
Clínica Pediátrica	» Angel M. Centeno
Clínica Médica	» Abel Ayerza
» Génito urinarias	» Pedro Benedit
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Diógenes Decoud
» Obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

Doctor Roberto Wernicke
» Juan R. Fernández

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS EXTRAORDINARIOS
Anatomía Patológica	Doctor José Badía
Clínica Ginecológica	» Alfredo Lagarde
	» José F. Molinari
Clínica Oftalmológica	» Teófilo A. Moret
Clínica Quirúrgica	» Daniel J. Cranwell
	» Avelino Gutiérrez
Clínica Dermatológica y Sifilográfica	» Maximiliano Aberastury
Clínica Neurológica	» José A. Esteves
	» José R. Semprún
Clínica Psiquiátrica	» Benjamín T. Solari
Clínica Pediátrica	» Antonio F. Piñero
Medicina Legal	» Domingo S. Cavia
Física Médica	» Juan J. Galiano

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Zoología Médica	Dr.	D. Greenway
Física Médica	»	Vacante
Química Médica	»	Vacante
Botánica Médica	»	Rodolfo Enriquez
Química aplicada á la Medicina	»	Vacante
Histología	»	Julio G. Fernández Alois Bachmann
Anatomía Descriptiva	»	Vacante
Anatomía Descriptiva	»	Vacante
Semiología y ejercicios clínicos	»	Vacante
Anatomía Topográfica	»	Vacante
Fisiología General y Humana	»	Vacante
Anatomía Patológica	»	Vacante
Bacteriología	»	Juan Carlos Delfino Leopoldo Uriarte
Higiene Pública y Privada	»	Felipe Justo
Materia Médica y Terapéutica	»	Vacante
Medicina Operatoria	»	Vacante
Clínica Ginecológica	»	Vacante
» Oto-rino-laringológica	»	Eliseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	»	Vacante
Patología externa	»	Carlos Robertson Ricardo S. Gómez
Patología interna	-	Vacante
Clínica Oftalmológica	»	Enrique Demaría
» Epidemiológica	»	Vacante
» Quirúrgica	»	Francisco Llobet Marcelo Viñas Marcelino Herrera Vegas José Arce
» Neurológica	»	Mariano Alurralde
Medicina Legal	»	Pedro Barbieri
Clínica Médica	»	Patricio Fleming Ricardo Colón Luis Agote
Clínica Obstétrica	»	Enrique A. Pardo Enrique Zárate Alberto Peralta Ramo Arturo Enriquez
Toxicología Experimental	»	Vacante
Clínica Pediátrica	»	Manuel A. Santas Mamerto Acuña
» Génito-urinaria	»	Bernardino Maraini
» Psiquiátrica	»	José T.Borda

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES	
Zoología general; Anatomía y Fisiología comparadas	Dr.	Angel T. Gallardo
Botánica y Mineralogía	»	Adolfo Mujica (con lic.)
Química inorgánica aplicada	»	Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada	»	Francisco Barraza
Farmacognosia y Posología razonadas	»	Juan A. Boeri
Física farmacéutica	»	Julio J. Gatti
Química analítica y Toxicológica (primer curso)	»	Francisco P. Lavalle
Técnica farmacéutica	»	J. Manuel Irizar
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y Ensayo y determinación de drogas	»	Francisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	»	Ricardo Schatz

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS	
Zoología general; Anatomía y Fisiología comparadas	»	Vacante
Botánica y Mineralogía	»	Vacante
Química inorgánica aplicada	»	Vacante
Química orgánica aplicada	»	Vacante
Farmacognosa y Posología razonadas	»	Sr. Juan A. Domínguez (en ej.)
Física farmacéutica	»	Vacante
Química analítica y toxicológica (primer curso)	»	Vacante
Técnica farmacéutica	»	Vacante
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y Ensayo y determinación de drogas	»	Vacante
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	»	Vacante

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Parto fisiológico y clínica obstétrica Parto distócico y clínica obstétrica	Dr. Fanor Velarde

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Parto fisiológico y clínica obstétrica	Dr. Miguel Z. O'Farrell
Parto distócico y clínica obstétrica	Vacante

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES	
Anatomía, Fisiología, Patología	Dr.	León Pereyra
Cirugía protética, Higiene, Materia médica y Terapéutica dentarias, Medicina legal	»	N. Etchepareborda

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Anatomía, Fisiología, Patología	Vacante
Cirugía protética, Higiene, Materia médica y Terapéutica dentarias, Medicina legal	Vacante

PADRINO DE TESIS

DOCTOR ELISEO CANTÓN

A MIS PADRES

A MIS HERMANOS

Señores Académicos:

Señores Profesores:

Con el fin único y exclusivo de cumplir con el último requisito que se nos impone, es que presento este trabajo, fruto de observaciones efectuadas en la Clínica Obstétrica del Hospital San Roque. De las diez y seis observaciones que detallo, interesantes en su mayoría, he tenido oportunidad de seguirlas cuidadosamente, notando de cerca las alternativas de su evolución.

Al terminar mi cometido como estudiante, réstame agradecer la enseñanza y consejos recibidos en esta Escuela.

Tengo el honor de ser acompañado en este acto por el doctor Eliseo Cantón, á quien expreso mi profundo reconocimiento.

———

ETIOLOGIA

Como causa de inserción de la placenta sobre el segmento inferior, se han dado todas aquellas en que racionalmente pareciera explicarla, demostrando esta diversidad de opiniones, la falta de una razón fundamental precisa que explicase, sin dejar dudas, y sin que pudiera observárselas, la verdadera causa de esta mala inserción y que tanto trabajo suele traer aparejada.

Lo que parece aceptarse, más uniformemente, son las relaciones que tienen esta forma de presentación con la multiparidad y endometritis, pudiéndose aceptar la primera como una causa favorable y la segunda como predisponente, sin por eso generalizar, y menos en este caso, en que se dan teorías más ó menos hipotéticas.

Las estadísticas levantadas en las distintas clínicas obstétricas coinciden en esa relación, igualmente en las distintas historias que presento la casi totalidad son de multíparas, cuyos partos anteriores han sido normales, sin signos de hemorragia ni accidente que pudiera relacionársele, y sólo en dos de las diez y seis observaciones, son de multíparas, cuyos fetos

fueron extraídos muertos después de un cortejo sintomático alarmante.

En lo que se refiere á la endometritis, igualmente, en más de la mitad de los casos han dado signo de esa alteración, frecuente especialmente en esta gente humilde y descuidada por su ignorancia misma, y en que las condiciones de higiene dejan mucho que desear.

Autores diversos han hecho resaltar la relación que existía entre esta inserción de la placenta con úteros invadidos por miomas, como asimismo cuando la trompa en lugar de terminar en la parte superior del útero lo hacía en la inferior.

Y por fin, una última causa, para no citar las innumerables conocidas, la de Kaltembach y Hofmeier, que basados en el estudio y observación de piezas anatómicas, dicen que la inserción baja responde á que la porción inferior de la placenta refleja no se atrofia, y en cambio se aplicaría sobre una porción de la pared uterina al nivel de dicho segmento y sobre el cual no se desenvolvió desde el comienzo.

———

SINTOMATOLOGIA

Dejando de lado los signos más ó menos ciertos, citaré únicamente aquellos comunes y cuya aparición he podido constatar en la mayoría de los casos que presento.

Durante la preñez la inserción baja puede sospecharse por varios signos: hemorragia, ruptura prematura de las membranas, parto prematuro, etc.

La hemorragia se caracteriza, generalmente, por la ausencia de causa aparente, pues aparece, en la mayoría de los casos, cuando la mujer está en reposo, tranquila; de aquí el no saber la enferma á qué achacar esa sangre que sin motivo le aparece y alarma; esa hemorragia espontáneamente desaparece para reaparecer en mayor cantidad, pero nunca tanta como para poner en peligro de muerte á la pacienta.

En la mayoría de los casos aparece en los dos ó tres últimos meses de la preñéz, porque es en este período en que el cuello uterino se desenvuelve, aumentando á su espensa la cavidad uterina; sin embargo, cierto número de hemorragias que se produce del tercero al sexto mes responden á la misma causa.

La hemorragia no es siempre el signo inicial,

si bien el más frecuente, en ocasiones la ruptura prematura de la bolsa de las aguas suele precederla y aparecer sin la sintomatología alarmante y peligrosa que se constata en la primera. Es en estos casos en que, por lo común, la hemorragia no aparece hasta el comienzo del trabajo, salvo los casos en que el orificio de ruptura no es lo suficiente grande y las membranas, á pesar de esta solución de continuidad, tienden á tirar la placenta.

Como una consecuencia natural de la ruptura es el parto prematuro, cuya producción se hace en un tercio de los casos en que la placenta se inserta en el segmento inferior.

Otra consecuencia es la falta de acomodación del feto, como asimismo la frecuencia en estos casos de las presentaciones pelvianas y de hombro.

De las observaciones que presento, la mitad de los casos son de presentación cefálica y la otra corresponden á presentaciones hombro y pelvis.

Durante el parto los signos, más ó menos los mismos, se hacen más marcados.

En el trabajo la hemorragia aumenta por el hecho de sucederse más aproximada é intensamente las contracciones uterinas, la vagina se llena de coágulos al mismo tiempo que por la vulva aparece la sangre bien coloreada.

En las presentaciones transversales las hemorragias son mucho más frecuentes que en las longitudinales, y de éstas las más favorables para la vida del feto es la cefálica, según dice Pinard. En estas

últimas, al apoyar la cabeza sobre el periné, durante el período de expulsión, no se ve salida ninguna de sangre, debido á que ésta se acumula detrás de la cabeza, y al salir ésta se ve que hombros, nuca, están recubiertos de sangre líquida y coágulos, cuando no salen con el feto expulsado en cantidad, con las últimas partes de éste.

A más, por la misma falta de encaje de la presentación la dilatación se hace lentamente, con toda irregularidad, semejando una falsa rigidez del cuello.

Otros accidentes que traen aparejadas estas inserciones bajas, son las procidencias y procubitos del cordón, que vienen á obscurecer aun más la vida del feto, bastante amenazado ya por las repetidas hemorragias maternales.

El tacto, el gran guía, comprueba seguramente lo que por el interrogatorio é inspección se ha hecho con él y la palpación combinada se constata el espesamiento desigual del segmento inferior del útero; en otros casos se notan la presencia de los cotiledones, el borde placentario, etc., etc.

TRATAMIENTO

Sin entrar á historiar los distintos tratamientos instituidos en estos casos, y dejando de lado los detalles de los diversos procedimientos seguidos, me ocuparé únicamente del que se sigue en esta Clínica.

En el embarazo de los primeros meses, en que la hemorragia trae á continuación el aborto, casi fatal, el tratamiento es bien sencillo y de fácil ejecución, pues se reduce á un reposo completo, en el lecho, irrigaciones vaginales bien calientes, y después, una vez que la sangre deja de salir, tomar precauciones para el resto del embarazo.

Si esta hemorragia aparece en los últimos meses ó últimas semanas de la preñez, si es poco abundante con el reposo é irrigaciones vaginales calientes desaparecerán, en cambio si fuera mayor ó más seguida en que repercutiera marcadamente sobre el estado general, trayendo ese estado anémico acentuado, que por sus repeticiones se produce, en que el reposo é irrigaciones no la detienen, en que el pulso guía seguro, de estas pérdidas continuada, está por arriba de ciento veinte, entonces debe intervenirse rápidamente sin esperar á que mejore, falsamente

esperanzados en los lavajes y demás ingredientes que suelen usarse en esos casos.

El tratamiento que se impone es el de practicar artificialmente la ruptura de las membranas, para lo cual previa asepsia etc., manos, vagina, se introduce un dedo á través del orificio del cuello hasta que su extremidad toque las membranas, sobre este dedo se lleva un perforador ó cualquier instrumento punzante y se rompen ampliamente las membranas de manera que no haya tironeamiento de la placenta, por éstas.

Con la ruptura de las membranas la hemorragia cesa, el trabajo de parto puede ó no comenzar, en el primero de los casos se hará más ó menos fácilmente sin que la sangre reaparezca; en los otros casos debe tenerse muy presente el estado general de la enferma, pues es éste el punto de guía que llevará al partero á resolverse sobre la conducta que seguirá.

Si el estado es bueno, no hay pérdidas sanguíneas, buen pulso etc., debe dejarse reposar á la enferma pero vigilando constantemente la temperatura, observar el aspecto y olor del líquido que sale por la vagina é intervenir rápidamente cuando hubiera alteración de éste ó elevación de aquélla. Si el estado general es malo, anemiada, sudores fríos, pulso rápido debe, previa inyección de suero fisiológico, hacerse una dilatación rápida y provocar así el trabajo.

En el trabajo la conducta á seguirse varía según las condiciones en que la enferma se presente,

si la sangre que pierde es poca se usarán las irrigaciones calientes, si es mayor y hay bolsa íntegra mucho se alcanzará con la ruptura amplia de esta, recordando bien esto último pues en ocasiones en que se hacen desgarraduras pequeñas, la hemorragia persiste y cesa cuando se las rompe ampliamente, salvo los casos en que la sangre proviene del desprendimiento de la placenta producido por el frote que trae el feto al encajarse.

Si llegara este caso no debe titubearse en completar la dilatación con el balon de Champentier de Ribes de manera á impedir el desprendimiento de la placenta para que cuando la dilatación sea completa hacer una aplicación de forceps ó una versión si es presentación de hombro ó una basiotripsia si el feto está muerto.

En los casos en que sea una presentación de nalga, ya sea completa ó descompleta, se tratará de tomar un pie, bajarlo y extraer el feto una vez que hubiera dilatación completa etc.

El alumbramiento en estas inserciones de la placenta en el segmento inferior suele estar acompañado de hemorragias tan intensas que se hace obligatorio la extracción manual.

En otros casos en que la sangre que pierde no es mucha pero el estado general es tan malo que se impone una intervención rápida pues la vida de la enferma depende, en mucho, de la prontitud con que anduviera el operador.

HISTORIAS CLÍNICAS

Las observaciones que presento pertenecen al servicio del doctor Cantón, del Hospital San Roque.

OBSERVACION I

J. G. de L. 23 años, francesa. Entró 29 abril 1907.

Antecedentes—Hereditarios, sin importancia; fisiológicos, ignora á qué edad caminó, regló á los 14 años, duran de 3 á 4 días, irregulares, retardadas, indoloras. Patológicos: sarampión.

Embarazos y partos anteriores—Ha tenido un embarazo hace tres años y medio, llegó á término, parto normal, presentación cefálica feto vivo y sano, hijo del mismo padre que el del embarazo actual. Tuvo un aborto de un mes, al poco tiempo de su matrimonio, no sabe á que atribuirlo.

Embarazo actual—Ultimas reglas del 4 al 7 de diciembre, aparición de los movimientos activos, cree haberlos sentido hace un mes, hoy no los siente. Altura del útero 19 centímetros. Edad del embarazo, á

la entrada á esta clínica es de cuatro meses y medio igual fecha en el momento del parto. La mujer viene de la ciudad. Como accidentes y complicaciones, vómitos raros, cefalalgias frecuentes y á la tarde debilidad en los miembros inferiores; no hay albúmina.

Examen general — Columna vertebral normal, piel blanca, línea blanca muy poco pigmentada; pulmones, normal; no hay edemas ni varices; senos pequeños, poca glándula, areola pequeña pigmentada, pezón saliente, escaso calostro; vientre poco globuloso; útero desviado á la derecha; tensas las paredes abdominales.

Examen obstétrico—En lo que se refiere á la presentación, encaje posición y variedad van en el detalle de las observaciones; pelvimetría interna normal; los latidos fetales no se oyen.

OBSERVACIONES

La enferma refiere que después que concluyeron sus últimas reglas (7 de diciembre) no volvió á ver sangre hasta el 6 de febrero en que le vino un golpe, de sangre, que se repitió el 26 del mismo mes en la misma forma. Estas dos hemorragias le llamaron la atención porque no se presentaron en la forma habitual, como cuando tenía su menstruación. Hay que notar que estas metrorragias aparecieron sin dolor sorprendiendo á la enferma por su brusquedad en aparecer y detenerse. El 4 de marzo, mientras dormía es despertada súbitamente porque se siente mo-

jada y observa que el líquido que la moja es sangre. A la mañana siguiente se hace ver por una partera quien le ordena hierro Bravais y reposo, diciéndole que está embarazada de tres meses y medio y que en caso que la hemorragia se repitiera, llamara á un facultativo. El 20 de marzo, á raíz de un nuevo golpe de sangre se hace examinar por un médico, desde entonces guarda cama, pero las hemorragias empiezan á producirse con más frecuencia llegando á perder sangre todos los días, en mayor ó menor abundancia. En estas circunstancias es vista por el mismo médico el que le aconseja ingresara á una clínica haciéndolo en ésta el 29 de abril.

Examinada en el servicio se observa y llama la atención, la palidez, sus mucosas descoloridas, su pulso precipitado á 120, aunque con buena tensión, temperatura 36º8. Del examen general no se nota nada de anormal en sus órganos salvo en el esqueleto cuyo ángulo de Luys muy saliente da la impresión de un toráx en carena.

En el examen local de los órganos genitales se encuentra al tacto un cuello alargado, un poco reblandecido, completamente cerrado, que no permite la entrada ni del dedo meñique. Utero irritable, doloroso, que se contrae con intermitencias.

Se le hace una irrigación vaginal á 48º y se le administra una hipodermoclisis de suero Hayen de 500 gramos, se continúa el día con el mismo tratamiento.

El 1º de mayo se le opera, prévia hipodermocli-

sis 500 gramos, se dilata el cuello con bujías Hegar y se termina la dilatación á mano, consiguiendo extraer un feto de cuatro meses y medio; se extrae la placenta, la que estaba inserta en el segmento inferior.

El útero es bicórneo, tiene la forma de un corazón de carta francesa, en el derecho estaba alojado el huevo, el feto con el dorso hacia el cuello.

Prévio lavaje intrauterino se hace un taponamiento con gaza iodoformada también intrauterino.

La temperatura que el día de la intervención llegó al máximo 37º6 se ha mantenido con alternativas hasta seis días después en que volvió á la normal.

El pulso después de la operación mantúvose arriba de 110, poco tenso para disminuir después de cinco, que estuvo con cafeína y suero fisiológico á 95 pulsaciones.

Salió de alta el 9 de mayo de 1907.

OBSERVACION II

C. G. 23 años, española. Entró 5 junio 1907.

Antecedentes — Hereditarios, sin importancia; fisiológicos, caminó á los 14 meses siempre bien, regló á los 16 años, 4 ó 5 días de duración, regulares, poco abundantes, no dolorosas; patológicos, sarampión y fiebre tifoidea.

PRIMIPARA

Embarazo actual—Dice haber visto sus últimas reglas del 17 al 21 de octubre; los movimientos activos han sido percibidos á los cuatro meses y medio del embarazo. Altura del útero 29 y 5.

Ningún accidente ni complicación da.

EXAMEN

Examen general — Esqueleto bien constituido sin estigmas de raquitismo; piel blanca con ligera cloasura, línea blanca pigmentada. Pulmones, normal. No hay edemas ni varice. Senos grandes buena glándula, areola pequeña pigmentada, pezón bien con-

formado, escasos tubérculos hay calostro. Vientre de forma irregular. Utero de eje transversal. Las paredes abdominales medianamente tensas.

Examen obstétrico— Presentación de hombro, no hay encaje, cuya posición y variedad es A. I. S. (dorso anterior); la pelvimetría externa de B. T. 32 B. E. 24. B. S. 27 S. P. 20, la interna normal, latidos fetales, 40 lo que llama la atención son lo irregulares y poco perceptibles que se perciben.

OBSERVACIONES

Dice la enferma que hace dos ó tres días notó una pequeñísima pérdida de sangre por los órganos genitales á la cual no le dió mayor importancia y que anoche, durante el sueño, fué sorprendida por una abundante hemorragia, sin dolores y que persistió hasta su entrada á la clínica si bien ya con menos intensidad.

Llega en las siguientes condiciones: temperatura 36º6, pulso 128 regular, poco tenso, palidez generalizada, no muy intensa. Utero con débiles contracciones y muy alejadas, de eje transversal, se diagnostica por la palpación una presentación de hombro izquierdo dorso anterior. Los latidos fetales en número de 40 por minuto son irregulares y sordos. Vulva elástica, vagina llena de grandes coágulos, cuello con 4 centímetros de dilatación se toca entre su abertura la placenta que flota desprendida, en for-

ma de colgajo, el segmento inferior blando es más espesado hacia el lado derecho reconociéndose por ello que sobre ese lado se efectúa su inserción. No se consigue tocar partes fetales.

Existiendo indicación precisa y urgente por parte del feto y de la madre, se decide intervenir, sin anestesia, se hace dilatación unimanual del cuello hasta que permite el pasaje del puño, habiendo previamente desgarrado las membranas hacia el lado izquierdo, luego se introduce la mano en la cavidad uterina y se reconoce la precisión del diagnóstico palpatario, entonces se toma el pie inferior y se baja con toda facilidad hasta fuera de la vulva, se sigue traccionando hasta sacar todo el tronco, se baja el brazo izquierdo deflexionado y se termina por un mauriceau que fué ligeramente dificultado por la retracción del cuello sobre el diámetro S. O. F.

El feto nace en estado de asfixia blanca, completamente relajado sin reflejo faringeo ni latidos cardíacos, fueron inútiles los esfuerzos que se hicieran para reanimarlo (insuflacción prolongada, baños calientes y fríos etc).

Parto—Comenzó á las 5 a. m., del 5 junio, entró á la sala de parto á las 10 a. m., del mismo día cuyo cuello tenía una dilatación de 4 centímetros.

Variedad de posición A. S. S. (dorso anterior).

Ruptura artificial de las membranas; líquido amniótico normal.

Variedad de posición en el momento del desprendimiento O. P.

Expulsión del feto á las 10.30 a. m., del día 5 de junio.

La cantidad de sangre perdida desde el momento de la expulsión hasta el alumbramiento fué de 50 gramos.

La duración total del parto 5 horas 30 minutos.

Alumbramiento—La altura del útero por arriba de la sinfisis después de la expulsión 17, cinco minutos después 20, y á los diez minutos 14.

La placenta se presentó por su cara fetal, encajándose á los cinco minutos.

Durante el alumbramiento se perderían unos 80 gramos de sangre.

Extracción simple á los diez minutos; después irrigación intrauterina á 48º, suero artificial 500 gs.

Niño—La longitud total de 37 cuyos diámetros de la cabeza eran: O. M. 10 y medio, O. F. 9, S. O. B. 7, S. O. F. 8 y medio, Bi P. 7 y medio, Bi T. 7 y medio, S. M. B. 11 y la circunferencia total de ésta 31.

Anexos—Placenta ovalada cuyo peso era de 290 y que presentaba como particularidad los cotiledones desprendidos y desgarrados cubiertos de coágulos.

Las membranas, normales.

El cordón inserto lateralmente, cuya longitud era de 39 centimetros, de volumen 1 centimetro y no presentando ninguna particularidad.

La enferma salió de alta el 13 de junio de 1907.

OBSERVACION III

R. Q., 25 años, española, profesión quehaceres domésticos. Entró el 19 de julio de 1907.

Antecedentes — Hereditarios, sin importancia; fisiológicos, ha caminado siempre bien, regló á los 16 años, duran 5 días, dolorosas, escasas; patológicos, viruela y sarampión.

Embarazo y partos anteriores—Un embarazo de término, parto normal, presentación cefálica, feto vivo y sano, alimentado por la madre, es hijo del mismo padre.

Embarazo actual—Dice haber visto sus últimas reglas del 13 al 15 de octubre y que los movimientos activos los notó al cuarto mes. Altura del útero 32 y 16 por encima del pubis; de 9 meses.

Como accidente y complicaciones: constipación, edema de los miembros inferiores, flujo amarillo. No hay albúmina.

Examen general—Esqueleto bien conformado, sin estigmas raquíticos; piel blanca, poco pigmentada; corazón, pulmones normales, senos flácidos, buena glándula, areola pequeña poco pigmentada, pezón saliente, no hay calostro, útero en la línea mediana.

Examen obstétrico—En lo que se refiere á la presentación, posición y variedad en las observaciones, más abajo, están detalladas. Pelvimetría externa B. T. 34, B. E. 25, B. S. 29, S. P. 21, pelvimetría interna P. P. M. normal; latidos fetales 140 latidos.

OBSERVACIONES

Refiere la enferma que hace un mes tuvo una pequeña hemorragia que cesó expontáneamente. Quince días después y durante nueve días tuvo pequeñas hemorragias que también cesaron.

Hoy á las cuatro a. m., comenzaron dolores de parto y al poco rato fueron seguidos por una gran hemorragia que también se cohibió expontáneamente debido sin duda á las roturas de las membranas. Fué atendida por dos parteras que le efectuaron algunos tactos y que luego enviáronla enferma á la clínica.

Llega en las siguientes condiciones: temperatura 37º, pulso 110, regular, tensión mediana. Utero con ligeras contracciones retraído sobre el feto. A la palpación se diagnostica una presentación de hombro derecho en posición izquierda. Latidos fetales normales. Vulva y vagina de multípara, cuello con centimetro de dilatación, se tocan dos cotiledones placentarios desprendidos. La presentación de hombro está inclinada porque se toca la espalda del feto.

Se comienza la dilatación con un balon de Champetier de Ribes, que se rompió; se la continúa con

la mano hasta 8 cents., luego se baja el buen pie (derecho) y se termina la versión, teniendo que deflexionar ambos brazos y hacer fuertes tracciones para desprender la cabeza.

Se practica el alumbramiento artificial, por la gran hemorragia, y se nota que la placenta está inserta en la cara antero lateral izquierda del segmento inferior.

Quedaron algunos restos de membranas que se ataron con una seda que quedó en la vagina; salieron días después al hacer un lavaje. El niño nace en buenas condiciones.

Parto—Julio 19—Comenzó á las 4 y 30 minutos a. m.

Entró á la sala de partos á las 8.30 a. m. del mismo día con una dilatación de 2 centimetros, sin encaje.

Variedad de posición en el momento del desprendimiento, S. P.

Expulsión del feto á las 10 a. m. del 19 de julio.

Cantidad de sangre perdida desde la expulsión hasta el alumbramiento, 400 grs.

Duración total del parto, 6 horas.

Anexos—Placenta triangular, de 550 grs. de peso, presentando como particularidades una degeneración calcárea, surcos profundos y quistes serosos en la cara fetal. Las membranas friables y desgarradas, bordan de inserción marginal, 59 centimetros de longitud, 1 1/2 centímetros de volumen y ninguna particularidad.

Niño—Masculino, alimentado por la madre, de 3.130 grs. de peso. Diámetros de la cabeza: O. M. 13, O. F. 11, S. O. B. 9, S. O. F. 10, Bi P. 9, Bi T. 6 1/2, S. U. B. 9; circunferencia total 34.

La enferma sale de alta el 27 de julio de 1907.

OBSERVACION IV

M. C. de C., 20 años, oriental, profesión quehaceres domésticos. Entró el 22 de febrero de 1907.

Antecedentes—Hereditarios, sin importancia; fisiológicos, regló á los 13 años, durando ocho días, abundantes é indoloras; patológicos, ninguno

Primípara.

Embarazo actual—Las últimas reglas aparecieron del 20 al 24 de junio; no recuerda la fecha en que sintió los movimientos activos del feto. Altura del útero, 24 centimetros.

Como accidentes, acusa la presencia de hemorragia en el último mes de su embarazo.

Examen general—Pequeña, bien constituída, nada de raquitismo; el examen de los distintos órganos nada de anormal.

Examen obstétrico—Presentación de hombro, dorso posterior, sin encaje; posición y variedad A. I. I. P.; pelvimetría interna, normal. No hay latidos fetales.

OBSERVACIONES

Un mes antes de ingresar á la Clínica, dice haber tenido una fuerte hemorragia por los órganos genitales externos, que cesó expontáneamente para reaparecer horas después en pequeña cantidad y que persiste hasta su entrada al hospital; añade que 13 horas antes dejó de sentir los movimientos activos del feto.

Llega en estas condiciones: tinte anémico generalizado, sudores fríos, disnea y ansiedad; el pulso 150. Continúa perdiendo sangre líquida por la vulva.

Se interviene urgentemente después de reconocer por el tacto una vulva de nulípara, vagina elástica, cuello borrado con 5 centímetros de dilatación, bolsa íntegra, insèrción marginal de la placenta, que se la nota desprendida en una extensión de 5 á 6 centimetros.

Se le hace una hipodermoclisis de 1.000 grs. de suero Hayen. Como primera maniobra se rompen las membranas, se toma un pie, se hace la maniobra de Braxton Hicko y se extrae un feto muerto. Como la enferma era algo indócil, se le administró moderadamente cloroformo.

Hubo necesidad de hacer el alumbramiento artificial. Se dieron inyecciones de ergotina, cafeína, éter, estimulantes, etc.

Parto—Comenzó el 21 de febrero á las 6 a.m., entrando á la sala el mismo día á las 9,30 a. m., con cinco centimetros de dilatación.

Los días consecutivos al parto la enferma tuvo durante nueve días grandes oscilaciones de temperatura y fué al quinto día que se hizo un examen ginecológico completo con este resultado:

Estado general satisfactorio, no obstante el tinte anémico y la gran temperatura.

Glándulas mamarias, normales.

Examen del vientre: blando, indoloro, algo meteorizado, retraído y contráctil, de buena consistencia.

Anexos: derecho, algo doloroso á la presión; izquierdo, no pudo palparse por una dermoclisis hecha en ese lado del abdomen.

Región vulvo perineal: periné normal, vulva con algunas dilaceraciones sin importancia, pero de aspecto sospechoso.

Loquios abundantes y algo turbios.

Cuerpo del útero. Cavidad libre y amplia, no sangrante ni dolorosa; por intermedio de la sonda intrauterina se nota la superficie suave y uniforme. Histerometría, 13 centímetros.

Cuello del útero, de tamaño regular, de color rojo, violáceo, algo más blando que lo normal, de bordes delgados é irregulares á causa de tres ó cuatro desgarraduras; su aspecto es sospechoso.

Al hacer el lavaje salen loquios abundantes, mucosos, mezclados con pequeños fragmentos de tejido macerado.

Tratamiento—Lavaje intrauterino y drenaje con un tubo de Dufour. Purgante.

OBSERVACION V

H. L. de C., 32 años, italiana, profesión quehaceres domésticos. Entrada marzo 23 de 1907.

Antecedentes—Hereditarios, sin importancia; fisiológicos, ha caminado siempre bien; regló á los 18 años, durando cuatro días, poco abundantes; patológicos, ninguno.

Embarazos y partos anteriores—Tres abortos, dos de 3 meses y el otro de cuarenta días ¿por surmenage? Cuatro embarazos á término; partos espontáneos con fetos vivos; primero, tercero y cuarto masculinos; el segundo femenino; todos viven y son sanos. Han sido alimentados por la madre y son hijos de un mismo padre. El del actual embarazo no pertenece al mismo de los demás.

Embarazo actual—Recuerda haber visto sus reglas, por última vez, del 17 al 21 de septiembre, y que los movimientos activos aparecieron hace un mes.

Examen general—Buen esqueleto, sin estigmas de raquitismo, piel blanca, no hay pigmentación; los distintos órganos (corazón, pulmones, etc.) normales.

Examen obstétrico—Presentación pelviana, sin encaje, en que la pelvimetría externa de B. T. 35, B. I. 29, B. E. 25 y S. P. 20 y la interna normal.

OBSERVACIONES

Refiere la enferma que el día 23, estando lavando, se le rompió la bolsa de las aguas, lo que fué seguido de ligeros dolores de parto á intervalos muy alejados, ingresando esa misma noche á esta Clínica.

Llega en estas condiciones: buen estado general, sin temperatura, pulso de 80 de mediana tensión. Las orinas sin albúmina. Utero sin contracciones, apreciándose por la palpación una presentación pelviana, cuyos latidos fetales son normales.

Al hacer el tacto se nota un cuello con dos centímetros de dilatación, por el cual sale el pie derecho del feto.

Como no hay indicación, se resuelve esperar, pasando en iguales condiciones el día 24 y la mañana del 25; á las 2 p. m. de este día comienzan las contracciones á largos intervalos, al mismo tiempo que la dilatación se efectúa más pronunciadamente; á las 10.30 p. m., el feto comienza á ser expulsado fuera de la vulva, pero bien pronto el período de expulsión se detiene, se hace la maniobra de Mauriceau, pero sin resultado, pues el anillo de Baudl aprieta fuertemente, por lo cual se introduce los dedos, tratando de dilatarlo, al mismo tiempo que se hacían tracciones del feto. A los veinte minutos de maniobras cuidadosas, pues había un ligero prolapsus del útero, se desprende la cabeza, constatándose la inserción de la placenta sobre el segmento inferior.

Parto—Comenzó á las 8 a. m. del día 23 de marzo; entró á la sala á las 8 p. m. con dos centímetros de dilatación y bolsa rota. Dilatación completa no hubo.

Expulsión del feto 11 y 55 p. m., 25 de marzo.

Cantidad de sangre perdida desde la expulsión hasta el alumbramiento, 100 gramos.

Alumbramiento—Placenta que se presenta por el borde, cuyo encaje se hace á los 10 minutos y cuya expulsión espontánea se produce á los 12 minutos sin pérdida sanguínea.

Anexos—Placenta circular, peso 350 gramos, particularidades ninguna; membranas normales é inserción marginal; cordón, inserción central, un centímetro de espesor y ninguna particularidad.

La enferma pidió el alta el 29 de marzo de 1907.

OBSERVACION VI

A. L. de D., 30 años, italiana, profesión quehaceres domésticos. Entró el 7 de mayo de 1907.

Antecedentes—Hereditarios, sin importancia; fisiológicos, ignora cuando caminó; regló á los 18 años, duran 3 días, son regulares y algo dolorosas; patológicos, influenza y fiebre tifoidea.

Embarazos y partos anteriores—Cuatro embarazos terminados en partos normales, presentación cefálica, feto vivo y sano, dos del sexo masculino y los otros del sexo femenino. Son hijos del mismo padre que el del embarazo actual. Los niños han sido alimentados por la madre.

Embarazo actual—No recuerda la fecha de las últimas reglas, como tampoco la aparición de los movimientos activos. Altura del útero 31 y 12 por encima del ombligo.

Examen general—Bien constituído el esqueleto, sin estigmas de raquitismo, no hay desviación de la columna; piel blanca sin cloasma, línea blanca poco pigmentada; corazón normal; pulmones ligera bron-

quitis (gruesos bronquios); no hay edemas ni varices, senos pequeños, buena glándula, areola grande pigmentada, pezón saliente, hay calostro; vientre globuloso de eje longitudinal, útero desviado á la derecha.

Examen obstétrico — Presentación cefálica, no hay encaje; pelvimetrías externa é interna normales.

OBSERVACIONES

Refiere la enferma que ha llevado perfectamente su embarazo hasta el 15 de abril á las 3 p. m., momento en el cual y estando sentada notó que perdía abundante cantidad de sangre por los órganos genitales; que ésta se detuvo expontáneamente á los pocos momentos para reaparecer la noche del 16 en que estando dormida y sin tener dolor alguno, se sintió mojada; asustada llamó á una partera la cual le indicó reposo absoluto é irrigaciones vaginales calientes.

La pérdida de sangre no volvió después á repetirse y la enferma pudo levantarse y ocuparse de sus quehaceres.

Anoche (6 de mayo) á las 10 p. m. y estando entregada al sueño fué nuevamente sorprendida por una nueva hemorragia abundante que siguió produciéndose lentamente durante toda la noche.

A la mañana siguiente fué vista por una partera quien requirió los servicios de un médico, el cual le aconsejó su ingreso inmediato á esta Clínica.

Llega en las siguientes condiciones: palidez generalizada muy marcada, extremidades frías, mareos, cefalalgia y algunos ligeros síncopes, á más, temperatura 37º, pulso filiforme incontable. Utero sin contracciones; por la palpación se reconoce: presentación cefálica, sin encaje en I. T. Latidos fetales normales.

Por el tacto se constata á través del cuello, que tiene unos 3 centimetros de dilatación, la presencia de algunos coágulos y los cotiledones de la placenta, la cual se ha desprendido á esa altura. Por el grave estado de la enferma se decide intervenir previa hipodermoclisis de 700 gramos de suero; se hace una versión por maniobras externas á fin de llevar los pies del feto hacia el segmento inferior. La mano del operador encuentra una gran resistencia en el cuello que no se deja dilatar, desprendida la placenta hacia el lado derecho, se rompen las membranas y se extrae con dificultad el buen pie que se desciende hasta el muslo, á fin de taponar el cuello, lo que se hace con eficacia, porque éste está fuertemente contraído sobre aquél; en este momento los latidos fetales son muy débiles y lentos (80), por lo cual se sigue haciendo tracción sobre el miembro extraído con lo que se consigue extraer el feto, no sin que antes el cuello haya opuesto dificultades á la salida de la cabeza, pero que fueron fácilmente vencidas con una buena flexión de aquélla y con tracciones enérgicas y sostenidas.

Extraído el feto se practica el alumbraminto arti-

ficial para evitar á la enferma mayor pérdida de sangre. La placenta está inserta sobre la cara anterior del segmento inferior.

Después del alumbramiento artificial se practica un lavaje intrauterino de agua esterilizada á 48º, que cohibe completamente la hemorragia y 1 c3 de ergotina.

Niño—Masculino, 3200 gramos, nace con asfixia blanca. Hay latido cardíaco irregular y ligero reflejo faringeo. Inmediatamente se le practica insuflación con el aparato de Ribemont Desaignes, á las primeras insuflaciones el corazón se regulariza, pero la primera inspiración recién se obtuvo á los 20 minutos y de forma espasmódica; después que se sucedían cada dos minutos de intervalo, se van aproximando hasta que el niño respira sólo á los 50 minutos de excitaciones continuas (baños calientes y fríos, fricciones) y respiración artificial. A las pocas horas la función respiratoria se efectúa regularmente, pero el niño se queja continuamente, no obstante esto excitándolo llora con fuerza.

El niño tiene una longitud total de 48 centímetros; los diámetros de la cabeza son: O. U. 13, O. F. 11, S. O. B. 9, S. O. F. 10, Bi. P. 9, Bi. T. 8, S. O. B. 9, y circunferencia total 33.

El peso que el día del nacimiento era de 3200 gramos, bajó el segundo día á 3000 gramos, y así sucesiva y progresivamente hasta el noveno día, en que comenzó á aumentar; días después fué dado de alta en buenas condiciones.

Anexos—Placenta circular de 500 gramos de consistencia friable y coloración rojo pálido.

Cordón—Inserción lateral de 48 centímetros de longitud y sin particularidad alguna.

La enferma salió de alta el 19 de mayo de 1907.

OBSERVACION VII

J. P. de M., 34 años, argentina, profesión quehaceres domésticos. Entró 31 de mayo de 1907.

Antecedentes—Hereditarios, sin importancia; fisiológicos, no recuerda á que edad caminó; regló á los 14 años, siendo regulares, poco abundantes, muy dolorosas después de su primer parto; patológicos, viruela á los cuatro años; hace cinco años fué operada de un quiste hidático del hígado, y hará próximamente dos años y medio fué operada de un riñón flotante del lado derecho y de una retroflexión adherente del útero (histeropexia abdominal). Desde entonces las reglas se establecieron regularmente sin los dolores que acusaba antes de la operación.

Embarazos y partos anteriores—Un embarazo á término, parto espontáneo, feto vivo del sexo masculino, alimentado por la madre. El actual es de otro padre.

Embarazo actual—Recuerda que sus últimas reglas las tuvo del 28 al 30 de noviembre, y que los movimientos activos del feto los notó al quinto mes. Altura del útero 26, y 5 por encima del ombligo.

Accidentes y complicación del embarazo—Vó-

mitos abundantes durante los cuatro primeros meses.

Del examen general no da ninguna alteración del obstétrico, tanto su pelvimetría externa como interna dan diámetros dentro de los normales; la presentación es una I. T. Los latidos fetales 156 y existe un soplo uterino del lado derecho.

OBSERVACIONES

La enferma dice que desde hace tiempo tiene pérdidas sanguíneas á intervalos que cesan espontáneamente y reaparecen cuando ella menos piensa, con mayor intensidad; que esperanzada en esto último no siguió ningún tratamiento ni guardó cama sino á última hora.

Seis días antes de sentir dolores, y estando en esta Clínica desde hace días, pierde nuevamente sangre en pequeña cantidad, pero acompañado de dolores; como la enferma solía levantarse y andar, en vista de su ausencia de sangre, se le obliga á guardar cama y hacerle irrigaciones calientes que hacen cesar la hemorragia.

Tres días más tarde deja de percibir los movimientos del feto, sin que esta circunstancia fuera acompañada de otra pérdida de sangre.

Al otro día por la noche se rompieron las membranas de una manera espontánea, sin ser seguido esto de ningún síntoma subjetivo ni objetivo que diese lugar á una indicación precisa, á no ser el re-

poso en el lecho; permanece así hasta el otro día, en que el jefe de clínica la examina y constata la ruptura prematura de las membranas por inserción viciosa de la placenta, á más comprueba la muerte del feto y una ligera elevación térmica que motivó la indicación de que si aumentaba la fiebre se terminara el parto artificialmente. Por la noche la temperatura llegó á 38º4; al examinar el útero se lo nota fuertemente retraído sobre el feto, teniendo una consistencia casi leñosa y sin que exista el menor provocado por contracción uterina. El cuello permite el paso de dos dedos, y que comprueba la inserción baja y retracción del anillo de Baudl.

Como la presentación es cefálica y hay que terminar el parto, se anestesia la enferma y se le coloca un balón de Champetier de Ribes, que se deja en permanencia á fin de que se produzca la dilatación, la presencia de éste aumenta la consistencia del útero y no despierta ninguna contracción uterina, pero, sin embargo, fué expulsado á la vagina cuatro horas después de colocado, sin que la cabeza descienda por el anillo de Baudl. En estas condiciones quedó hasta la mañana siguiente, la temperatura persiste. Se resuelve nuevamente intervenir, bajo anestesia, se coloca otro balón, tratando de hacer una dilatación rápida, que sólo en parte se consigue, pues el balón se rompió; en vista de esto, poniendo en práctica el método de Bonain, se llega á dilatar lo suficiente para dejar pasar la mano; una vez hecho esto, se hace una versión podálica que fué dificultada (por

el anillo de Baudl y la retracción del cuerpo del útero), sobre todo en el tercer tiempo, en que hubo necesidad de un ayudante que presionara la cabeza á través de las paredes abdominales, pues sin su ayuda y sin la maceración de los tejidos fetales que permitían amoldarse fácilmente, la versión no hubiera podido hacerse sin traer graves lesiones á la madre, pues á más del anillo de Baudl que oponía un obstáculo serio por su tetanización, lo que hizo que se dejaran de lado el empleo de instrumentos dilatados metálicos, por su peligro en estos casos, existía una marcada dificultad en la dilatación del cuello.

Esta intervención fué seguida del alumbramiento artificial, pudiéndose constatar que la placenta estaba adherida sobre la cara lateral derecha del segmento inferior (inserción marginal).

El útero se retrajo bien, quedando la mujer en buenas condiciones.

Salió de alta el 26 de julio de 1907.

OBSERVACION VIII

B. R. de R., 38 años, francesa, profesión quehaceres domésticos. Entró en marzo 2 de 1907.

Antecedentes—Hereditarios, sin importancia; fisiológicos, regló á los 16 años, durando de 2 á 3 días, poco abundantes é indoloras; patológicos, fiebre amarilla.

Embarazos y partos anteriores—Tuvo dos embarazos á término, con parto espontáneo, fetos vivos del sexo masculino, el primero vive y es sano, el segundo falleció á los cinco meses.

Alimentación artificial con el biberón. Todos, incluso el del actual embarazo, son hijos del mismo padre.

Embarazo actual—Recuerda haber visto sus últimas reglas del 2 al 5 de junio, y los movimientos activos á los cuatro meses y medio.

Altura del útero 33, y 14 por encima del ombligo.

Accidentes y complicaciones del embarazo—Vómitos biliosos y alimenticios durante todo el embarazo, cefalalgias, ardores á la micción.

Examen general—Nada de anormal.

Examen obstétrico—Presentación cefálica, fijada en posición y variedad O. I. D. A., en que la pelvimetría externa é interna son normales. Latidos fetales débiles 90.

OBSERVACIONES

Refiere la enferma que el día 29 de enero sintió durante todo el día dolores en el bajo vientre y muslos; que á las 6 p. m., estando en el balcón, tuvo bruscamente una pérdida sanguínea que la obligó á guardar cama.

Asustada llamó un médico y una partera, la cual reconoció á la enferma y le indicó lavajes calientes, diciendo que no había trabajo de parto. El médico, á su vez, la reconoció, le recomendó reposo absoluto en cama y prolongar lo más posible el embarazo.

Así pasaron cinco días sin novedad, al cabo de los cuales vuelve á sentir dolores, acompañados de hemorragia, que la obligaron á llamar nuevamente á las mismas personas de antes que le indicaron igual tratamiento. Esto se repite en igual forma por dos veces, hasta que una tercera, el 28 de febrero á las 9 a. m., se rompe espontáneamente la bolsa de las aguas; durante el día siguió perdiendo agua en pequeña cantidad, hasta la noche en que una nueva hemorragia, si bien más abundante, la obliga á recurrir á las mismas personas, que le aconsejaron ingresar á esta Clínica, donde llega en estas condiciones: palidez generalizada, ligera agitación, sed, pul-

so 116, regular, muy poco tenso, temperatura 38º, presentación cefálica no encajada O. I. I. T., latidos fetales 130, hay contracciones muy alejadas, débiles y poco dolorosas. Vulva normal, vagina amplia, llena de coágulos, cuello con seis centímetros de dilatación, bolsa rota, sobre la circunferencia derecha del cuello se toca el borde de la placenta que está desprendida en una extensión de cinco centímetros.

La cabeza apoya débilmente sobre la parte desprendida; se la rechaza sin dificultad hacia arriba y partes laterales. Como el pulso sube á más de 120 por minuto y el estado de la enferma fuera inquietante, se resuelve intervenir, previa inyección de 500 gramos de suero, cafeina, etc.

Se introduce la mano en la vagina, se rechaza la cabeza hacia la derecha á fin de que el ayudante haga una versión externa, aprovechando la débil tensión de las paredes uterinas; con lo que se consigue bajar el buen pie al segmento inferior á fin de taponar el cuello. Como no se perciben los latidos fetales, se continúa traccionando el miembro hasta extraer completamente el feto por un Mauriceau que duró un minuto.

El feto nace sin latidos cardíacos y completamente blanco, habiendo sido infructuosas todas las tentativas que se hicieron para reanimarlo.

Por el estado general de la enferma y por su retardo en la expulsión, se hace el alumbramiento artificial. Estaba fuertemente adherida sobre la pared lateral derecha y sobre la anterior y posterior, desde el anillo de Baudl hasta el fondo.

Se termina por un lavaje intrauterino; suero, ergotina, etc.

Parto—Comenzó á la 1 p. m. del 28 de febrero, entró á la sala de partos el 2 de marzo á las 6.30 ante meridiano, y expulsó el feto el mismo día á las 9.30 a. m.

Como los días consecutivos al parto persistiera la temperatura, unido á un estado general malo, se resuelve hacer un examen general detenido que da el resultado siguiente:

Examen del vientre: blando, retraído, indoloro, ligeramente meteorizado. Se nota en la línea media el útero doloroso á la palpación, de consistencia poco más blanda que la normal, retraído, contractil y con su fondo á 12 centímetros por encima del pubis.

Anexos. Normales á la palpación.

Región vulvo perineal. Periné normal. Horquilla desgarrada, unida por un punto sutura con crin de Florencia, cuyos bordes están ocupados por placas de exudados amarillos.

Loquios sanguinolentos, turbios, fétidos, abundantes.

Vagina. La desgarradura de la horquilla se propaga á la pared posterior de esta en una altura de cuatro centímetros, unidos sus bordes con crin, y cuyo aspecto no es muy bueno.

Cuello del útero grande, globuloso, poco retraído, blando con sus paredes adosadas; presenta en su borde posterior una gran erosión recubierta de un exudado amarillo grisáceo; el labio anterior tiene

pequeñas erosiones diseminadas con igual aspecto; estas ulceraciones también se notan en el borde antero lateral izquierdo. Orificio externo amplio y ocupado por loquios sanguinolentos turbios.

Tratamiento—Lavaje vaginal y drenaje con gaza iodoformada, en ocasiones lavajes intrauterinos.

Este tratamiento fué seguido con resultado satisfactorio, pues la enferma salió de alta el 25 de marzo.

OBSERVACION IX

E. S. de D., 29 años, argentina. Entró el 18 de agosto de 1907.

Antecedentes—Hereditarios, sin importancia; fisiológicos, regló á los 14 años, duran 4 ó 5 días, abundantes, indoloras; patológicas, escarlatina, sarampión.

Embarazo y partos anteriores—Ocho embarazos, siete á término, fetos vivos y sanos, presentaciones cefálicas, partos normales. En el último tuvo que sufrir un alumbramiento artificial. Tuvo un aborto cuya causa ignora; han sido alimentados por la madre y son hijos del mismo padre.

Embarazo actual—Ultimas reglas en noviembre ignorando fecha precisa como tampoco cuando aparecieron los movimientos activos.

Examen—General, nada de anormal en el examen de sus distintos órganos. Obstétrico, presentación de hombro, sin encaje en A. S. D. (dorso posterior); las pelvimetrías normales. Latidos fetales 140, normales.

Parto—Entró á la sala de partos á las 12 p. m. del 18 de agosto, sin haber encaje, ni dilatación; expulsándose el feto á las 10 a. m. del siguiente día.

OBSERVACIONES

Refiere la enferma que ha llevado bien su embarazo hasta el 18 de agosto á las 7 p. m., momento en el cual fué sorprendida por una intensa hemorragia que la obligó á tomar el lecho con lo cual cesó; fué llamado un primer auxilio de la Asistencia Pública que transportó la enferma á esta Clínica en donde no existiendo indicación se la deja en reposo. A la mañana siguiente á las 9 a. m. la enferma se halla en las condiciones siguientes: temperatura 36º8, pulso 104, regular, depresible; no hay contracciones, bolsa íntegra, presentación de hombro derecho en posición derecha; latidos fetales normales.

Como se teme que si sobreviene otra hemorragia peligrará la vida del feto y la de la madre, antes de intervenir á tiempo oportuno se resuelve hacerlo prematuramente, teniendo en cuenta á más que el embarazo es casi á término. Bajo anestesia clorofórmica, se hace dilatación unimanual hasta el pasaje del puño (20 minutos de duración), luego se rompe la bolsa y se toma el buen pie (izquierdo) y se extrae sin dificultad un feto en regulares condiciones de vitalidad, pues aunque respira bien, está siempre cianótico, y así permanece sin otro síntoma hasta las 12 p. m., en que fallece.

Autopsia del niño: diagnóstico anatómico, hemorragia meningea (sub dural).

Terminada la extracción del feto, hay abundante

pérdida de sangre que obliga á practicar el alumbramiento artificial y luego á hacer un taponamiento intrauterino y vaginal, porque la hemorragia continuaba; además se le hace una inyección de 2c3 de ergotina y 1000 gramos de suero Hayem.

Anexos—Placenta alargada é irregular, peso 680 gramos, sin ninguna particularidad; membranas normales; cordón inserción marginal, 49 centímetros de largo y exceso gelatina de Warton.

La mujer sale de alta el 1º de septiembre de 1907.

———

OBSERVACION X

B. L. de V., 37 años, española, profesión quehaceres domésticos. Entró el 4 de enero.

Antecedentes—Hereditarios, sin importancia; fisiológicos, regló á los 15 años, dúran cuatro días, abundantes y dolorosas; patológicos, sarampión, viruela, influenza, jaqueca.

Embarazos y partos anteriores—Cuatro embarazos, dos partos expontáneos y á término, el tercero de 8 meses y medio nació muerto por hemorragia debido á inserción baja placenta. El cuarto fué un aborto de 4 ó 5 meses (nació vivo, falleció á los 15 minutos). Los dos primeros viven, son sanos y del mismo padre del embarazo actual.

Embarazo actual—Fechas de las últimas reglas del 26 al 30 de marzo, altura del útero 35 centímetros y 10 por encima del ombligo.

Accidentes y complicaciones—Vómitos biliosos, los dos primeros meses; flujo durante todo el embarazo, primero blanco y amarillo después.

Examen general—Sin ninguna novedad.

Examen obstétrico—Presentación de hombro, sin encaje en A I I; pelvimetría externa é interna normal. No hay latidos fetales.

OBSERVACIONES

La partera que acompañó á la enferma hasta la Clínica dice haberla examinado á las 5 a. m., del día de entrada 4 enero, que comprobó dilatación completa con bolsa íntegra y que al prepararse para hacer el parto, ésta se rompió, notando que el cordón y una mano salían de la vulva al mismo tiempo que una gran cantidad de sangre. Fué llamado un médico el que aconsejó el ingreso á este hospital.

Llega á la Clínica á las 7 a. m., en este estado: palidez generalizada, sudores fríos, enfriamiento de las extremidades, anemia marcada de las conjuntivas y mucosas, ansiedad y dolores en el epigastrio é hipogastrio, temperatura 35º3, pulso 126 regular, muy poco tenso. Abdomen de forma irregular, flacido, inercia uterina. Se toca la cabeza en el fondo y hacia la izquierda del órgano da crepitación apergaminada, el otro polo está á la derecha.

Fuera de la vulva, que es normal, se ve una ansa de cordón que no late, cuyo largo es más de 25 centímetros, conjuntamente con este aparece la mano derecha del feto; en la vagina gran cantidad de coágulos y se constata el pie derecho; la dilatación es completa, el feto presenta su hombro derecho en posición izquierda dorso anterior.

Dada la inercia uterina, la palidez de sus paredes y la urgencia por el estado general malo, se procede, previa inyección de 500 gramos suero, cafeína, etc., y

bajo anestesia á una versión por maniobras internas que se efectuó con toda facilidad y rapidez pues el buen pie era el procedente y á más la gran flacidez de las paredes uterinas.

Parto—Comenzó el 3 enero á la 1 p. m., entrando á la sala de partos el 4 á las 7 a. m., con dilatación completa y en A I I . La rotura de las membranas fué expontánea y tempestiva, extrayéndose el feto á las 7.55 a. m., del mismo día y habiendo perdido, 250 gramos de sangre, antes de su expulsión.

Alumbramiento—La altura del útero, por arriba de la sinfisis después de la expulsión 25 y cinco minutos después 22 centímetros. La placenta aparece por su borde, encajándose á los cinco minutos y habiéndose expulsado expontáneamente á los 8 minutos sin perderse más de 50 gramos de sangre.

Después se le hacen otros 500 gramos suero, cafeína, poción todo, lecho caliente, que se repite igualmente al otro día.

Anexos—Placenta de forma circular de 535 gramos de peso con nódulos fibricosos; las membranas sin ninguna alteración; el cordón inserción central de 46 centímetros largo y sin particularidad alguna.

La enferma sale de alta el día 16 de marzo.

———

OBSERVACION XI

R. C. de C., 24 años, italiana, quehaceres domésticos. Entró 8 de agosto 1907.

Antecedentes—Hereditarios, sin importancia; fisiológicos, caminó á los nueve meses, regló á los 12 años, regulares, abundantes, dolorosas, durando de 3 á 4 días.

Embarazos y partos anteriores—Dos á término, partos expontáneos, fetos vivos y sanos del sexo masculino, fueron alimentados por la madre hasta el cuarto ó quinto mes luego siguió con lactancia artificial; son hijos del mismo padre, agrega la enferma que sospecha haber tenido un aborto de dos meses anterior al actual embarazo.

Embarazo actual—Recuerda haber tenido sus últimas reglas á fines de diciembre y los movimientos activos haber aparecido en el cuarto mes. Altura del útero 27 y 7 por encima del ombligo.

Examen general—Nada de particular.

Examen obstétrico—Presentación transversal, A I I T; los diámetros pelvianos normales. latidos fetales 156.

OBSERVACIONES

Refiere la enferma haber llevado perfectamente bien su embarazo hasta comienzos del sexto mes, en que sintió, una noche, un ligerísimo dolor en el hipogastrio acompañado de una hemorragia abundante; que por prescripción médica la obligó á permanecer en cama donde estuvo trece días sin pérdidas sanguíneas. El día 8 de agosto comienza á sentir ligeros dolores en el vientre á la vez que nuevamente perdía sangre por los órganos genitales, por cuya causa resolvió la partera consultada remitirla á esta Clínica. A las dos horas de permanecer aqui le sobreviene una intensa hemorragia que pronto se acompaña de enfriamiento de las extremidades, mareos y aceleración del pulso que sube á 130, regular, muy poco tenso. Se le hace una inyección vaginal caliente á 48º, la hemorragia cede pero el estado es grave por lo cual se resuelve intervenir rápidamente.

Por la palpación se diagnostica una presentación transversal en posición izquierda, con feto cuyos latidos son muy acelerados (por hemorragia materna). Al tacto se encuentra cuello borrado con tres centímetros de dilatación y muy dilatable en cuyo centro se tocan cotiledones placentarios desprendidos, á más se nota mayor espesor del lado izquierdo del segmento inferior. Previa dilatación unimanual, del cuello, hasta el pasaje del puño, lo que se efectúa fácil y rápidamente (1 minuto), se despren-

de la placenta hacia el lado derecho, se llega á las membranas que son muy resistentes y que no pueden romperse con el dedo, siendo necesario desgarrarla con una pinza de Kocher, saliendo después regular cantidad de líquido amniótico claro; se toma el pie inferior derecho, y se le tracciona y mediante el cual se extrae un feto pequeño, que aspiró gran cantidad de líquido amniótico muriendo á pesar de las insuflaciones y tratamientos efectuados.

El alumbramiento se efectuó normalmente, la placenta se insertaba en la cara lateral izquierda del segmento inferior.

Se termina con una irrigación intrauterina, una inyección de 1 centímetro cúbico de ergotina, suero con lo que la enferma reacciona á los minutos, no obstante lo cual el pulso está en 140.

Parto—Comenzó á la 1 p. m., del 8 de agosto, entrando á la sala de partos á las 2 p. m., con dos centímetros de dilatación. La rotura de la bolsa de las aguas se hace antes de la dilatación completa siendo expulsado el feto á las 2.40 p. m., despues de una hemorragia de 1500 gramos de sangre.

PUERPERIO FEBRIL

Como á pesar del estado general bueno, hubiera temperatura y otras alteraciones se la envía á la sección séptica, donde se la examina y trata detenidamente.

10 de Agosto. *Examen ginecológico*—Glándulas mamarias, normales.

Vientre, globuloso algo meteorizado, indoloro. Utero en la línea media, blando, contractil, indoloro. Altura de éste 12 centímetros por arriba del pubis.

Anexos, normales á la palpación.

Región vulvo-perineal, nada de particular.

Loquios, escasos, sanguinolentos, turbios sin mal olor.

Vagina, con paredes elásticas, lisas de color rojo pálido. Fondos de saco libres.

Cuello uterino, en la línea media, globuloso, de grandes dimensiones, indoloro, de bordes gruesos especialmente el que corresponde al labio anterior. Ectropión de la mucosa cervical, granulosa, cubierta de un exudado blanco amarillento fino que fácilmente se desprende. Pequeña desgarradura lateral izquierda.

Tratamiento, lavaje vaginal con solución de Lysol desprendimiento del exudado del cuello, se toca la región dejada al descubierto con tintura de iodo. Pequeño drenaje de gaza iodoformada en la vagina hasta el cuello del útero.

Día 11. El útero se encuentra algo desviado á la derecha, siempre blando, contractil, á 11 centímetros por encima del pubis. Loquios escasos sanguinolentos, turbios; el exudado ha disminuido algo. Se hace el mismo tratamiento.

Día 12. La temperatura baja á 37º2, lo demás igual al día anterior.

Día 13. El cuello uterino reducido de volumen,

el exudado menos abundante, más fino y se desprende fácilmente. Utero desviado á la derecha, su altura 10 centímetros por encima pubis. El mismo tratamiento.

Día 14. El cuello algo globuloso, con bordes gruesos. Ectropión de la mucosa cervical, sin exudados. Utero aun blando poco contractil á 9 centímetros de altura, loquios escasos, sero sanguinolentos sin olor.

Día 15. Vuelve á aparecer el exudado del cuello. Loquios escasos serosos sin mal olor. Tratamiento el mismo.

Día 16. El útero encuéntrase en fuerte anteflexión á 8 centímetros de altura. Introduciéndose el espéculo se la corrige y se ve salir del cuello uterino un líquido sero purulento, abundante, fétido. Comprimiendo el útero por encima de las paredes abdominales la cantidad de loquios eliminados aumenta visiblemente. El cuello grueso, globuloso, cuya mucosa aparece exuberante, granulosa y recubierta de un exudado fino que se desprende fácilmente. Tratamiento igual con drenaje uterino.

Día 17. El útero desviado á la derecha, indoloro, algo más duro que los días anteriores y más contractil; sigue en anteflexión, el exudado ha desaparecido casi completamente. Los loquios se conservan abundantes, sero purulento fétidos. Tratamiento el mismo.

Día 18. Utero duro, desviado á la derecha. No hay más exudados. Loquios muy escasos serosos li-

geramente purulentos. Tratamiento lavaje vaginal caliente de una solución de lysol. Pequeños drenages de gaza iodoformada en el cuello.

Día 19. Desde hoy el puerperio entra en su curso normal.

Sale de alta el 21 de agosto de 1907.

———

OBSERVACION XII

C. P. de C., 36 años, argentina, quehaceres domésticos. Entró marzo 2 de 1907.

Antecedentes—Hereditarios, sin importancia; fisiológicos, regló á los 15 años duran 3 días abundantes y dolorosas.

Embarazos y partos anteriores—Catorce embarazos á término con partos expontáneos y dos abortos de dos meses cada uno. El 1º, 4º, 8º, 9º, 13 y 14 masculinos, los demás femeninos. Todos han nacido vivos habiendo fallecido nueve por causas diversas, han sido alimentados por nodriza.

Embarazo actual—Fecha de las últimas reglas del 10 al 13 de julio; aparición de los movimientos activos al 4º mes. Altura del útero 28 y 10 por encima del ombligo.

Examen general—Nada de particular.

Examen obstétrico—Presentación cefálica, sin encaje en O I D T, diámetros pelvianos normales. Latidos fetales 130.

OBSERVACIONES

Refiere la enferma que el día 2 á las 5 a. m.., le sobrevino una hemorragia por los órganos genitales externos, abundante, sin dolor, y que la obligaron á llamar un facultativo que indicó el lavaje caliente, etcétera, etc. La hemorragia cesó momentáneamente para reaparecer en dos ocasiones en igual forma, hasta que por consejo del médico ingresó á esta Clínica donde llega en estas condiciones: palidez generalizada, pulso 120 regular muy poco tenso, temperatura 37º2. Utero línea media, sin contracciones, presentación cefálica O. I. D. T. no encajada.

Vulva normal, vagina amplia con grandes coágulos sanguíneos, hay 4 centímetros de dilatación, cuello dilatable, se toca el borde de la placenta desprendido, la cabeza rechazada en derecha transversa. La bolsa de las aguas está intacta, la pérdida de sangre continua. —

Dado el estado alarmante de la enferma se decide intervenir, previa inyección, suero fisiológico, etcétera, etc. Se rechaza la cabeza á la derecha á fin de que el ayudante pueda más fácilmente hacer la versión por maniobras externas, con lo cual se consigue, previa ruptura de las membranas, bajar un pie que hace tapón; como el corazón fetal no se oyera se continúan las tracciones hasta la extracción de un feto que nace en estado de muerte aparente; se le consigue reanimarlo, con facilidad, por medio de baños calientes y fríos, respiración artificial, etc.

Parto—Comenzó á las 7 a. m. del 2 de marzo, entró á la sala de partos á las 10.30 a. m. del mismo día, terminando á las 11 a. m. por la extracción del feto.

Alumbramiento—Altura del útero por arriba de la sínfisis, después de la expulsión 17, cinco minutos después 16. La placenta apareció por su cara fetal, encajándose á los diez minutos.

Niño—Prematuro, nace en estado de debilidad congénita, el grito es débil, la respiración superficial. Durante el primer día se le mantiene envuelto en algodones y con botellas calientes. A las 12 horas se le administra una cucharadita de leche que deglute lentamente y con dificultad (no toma el pecho). Continúa en malas condiciones durante 36 horas; en ocasiones se pone cianótico y es atacado de convulsiones, no toma el pecho, siendo muy dificultosa su alimentación. Muere á continuación de una convulsión.

La mujer pide el alta el 9 de marzo de 1907.

———

OBSERVACION XIII

A. S. de N., 26 años, argentina, quehaceres domésticos.

Antecedentes—Hereditarios, sin importancia; fisiológicos, caminó á los nueve meses, simpre bien; regló á los 10 años y medio, irregulares (cada tres semanas) indoloras y duraban de 3 á 4 días.

Embarazos y partos anteriores—Ha tenido tres embarazos á término, partos y puerperios normales, presentación cefálica, fetos vivos y sanos. Tuvo un aborto, el último de tres meses. Son hijos del mismo padre, incluso el del actual embarazo.

Embarazo actual—Dice haber tenido sus últimas reglas del 20 al 24 de mayo, apareciendo los movimientos activos al cuarto mes.

Accidentes y complicaciones—Flujo anormal durante todo el embarazo y signos de irritación de la vejiga.

Estado general—Nada de particular.

Examen obstétrico—Presentación cefálica, fijada D. T. Diámetros normales. No hay latidos fetales.

OBSERVACIONES

Refiere que el embarazo actual ha sido normal hasta el 10 de febrero por la tarde, en que estando sentada notó que perdía sangre por la vulva, en pequeña cantidad y sin ser acompañada de dolores; aconsejada por una partera guardó cama, consiguiendo hacer cesar la hemorragia. El día siguiente siguió bien, entregándose de lleno á sus quehaceres, igualmente los días sucesivos hasta el día 27 á la 1 a. m. en que reapareció la sangre en igual forma; esta hemorragia se repite igualmente y á intervalos durante el día hasta que resuelve ingresar, por indicación de un médico, á esta Clínica.

Su estado es de una marcada palidez con sudores fríos, pulso filiforme, agitación y 37º2 de temperatura.

Utero flácido, con contracciones alejadas poco vigorosas y dolorosas. No hay latidos fetales.

Vulva con grandes coágulos, cuello 4 centímetros dilatación, bolsa íntegra, se toca el borde de la placenta al nivel del cuello, desprendida. Presentación cefálica D. T. sin encaje.

Dado el estado grave de la enferma, se hace inmediatamente una versión por maniobras externas, aprovechando la integridad de la bolsa de las aguas, conseguido ésto se la rompe, á la bolsa, con pinzas por no ser posible á mano, se baja un pie que hace tapón en el cuello y cohibe la hemorragia, se sigue

haciendo tracciones sobre el miembro y se termina la extracción del feto con un Mauriceau, después de lo cual sale gran cantidad de líquido amniótico con meconio.

A los quince días del parto se levanta pero se ve obligada nuevamente á guardarla por una flebitis de la femoral, de la cual curó.

Alumbramiento—Artificial, por el mal estado de la enferma. La placenta se encontró sólidamente adherida en la cara antero lateral izquierda. Se hizo suero, ergotina, etc.

Anexos—Placenta circular de 425 gramos de peso, muy friable y sin alteración alguna.

Las membranas gruesas y resistentes.

El cordón de inserción central de 55 centímetros de largo y sin ninguna particularidad.

La enferma sale de alta el 18 de abril de 1907.

———

OBSERVACION XIV

C. R. de S., 26 años, italiana. Entró el 10 de agosto.

Antecedentes—Hereditarios, sin importancia; fisiológicos, regló á los 15 años, duran 8 días, abundantes, indoloras.

Embarazos y partos anteriores—Tres embarazos. El primeró terminó en un aborto de cinco meses, ignora causa. El segundo y tercero en partos normales, fetos vivos y sanos de sexo masculino. Todos son hijos del mismo padre. Han sido alimentados por la madre.

Embarazo actual—Fechas de las últimas reglas del 5 al 7 de diciembre, altura del útero 30 y 10 por encima del ombligo.

Examen general—Nada de particular.

Examen obstétrico—Presentación pelviana completa, sin encaje en S. I. I. T., diámetros pelvianos normales. Latidos fetales 150.

OBSERVACIONES

Refiere la enferma que ha llevado perfectamente su embarazo hasta el viernes 9 de la mañana, mo-

mento en el cual y estando en sus ocupaciones, fué sorprendida por una hemorragia de regulares proporciones, que cesó con el reposo é irrigaciones calientes prescriptas por un médico que le aconsejó el ingreso á la Clínica si aquella se repetía. Durante los días 9 y 10 sólo perdió y periódicamente muy pequeña cantidad.

El 10, á las 8 p. m. ingresa en estas condiciones: no hay temperatura, pulso 90 regular, medianamente tenso, no hay hemorragia ni trabajo de parto, presentación de nalga completa, sin encaje y S. I. I. T., latidos fetales normales. Se aseptiza la enferma y se le prescribe reposo absoluto y un enema con 25 gotas de láudano.

El 11, á las 8 a. m. comienzan algunos dolores que se suceden regularmente cada 15 ó 20 minutos hasta las 3 p. m., momentos en el cual y durante una contracción sale abundante cantidad de sangre líquida (unos 1.000 gramos) que hace ascender el pulso á 120. Acto continuo se hace un tacto y se encuentra cuello con seis centímetros de dilatación y dilatable muy fácilmente, bolsa íntegra y el borde de la placenta desprendido del lado izquierdo. Se rompe la bolsa con una pinza y se baja el pie que se presenta (izquierdo) con el objeto de taponar, pero se nota que éste tiene á la altura de la rodilla una circular de cordón que como está comprimido no late, entonces se decide, aprovechando la elasticidad del cuello y en obsequio á la vida del feto ya comprometida, seguir haciendo una tracción suave y sosteni-

da sobre el miembro descendido á la vagina, obteniéndose así y muy rápidamente (30 segundos) la extracción total del feto en buenas condiciones de vitalidad, pero prematuro (8 meses) sin que el cuello que en seguida se rehizo hubiese sufrido la más mínima lesión.

Extraído el feto, no hay hemorragia por lo cual se espera á que el alumbramiento se efectúe expontáneamente, como sucedió.

Luego se termina por un lavaje vaginal caliente y 500 gramos de suero. La enferma queda en buenas condiciones, el feto es colocado en la incubadora.

Alumbramiento — Después de la expulsión el útero tenía 18 centímetros, á los cinco minutos 20, á los diez 22. La placenta se presentó por su cara fetal, encajándose á los diez minutos.

Anexos—Placenta circular de 350 gramos de peso y consistencia blanda.

Cordón. Inserción lateral, 46 centímetros de longitud, con várices.

La enferma pidió el alta el 19 de agosto de 1907.

OBSERVACION XV

V. R. de A., 27 años, argentina, quehaceres domésticos. Entró el 12 de agosto de 1907.

Antecedentes—Hereditarios, sin importancia; fisiológicos, regló á los 15 años, regulares, escasas, dolorosas, durando cuatro días; patológicos, epilepsia desde los 8 años.

Embarazos y partos anteriores—Siete embarazos á término, el primer parto expontáneo, presentación cefálica, del sexo masculino vive y es sano; segundo y tercero masculino, viven y son sanos; cuarto y quinto femeninos y sanos, el sexto murió, según la madre, á consecuencia de un ataque de epilepsia que ella sufrió algunas horas antes de dar á luz; séptimo á término de presentación de hombro fué asistido en esta Clínica, vive y es sano. Son hijos del mismo padre y han sido alimentados por la madre.

Embarazo actual—Fechas de las últimas reglas, no recuerda. Altura del útero, á su entrada, 31 y 10 por encima del ombligo.

Examen general—Nada de particular.

Examen obstétrico—Presentación cefálica, sin encaje en D. T., con diámetros pelvianos normales. Latidos fetales 141, normales.

OBSERVACIONES

Al practicar un tacto se encuentra que el cuello tiene unos ocho centimetros de dilatación, que es dilatable; hay bolsa íntegra, flácida, al tocar en su mitad izquierda se nota el cordón apelotonado que late bien; en la otra mitad, derecha, encuéntrase la cabeza por encima del estrecho superior inclinada FIDT.

La placenta se encuentra sobre la cara posterior del segmento inferior (causa de la presentación viciosa). A más, nótase una gran inercia uterina. Por lo que antecede, se considera que la mejor indicación es romper la bolsa y hacer una versión interna. Previa dilatación manual se rompen la membranas, se toma el pie anterior esperando que descienda á la vulva y sin gran esfuerzo se consigue, por medio de él, extraer el feto rápidamente en buenas condiciones de vitalidad.

Parto—Comenzó á las 12 p. m. del 18 de agosto, entrando á la sala de partos el 19 de agosto á las 7 p. m. con 8 centímetros de dilatación, sin encaje y en D. T. Se rompen las membranas antes de la dilatación completa, dando salida á un líquido amniótico normal y extrayéndose el feto á las 9,30 del mismo día.

Alumbramiento—Después de la extracción del

feto, la altura del útero es de 20 centimetros; cinco minutos después, 24. La placenta se presenta por su cara uterina, encajándose á los 10 minutos y expulsándose expontáneamente á los 15 minutos.

Anexos—Placenta irregular, peso 770 grs., algo friable.

Las membranas sin ninguna alteración.

Cordón, inserción lateral y sin ninguna particularidad.

Niño—Masculino, sano, de 50 centimetros de longitud y un peso de 3.650 grs., es alimentado por la madre.

Diagnóstico—Presentación viciosa (F. I. D. T.) y procidencia de cordón por inserción viciosa de la placenta.

La enferma sale de alta el 30 de agosto de 1907.

OBSERVACION XVI

S. M. de P., 37 años, española. Entró el 10 de enero de 1907.

Antecedentes — Hereditarios, sin importancia; fisiológicos, ignora á la edad que comenzó á reglar, duran de tres á cuatro días, abundantes y dolorosas.

Embarazos y partos anteriores—Cuatro embarazos. El primero á término, expontáneo, masculino, vivo y sano. El segundo femenino, vivo é igualmente sano. El tercero un aborto de dos meses, igualmente el cuarto. Son hijos del mismo padre. Lactancia materna.

Embarazo actual—Dice que las últimas reglas las vió del 15 al 19 de mayo, los movimientos activos al cuarto mes. Altura del útero 30 y 10 1/2 por encima del ombligo.

Accidentes y complicaciones—Vómitos durante los tres primeros meses. No hay albúmina en las orinas.

Examen general—Nada de particular.

Examen obstétrico — Presentación cefálica sin encaje en I. T., con diámetros pelvianos normales. Latidos fetales no se oyen.

OBSERVACIONES

Refiere la enferma que el día 8 de enero á las 7 p. m. comenzó á sentir dolores leves en la cintura, que se repiten cada 15 minutos, notando que eran seguidos de una pequeña hemorragia. La misma sintomatología tuvo al otro día, sin que por eso se alterara el estado general. Al segundo día los dolores se hacen más marcados y la hemorragia más copiosa, por lo que resuelve llamar un médico que le aconseja ingresar á un hospital. Añade la enferma que en este día ya dejó de sentir los movimientos activos del feto.

Llega á la Clínica con ligera palidez general, pulso 80, regular y medianamente tenso, temperatura 37º. Existen contracciones uterinas muy frecuentes, poco dolorosas y poco enérgicas sin ser seguida de hemorragia. Por la palpación no se consigue hacer un diagnóstico preciso. La auscultación cuidadosa no percibe ningún latido fetal, hecho que unido á la falta de movimientos activos y á la presunción de una inserción baja placenta, hace creer que el feto ha dejado de existir. Lo que llama la atención es la discordancia entre las pérdidas, pocas, acusadas por la enferma y la gran cantidad de sangre que aparece en las ropas, á más un pulso poco tenso y frecuente. Se le ordena reposo absoluto y lavajes vaginales calientes.

El tacto cuidadosamente hecho da: presentación cefálica, borramiento del cuello y grandes coágulos en la vagina. Por prudencia no se insiste mayormente, no obstante no hacerse un diagnóstico preciso, porque la hemorragia ha cesado, las contracciones son frecuentes y el feto sólo tiene 8 meses y medio, se cree que el trabajo ya iniciado terminará sin accidentes.

La hemorragia no se repite; como la bolsa está aún íntegra y la cabeza encajada, se presume que es ella la que hace tapón é impide la pérdida de sangre. Rato después de este examen la mujer comienza á pujar, apareciendo en la vulva entreabierta la cara interna de la placenta; en el siguiente pujo, los parietales distienden más la vulva, constatándose entonces que la mitad izquierda de la cabeza viene recubierta por las membranas y la otra mitad por la placenta; en este momento la partera rompe la bolsa, rechaza la placenta y desprende la cabeza; continúa la expulsión del feto, notándose que aquélla viene cabalgando en el hombro superior. El resto del feto se expulsa normalmente.

La placenta presenta una mitad de color negro lo que indica que ha sido desprendida desde largo tiempo atrás, siendo esto la causa de la hemorragia; el resto de ella tiene los caracteres comunes de las recién desprendidas.

Después del parto la mujer queda en perfecto estado, pues no hubo pérdida sanguínea.

Parto—Comenzó á las 7 p. m. del 8 de enero, entrando á la sala de partos el día 9 á las 10,30 antes

meridiano, con un centimetro de dilatación y durando la dilatación 44 horas 15 minutos.

Anexos—Placenta ovalada, de 275 grs. de peso. Cordón, inserción lateral, de 56 centimetros de longitud y sin ninguna particularidad.

Sale de alta el 19 de enero de 1907.

Abril de 1907.

MARTIN CORLIN.

Buenos Aires, abril 6 de 1908.

Nómbrase al señor Consejero doctor Enrique Bazterrica, al profesor titular doctor S. Molina y al profesor suplente doctor A. Peralta Ramos, para que constituídos en Comisión Revisora dictaminen respecto de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4º de la Ordenanza sobre exámenes.

E. CANTON,
Decano.

R. S. GOMEZ,
Secretario.

Buenos Aires, mayo 5 de 1908.

Habiendo la Comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 1823 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. CANTON,
Decano.

R. S. GOMEZ,
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

La expulsión de una caduca, ¿es signo seguro de aborto?

II

Mola carnosa; sus causas.

III

Independientemente de las hemorragias, ¿cuáles son las distocias á que puede dar lugar la inserción de la placenta sobre el segmento inferior del útero?

Imp. y Casa Editora de Ad. Grau—Moreno 960