Año 1908 Núm. 1874

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Embarazo Múltiple

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

EDUARDO L. DÁVILA

Ex-externo del Hospital San Roque (1903)—Ex-menor interno del Hospital J. A. Fernández (1904)—Encargado del Laboratorio del mismo (1904-1907)—Ex-practicante mayor (1907)—Farmacéutico (1902).

BUENOS AIRES
IMPRENTA Y CASA EDITORA DE ADOLFO GRAU
960—CALLE MORENO—960
1908

1541

EMBARAZO MÚLTIPLE

Año 1908 **Núm. 1874**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Embarazo Múltiple

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

EDUARDO L. DÁVILA

Ex-externo del Hospital San Roque (1903)—Ex-menor interno del Hospital J. A. Fernández (1904)—Encargado del Laboratorio del mismo (1904-1907)—Ex-practicante mayor (1907)—Farmacéutico (1902).

BUENOS AIRES

IMPRENTA Y CASA EDITORA DE ADOLFO GRAU

960—CALLE MORENO—960

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
Botánica médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología	» Rodolfo de Gainza
Anatomía descriptiva	» Joaquín López Figuero
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 Alurrald
Medicina Legal	»	Pedro Barbieri
Clínica Médica	»	Patricio Fleming Ricardo Colón Luis Agote
Clínica Obstétrica	»	Enrique A. Pardo Enrique Zárate Alberto PeraltaRamos 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

DR. ENRIQUE ZÁRATE

PROFESOR SUBSTITUTO DE CLÍNICA OBSTÉTRICA

A la memoria de mi madre,

Isidora Bejarano de Dávila.

A la memoria de mi hermana Celina.

A mi Padre

A mis hermanos

A mi tía, Dolores Azcuy,

Reconocimiento eterno.

Al Dr. Arturo Uriarte,

Gratitud.

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Si fuéramos á guiarnos siempre por los autores más modernos para afianzarnos en una opinión, en una conducta, en una enseñanza que de por sí sola parécenos, trae ya el sello de la buena experiencia, caeríamos más de una vez en errores ó nos haríamos víctimas de lamentables desengaños; víctimas injustificables, si nuestras inclinaciones más legítimas no nos llevasen á beber en esas fuentes donde las creemos llenas de conocimientos nuevos y de fe.

Es así, que queriendo interpretar á los clásicos más modernos sobre algunos capítulos de «Embarazo múltiple», y uniformar sus opiniones, he tenido que abandonarlos y obtar por las que mis sabios maestros han sabido inculcarme con un criterio más claro de experiencia, más lleno de observaciones prácticas y que he pretendido recopilarlas en buena manera en este modesto trabajo, que como tesis presento á vuestra más distinguida consideración.

Y al presentarlo este testimonio único de grati-

tud á vosotros, quiero reconocerle en especial al doctor Enrique Zárate, mi buen maestro, el favor que me dispensa al apadrinarme en tan honroso acto.

Al doctor Ramón Collazo, eterno agradecimiento, como asimismo al practicante mayor Battilana, por sus muy distinguidos actos de compañerismo, y que juntos han colaborado en la práctica de mis conocimientos.

———

EMBARAZO MÚLTIPLE

I

Consideraciones generales

Llámanse así los embarazos de dos y más fetos.

Cuando el útero es grávido de dos: embarazo gemelar, bigemelar ó doble; de tres: trigemelar ó triple; de cuatro, cinco, etc., etc. (hasta siete los casos observados) cuádruples, etc., hasta séptuples.

Frecuencia: Los embarazos múltiples más comunes en la República Argentina son los gemelares y trigemelares y se suceden con más frecuencia que en muchas otras naciones del mundo. En efecto: en Francia, Inglaterra, Alemania, Rusia, etc., etc., la proporción de embarazos gemelares varía de 9 á 14 por 1.000, y de 1 á 3 por 1.000 de trigemelares.

Entre nosotros, la proporción de los primeros es de 21 por 1.000 término medio, y de 4 por 1.000 de los segundos.

Los de cuatro y más fetos son tan raros, que no ha sido posible referirlos á estadística alguna.

Causas: Esta producción distinta de embarazos

múltiples en los diferentes países, nos las explican causas de diversas índoles, cuyas más principales son dos: la *raza* y la *herencia*.

La primera la deducimos lógicamente de la comparación de los estadistas correspondientes, según la raza de origen á que ellos pertenecen; á ella podemos agregarle todavía la «talla», que guarda tan estrecha relación con estos embarazos que bien podemos convenir con otros autores diciendo: «que ellos crecen con la otra».

La herencia, elemento natural de trasmisión de los diferentes caracteres propios de cada especie, es otro factor importantísimo en la producción de estos embarazos, ya en línea directa, ya á interrupciones más ó menos alejadas.

En los casos que hemos observado, este elemento herencia lo hemos constatado la mayor parte de las veces y siempre tan proporcional del padre como de la madre. Las estadísticas que nos refieren una mayor contribución de la mujer que del hombre, no están en la verdad, dado que este elemento, además de ser ya confirmado de ambas partes, sigue su evolución constante como toda otra ley natural de la existencia de la humanidad.

Si á menudo tropezamos con la ignorancia de ambos, del cónyugue ó con la falta de él, ello no quiere decir, ni puede negarnos tampoco en el hombre, la propagación de esta herencia.

Edad: Es de 22 á 28 años que se han observado mayor número de embarazos múltiples entre nosotros; edad que parece corresponder al período de la vida de la mujer, en el que sus órganos genitales se encuentran en plena actividad y funcionamiento; edad que varía según los países, latitudes, etc., etc., entre 18 y 25 y entre 28 y 35 años.

Condiciones anatómicas del huevo: Para que pueda haber embarazo múltiple es necesario que en el útero exista por lo menos un huevo á dos vasículas germinativas (preñez gemelar), ó dos simples (idem), ya provenientes del mismo ó distinto ovario, de diferente ó mismo ovisaac; ó uno de ellos ser á dos vesículas germinativas (trigemelar), ó tres simples (id.), ó cuatro ó más óvulos ya simples ó no, para cuya fecundación dar lugar á la producción de cualquier variedad de esta preñez.

Estos óvulos pueden ser fecundados en un coito único, es decir, simultáneamente ó en intervalos más ó menos alejados.

En el primer caso, el desarrollo de los fetos, siguiendo la evolución normal, se efectúa por igual y en el mismo lapso de tiempo.

En el segundo, á cuya fecundación alejada le llamamos super-impregnación, el desarrollo de los fetos y sus condiciones vitales distan de ser las mismas. El intervalo que le separa entre una y otra, puede ser de días ó de meses. En el primer caso, la super-im-

pregnación se llama super-fecundación; en el segundo, super-fetación.

Las diferencias de desarrollo y condiciones vitales de los fetos en la primera, dentro de la evolución normal del embarazo, son muy insignificantes como para que de ellos resulte la no viabiiidad de uno de ellos.

Ribermont y Pinard nos citan los siguientes casos en apoyo de esta teoría: una mujer que en un sólo parto da á luz dos niños, uno blanco y otro negro; otra que pare un niño sifilítico y otro sano.

Fuera de éstos y muchos otros, las comprobaciones experimentales llevadas á cabo en seres inferiores, en la parición en un solo parto de cachorros de distintas razas, nos confirman más esta manera de fecundación.

La super-fetación es mucho más rara que la anterior; su producción es la siguiente: durante los tres ó cuatro primeros meses del embarazo, las caducas ovular y uterina, ligeramente adosadas, pueden presentar una permeabilidad suficiente para permitir la llegada de los espermatozoides á un segmento cualquiera del útero, donde exista otro óvulo proveniente de un ovisaac maduro fuera de la época menstrual correspondiente al del embarazo ya existente; si la fecundación se efectúa, ella da por resultado un nuevo embrión de vida y desarrollo completamente distintos de su congénere.

Le Ras, Thielman, Barker y muchos otros nos citan casos de partos sucedidos á intervalos de uno, dos y tres meses consecutivos á la parición de un primer niño á término; y yo he tenido la oportunidad de confirmar esta fecundación en una mujer de la sala IV del Hospital J. H. Fernández, que después de haber dado á luz un niño á término y alumbrado expontáneamente, para llenar una indicación que creí debiera efectuar por falta de involución uterina y evitar una hemorragia mayor de la que ya existía, introduzco la mano en la cavidad y encuentro á poco de su segmento inferior y como taponando su orificio, una bolsa íntegra que pude circunscribirla y palparla, sintiendo la sensación de un feto dentro y de cuatro á cinco meses de desarrollo. Esta mujer pide su alta después del puerperio, llevando un útero grande y á dos traveses de dedo por debajo del ombligo.

Otros embarazos, sobre todo los gemelares, han sido observados en úteros bífidos y esta disposición anatómica anormal del útero, ha servido á los opositores de la super-fetación, para crear una nueva teoría: la de la bifidez uterina; pero no han sido constatados en las autopsias de todas las mujeres que han sido portadoras de embarazo múltiple.

Disposición anatómica del huevo: Las distintas disposiciones de la placenta y sus membranas, están subordinadas á las condiciones anatómicas del

huevo fecundado: si la fecundación se lleva á cabo en dos óvulos simples ó en óvulos á dos vesículas germinativas, la preñez que de ella resulta son distintas y se refieren á dos tipos principales: preñez bivitelina y preñez univitelina; y en cada una de ellas la disposición de la placenta es bien diferente.

En la primera, cada óvulo tiene su placenta y membranas propias, como el de un embarazo simple, es decir: córion, amnios y caduca; algunas veces esta última falta en parte, por atrofia ó reabsorción, ó se encuentra fusionada á la del otro de manera á constituir una sola membrana para ambos; las otras son las que caracterizan la preñez, es decir, las membranas de origen fetal: córion y amnios.

Si los óvulos fecundados tienen su asiento más ó menos alejado el uno del otro, sus placentas correspondientes se encuentran igualmente alejadas y generalmente unidas por sus membranas.

A veces esta unión es un simple adosamiento de caduca ó resto de ella, y otras es una fusión completa, cuya separación se hace imposible sin comprometer su integridad; este adosamiento se hace por pequeñas porciones ó mitades, ya de membranas, ya de masas placentarias y en línea que generalmente es recta; otras en circular y en forma de media corona sobre la otra.

En esta preñez bivitelina, el desarrollo de los

fetos es independiente directamente el uno del otro y la circulación es única para cada uno de ellos; pùeden ser desemejantes y de condiciones vitales completamente distintas. Los sexos igualmente diferentes.

La inserción de los cordones en las placentas y las particularidades de ambos podemos referirlas, como en los casos simples, como asimismo las del líquido amniótico.

En la preñez univitelina, la disposición de la placenta cambia por completo; ella es única para los fetos, es decir, está constituida por un solo córion, una sola caduca y un amnios, que puede ser simple ó tabicado para dar alojamiento á cada feto.

Cuando ella está representada por una sola masa placentaria, generalmente es muy grande; cuando son dos ó más, una de ellas es mayor que todas y la circulación con las otras está asegurada por anastomosis vasculares superficiales y profundas.

Además de estas anastómosis vasculares que establecen la circulación placentaria común á los fetos, éstos tienen una otra circulación también común entre ellos y dada por anastómosis igualmente superficiales y profundas.

Las primeras se establecen directamente de arteria á arteria, de vena á vena, ó de arteria á vena y viceversa.

Las profundas, por una arteria que penetra en

una vellosidad corial y sale por una vena ombilical para el otro feto.

Esta sangre se reparte por igual en ellos; sin embargo, la onda sanguínea de uno de los fetos puede ser impulsada con más fuerza que la del otro: el excedente de sangre que entonces resultaría en éste, puede ganar otras vellosidades placentarias y salir para la madre ó para el otro feto, estableciendo de esta manera el equilibrio de la circulación común. Si este equilibrio no se estableciera, el corazón del segundo feto se hipertrofia, puede ser forzado, dilatarse y presentar los caracteres de una asistolia con congestión del hígado y riñón.

Otras veces la circulación de uno de ellos es totalmente reemplazada por la del otro; el primero viniendo á ser un apéndice del segundo.

Los fetos resultan así solidarios entre ellos: por estas anastómosis funiculares y placentarias; en los adherentes y mónstruos, además de éstas, por su línea primitiva de soldadura.

Estos fetos son siempre del mismo sexo, y más de las veces semejantes.

Los cordones son generalmente dos y á inserción central y lateral respectivamente; cuando es uno solo, bien pronto se divide en dos para cada ombligo de los fetos. Sus particularidades, así como las del líquido amnióstico, nada tienen que agregar á las ya conocidas.

Disposiciones de los fetos: En los embarazos gemelares, las disposiciones más comunes son las siguientes:

1º Los fetos ocupan los flancos del útero, con sus extremidades hacia un mismo polo ó invertidas: fetos en 66 ó en 69.

2º Uno de ellos vertical, el otro transversal, de manera á formar como una letra T ó ⊥ invertida.

3º Uno de los fetos colocado transversalmente en el segmento inferior, el otro paralelo y superpuesto.

4º Colocados sobre un mismo plano y paralelos, uno es anterior, el otro posterior.

En los trigemelares, la más común es la siguiente: dos de los fetos formando ángulo en el fondo del útero, reciben en cuña al tercero.

Otras disposiciones, como asimismo las de los demás embarazos múltiples, no obedecen á regla fija y ellos se adaptan de manera á presentar el menor volumen posible.

Marcha de la preñez: La preñez múltiple no llega generalmente á su término; el líquido omniótico abundante en los primeros períodos, el hidramnios más tarde de una ó más bolsas, predisponen al aborto y parto prematuro.

Las complicaciones y accidentes mayores á que dan lugar, también comprometen frecuentemente la preñez.

Cuando sobreviene un aborto ó parto prematuro, la expulsión de los fetos se produce en una sola vez, es decir, con vaciamiento completo de la cavidad; pero, cuando á uno de ellos le ha seguido el alumbramiento de su placenta correspondiente, la preñez de los demás fetos puede continuar su término, ó hasta que un nuevo trabajo de parto se inicie y los expulse.

La retención de las placentas se hace también con más frecuencia que en los partos simples; ella es debida á su mayor volumen, á su mayor peso, dentro de un útero generalmente agotado por el trabajo tan laborioso del parto múltiple.

Las hemorragias y demás accidentes de estos partos, se suceden más á menudo que en los de uníparos.

II

Diagnóstico

El diagnóstico de la preñez múltiple, fácil las más de las veces cuando es gemelar, es difícil, si no imposible cuando el número de fetos es de tres ó más.

Las dificultades que este número crea á nuestros medios de investigación, la confusión de los signos propios á cada feto y las falsas interpretaciones consecutivas, nos conducen más frecuentemente á un diagnóstico general que particular de cada preñez; pero en cualquiera de estas circunstancias, bástenos reconocer su existencia y no nos preocupemos mayormente de su clasificación que para nuestra conducta práctica y eficaz, poco importa, cualquiera que ella fuere.

Los medios que revelan los signos más seguros para el diagnóstico de la preñez, son: la palpación y el tacto; á éstos se agregan como complemento ó control: el interrogatorio, la inspección y la auscultación.

Interrogatorio: Lo primero que le llama la aten-

ción á la mujer y nos cuenta, es que el volumen de su vientre no concuerda con la época de su preñez; más grande y más pesado, le ocasiona molestias mayores y las fatigan frecuentemente en la marcha. A veces una disnea le acompaña que se les hace continua en los últimos meses del embarazo.

Las manifestaciones nerviosas, los calambres á las piernas, los dolores á la cadera, los trastornos digestivos son más acusados esta vez que en sus otros anteriores.

Las piernas hinchadas, á veces enormemente, las dificultan más en la marcha, las cansan más pronto, haciéndolas frecuentemente guardar cama.

Los movimientos del feto los sienten más repartidos, más generalizados y en mayor número.

Las várices de las piernas y las hemorroidales se acusan con mayor intensidad y las molestan más que las otras anteriores.

Estos signos, sin ser característicos de la preñez múltiple, pues muchos de ellos son comunes á otros embarazos, raras veces faltan ó pasan desapercibidos por la mujer. Más de las veces existen y son ellos desde luego los primeros que nos despiertan la idea de un embarazo múltiple probable.

Inspección: Con la fecha de las últimas reglas habidas, controlamos el volumen del útero correspondiente á la época del embarazo. La mujer en su interrogatorio nos ha manifestado, que su vientre ex-

cesivo no coincide con el tiempo de su preñez; en efecto, la distensión del útero es mayor, es más grande, más prominente que cualquier otro útero grávido, simple, normal y de mismo tiempo.

Esta discordancia del volumen nos despierta también la idea de un hidramnios ó preñez simple á feto grande; ya veremos más adelante cómo le aislamos fácilmente con los otros medios de investigación.

Nos llama la atención, de seguido, el edema de los miembros inferiores ya acusados por la mujer y debido á la mayor compresión de los vasos abdominales por la más gran distensión del útero.

Este edema no sólo se ubica en estos miembros, sino que sube por los muslos hasta la vulva, región supra-pubiana y á veces se extiende por el bajo vientre hasta los flancos.

No es signo, sin embargo, constante ni especial á ella, pues en los casos anteriormente mencionados se les encuentra aunque con menos frecuencia y aún en ambos pueden faltar.

La forma del útero que generalmente es ovalar, suele presentar cierta asimetría en sus partes, ó algunas características en ellas que pueden hacer sospechar su diagnóstico; por ejemplo: en los embarazos bigemilares, cuando los fetos ocupan los flancos del útero, que están más ó menos separados, que la tensión uterina es débil, que el vientre de la mujer es delgado y flácido, el fondo del útero, en vez de pre-

sentar su prominencia normal, presenta una depresión, un hundimiento que recuerda perfectamente bien la figura de un corazón de naipes.

Otras veces, con el útero en posición mediana, la asimetría de sus partes y la configuración caprichosa que de ella resulta, nos da también las probabilidades de una preñez múltiple.

Todos estos signos, como todos aquellos anteriores que hemos recogido en el interrogatorio de la mujer, no nos son suficientes para poder formular un diagnóstico seguro de preñez múltiple; apenas ellos nos sirven como guía ó control, las más de las veces deficientes y erróneos, pues ó faltan ó se encuentran en conjunto en otros casos distintos al que es objeto de esta tesis.

Palpación: Con ella, cuando la tensión de las paredes del útero permite una exploración fácil de su contenido, encontramos los verdaderos signos para el diagnóstico.

El útero está más tenso que en los embarazos simples, y esta tensión le es constante durante todo el tiempo de la preñez; habitualmente ella no es tan marcada que nos impida palpar los planos resistentes de los fetos y á veces distinguir perfectamente bien sus polos y su disposición.

En el hidrámnios de los embarazos simples, esta tensión es mucho mayor. Cuando ella le iguala, estos planos faltan ó se encuentran la sensación de

un cuerpo que flota libremente dentro de la cavidad, tan sumamente movible que nos imposibilita poder palpar sus diferentes partes.

En estos pues, el feto es sumamente movible y de un momento á otro se nos escapa á la palpación; en cambio, en la preñez múltiple son relativamente inmóviles y siempre que palpamos uno de ellos en un segmento cualquiera del útero, á su lado opuesto, en vez de sentir la sensación de vacío y renitencia del líquido amniótico, encontramos el plano resistente que le opone un segundo ó tercer feto.

Constatada de esta manera general la preñez múltiple veamos ahora de clasificarla.

El signo más seguro que nos revela la palpación es el balotamiento de la cabeza; comprobar este signo, es constatar cabeza, feto y preñez.

En efecto: cuando no hay hidrámnios en ninguna de las bolsas, el único polo fetal que puede y que balota siempre es el cefálico; la revelación franca de este signo y su existencia en diferentes segmentos del útero, nos da el número de fetos dentro de la cavidad.

Si hay hidromnios en una ó más bolsas, este signo no falta ó se confunde con el de las nalgas; pero, en cambio, en estas mismas circunstancias, otro le sustituye tan seguro como el anterior: la mayor movilidad é independencia de un feto con relación á otro.

Cuando la tensión uterina es muy exagerada,

ó durante el trabajo de parto la palpación, único medio más práctico para la investigación de los fetos, se hace deficiente y sólo vuelve á ser eficaz, cuando la tensión va disminuyendo á medida de la parición de cada feto.

Otras veces, la disposición de ellos nos simula un polo que en realidad son dos; como sucede en los gemelares cuando sobre un mismo plano y siendo paralelos, uno es anterior, el otro posterior. Así resulta también en el útero grávido de tres ó más fetos, que sus seis ó más polos se reducen á cinco, cuatro y hasta dos, como en el caso anterior.

La determinación de la preñez múltiple, se hace, entonces, con la parición de los fetos.

Auscultación: Si con ella pudiéramos constatar un foco principal y como tal, único, aislado, ubicado en una parte del útero y bien distinto de cuantos otros existieran en sus demás porciones, constituiría otro medio seguro en la confirmación de nuestro diagnóstico; pero las cosas no siempre pasan así: á veces, si no le percibimos con sus caracteres propios por la cantidad de líquido amniótico que se interpone, la propagación de este foco principal á más ó menos distancia, nos confunde en la interpretación de otros ó nos simula un nuevo foco tan semejante al anterior. Así, en cualquier preñez múltiple, la posición en OIIP de uno de los fetos, nos da dos focos seme-

jantes de auscultación, cada uno en cada flanco del útero.

Sin embargo, cuando mediante la palpación hemos constatado un número determinado de fetos, la auscultación bien distinta de cada uno de sus polos no sólo nos da la confirmación de nuestro diagnóstico, sino también la comprobación de la vida de cada feto. Este signo más nos lo asegura, si alejando el etetóscopo del foco principal á medida que le llevamos al encuentro del segundo ó tercer feto, le viéramos igualmente alejarse, perderse, para aparecer de nuevo sobre estos fetos con ritmo, número ó alteraciones propias bien distintas.

Tacto: A veces es el único medio de investigación del feto; encajado ó sobre el estrecho superior y que haya escapado á los otros medios de exploración del útero, el tacto y el reconocimiento de una de sus partes nos lo descubre. Si al mismo tiempo le imprimimos un movimiento suave, de manera á no desplazarlo mayormente, la independencia del movimiento de este feto con relación á otro, nos lo confirma más.

Si dos bolsas adherentes están conjuntamente haciendo hernia en la excavación, la percepción al tacto de su línea de sutura, también nos revela la preñez.

El diagnóstico de fetos adherentes es imposi-

ble hacerlo durante el embarazo; sólo le reconocemos cuando durante la parición del primer feto, encontramos una dificultad á su expulsión, introducimos la mano dentro del útero para cerciorarnos de la naturaleza del obstáculo que se le opone.

———

III

Parto

Según al tipo de preñez que le corresponda, dividiremos este capítulo en: Parto bi, tri, etc. gemelar, y según se hagan, normal ó con dificultades que requieran forzosamente la intervención del partero, le subdividiremos en «Normales y Distócicos».

Parto bi-gemelar: Fetos libres: primer feto: el primer feto se presenta generalmente de vértice; el tiempo que tarda en la parición, considerado desde el comienzo franco del trabajo: borramiento del cuello, dilatación hasta su expulsión, es más largo que el de los partos uníparos. El útero contraído, no pudiendo ejercer su acción por igual en todas las partes del primer feto, por interponerle la existencia del otro, ni llevar á esta porción del útero el cuántum de su contracción la fuerza necesaria que debiera recibir este primer feto para su expulsión, se disemina y pierde en parte sobre el segundo; el útero, á

la larga, se cansa, se agota, y si no se inercia, como sucede generalmente en las primíparas, sus contracciones se alejan unas de otras y hacen el parto más largo y laborioso.

Esta manera de comportarse el útero grávido de dos ó más fetos es tan peculiar á él, que aun con fetos no á término ó pequeños, con relación á la pelvis de la madre, la duración del parto es el mismo que el anterior; excepcionalmente, llega á igualarle al del parto simple.

En las primíparas esta duración es de 15 horas, término medio, y 8 en las multíparas.

El período expulsivo en las primeras, es de una á dos horas, y media en las segundas.

El alumbramiento se efectúa después de la parición del segundo feto y conjuntamente con la de éste; raras veces y sólo cuando su placenta es completamente independiente de la otra, sin solución alguna de continuidad, su expulsión puede suceder á la del primer feto.

Después de esta parición, el útero se retrae y permanece en reposo, durante un tiempo que varía de algunos minutos á algunas horas, ó hasta semanas y aun meses; pero estos últimos períodos sólo son posibles cuando los fetos no son á término y á la expulsión del primero le ha seguido el alumbramiento correspondiente de su placenta; el cuello del útero volviendo sobre sí mismo se reforma y la pre-

ñez del segundo feto continúa hasta su término ó hasta que un nuevo trabajo le expulse.

Segundo feto: Se presenta más frecuentemente de nalgas que de vértice, y su expulsión se efectúa casi siempre dentro de la media hora subsiguiente al primer parto. Estando las vías pelvianas ya preparadas por el pasaje del primero, su parición generalmente es rápida y su trabajo se reduce casi exclusivamente al período de expulsión. Otras veces, dentro de las dos ó de las doce horas, más allá de las cuales puede haber una reintegración del cuello con su reformación completa y constituir para la parición del segundo un nuevo trabajo de parto tan igual al del primero.

El alumbramiento de las dos placentas le sigue á los 20 minutos ó media hora después.

Fetos adherentes: Cuando los fetos se encuentran adheridos débilmente por sus extremidades, ya cefálicas (craniópagos), ya pelviana (esquiópagos), los cuerpos se colocan sobre una misma línea y recorren la pelvis á manera de un cuerpo extremadamente largo.

En algunos casos, las dos cabezas se encuentran juntas y correspondientes á un mismo tronco; el tumor que entonces constituyen es tan voluminoso que si los fetos son á término, se les hace imposible atravesarla.

Cuando ellos se encuentran adheridos por un pe-

díc ulo que les permite evolucionar con cierta independencia (esternópagos), y que vienen de vértice y paralelos, la parición se efectúa de la siguiente manera: la cabeza del 1º franqueando la vulva, la del 2º se coloca contra el tronco del 1º, ambos se encajan simultáneamente, y así juntas recorren la pelvis.

Cuando vienen de nalgas, las cabezas se adaptan en igual forma; en la excavación, la cabeza del 1º se encuentra en la cavidad del sacro; la del segundo por encima y adelante del pubis.

Si los fetos no vienen paralelos, uno de ellos, el segundo, puede presentarse transversalmente sobre el estrecho superior; el parto natural no se hace y la distocia que ella representa es sumamente grave y difícil de regularizar.

Estos son los casos más comunes de fetos adherentes; los partos de otros son tan variados como variadas son sus monstruosidades.

Parto tri, cuadri, etc., gemelar. La parición de los fetos se hace según una modalidad semejante á la de los gemelares; y su duración es relativamente la misma, pues ella termina dentro de las 15 horas subsiguientes á la iniciación del trabajo de parto.

La expulsión de las placentas se efectúa también como en los gemelares, ya aisladas y consecutivas á la del feto, ya en totalidad y dentro de la primera media hora.

PARTOS DISTÓCICOS

El ancho de la pelvis y la pequeñez relativa de los fetos, con la existencia de una bolsa íntegra, predispone durante el trabajo de parto á las presentaciones simultánea de los fetos en el estrecho superior.

Las contracciones exageradas del útero con la bolsa de las aguas rota prematuramente, ó la tracción de dos miembros de diferentes fetos, son otras tantas causas de estas malas presentaciones.

En los gemelares, Bar las clasifica en los siguientes grupos:

Primer grupo: el primer feto de vértice: *a)* la cabeza del 2º se coloca contra el cuello del 1º, entre la cabeza y los hombros.

La progresión de éste, queda así dificultada y si la cabeza franquea la vulva, los hombros se encuentran detenidos sobre el estrecho superior.

b) El 2º de nalgas, completa ó decompleta en cualquiera de sus modalidades. El obstáculo que le opone á la progresión del primer feto es poco suficiente como para constituir una distocia grave; el desplazamiento de las nalgas ó el deslizamiento sobre los miembros se efectúa fácilmente y más de las veces el parto se hace normal.

c) El 2º de tronco, le presenta el hombro ó el cuello al hombro del 1º, en el que se engancha impidiendo su progresión.

Esta distocia es sumamente grave y difícil de regularizar.

Segundo grupo: El primer feto se presenta de nalgas: *a)* el 2º de vértice. Esta distocia se presenta cuando las nalgas del primer feto han franqueado la vulva: el mentón de éste se engancha en el cuello, el mentón ó en el occipucio del 2º.

b) Ambos se presentan de nalgas, completa ó decompleta; el desplazamiento de una de ellas se hace más de las veces durante el trabajo y el parto se hace normal.

c) El 2º de espaldas, le presenta el cuello al mentón del 1º, donde se engancha y detiene fuertemente su progresión.

Tercer grupo: Unico caso: el primer feto se presenta de espaldas y el 2º á caballo sobre él hace procidencia de sus miembros en la vagina.

En los trigemelares, cuadruples, etc., las distocias especiales son las mismas; pero las particulares á cada feto se hacen mucho más frecuentes que en los gemelares, dado el mayor desplazamiento que sufren durante el trabajo de parto ó parición de cada uno de ellos.

Por otra parte, las dificultades con que tropieza el útero grávido de dos, en la parición de sus fetos, se hacen mayores en los múltiples y hacen requerir del útero una constitución tal, que sea capaz de mantenerse por tan largo tiempo con la energía necesaria

en sus contracciones para que resulten buenas y eficaces; si el útero no responde á la naturaleza de este trabajo, concluye por cansarse, agotar sus fuerzas y volverse insuficiente para el parto. Es así como aparte de sus distocias especiales y particulares á cada feto, estos partos múltiples requieren más frecuentemente la ayuda del partero que los gemelares.

IV

Conducta á seguir

En toda preñez múltiple, la conducta que debemos observar durante toda su época y durante el parto, es sumamente delicada y rigurosa.

Desde el instante que ella haya sido reconocida, debemos cuidarle, librándola de todo aquello capaz de producirse un aborto ó parto prematuro; el reposo desde luego se impone como primera indicación; guardar cama el mayor tiempo posible, sobre todo en los últimos meses del embarazo, es evitar las fatigas continuas, los golpes, las caídas y hasta los quehaceres domésticos groseros que provocan movimientos bruscos de la matriz.

Las excitaciones vivas, las emociones intensas que suelen traer aparejadas sacudimientos internos complejos que comprometan la preñez.

Hacerle ignorar y engañar á la mujer, el verdadero propósito de estas indicaciones y otras secretas, con motivos más livianos y menos importantes, para no provocarles preocupaciones molestas, insomnios, y

con ellas un estado nervioso particular que le sea perjudicial á su embarazo.

El examen de las orinas llevado á cabo por lo menos dos veces por semana, sobre todo en los últimos períodos, nos dará las mejores indicaciones para la alimentación de la mujer.

Llegado el momento del parto, debemos de tener en vista el mayor número de accidentes y distocias posibles á que ellos están sujetos, para contar con un material suficiente á efectos de una buena intervención.

Deben, pues, estar listos y al alcance de nuestras manos, todos los instrumentos necesarios á partos distócicos y con un número de ayudantes suficientemente preparados para colaborar en nuestro trabajo; éstos deben de ser por lo menos en número de dos, uno de los cuales preparado como el partero para maniobras asépticas; el segundo atento á sus indicaciones.

La mujer colocada al borde del lecho, ó mejor, sobre la mesa de partos en posición obstétrica y preparada desde el comienzo del trabajo y lista á ser cloroformada á cualquier instante de la intervención.

Teniendo en cuenta que la versión por maniobras externas está completamente contraindicada en los embarazos múltiples, sólo podremos hacer desplazamientos insignificantes de uno de los polos del feto; como propulsar suavemente una cabeza ubicada en una de las fosas ilíacas hasta el estrecho, ó levantar

una de ellas que impida el encajamiento ó progresión de otro feto.

Por otra parte, como éstos son generalmente pequeños con relación á los diámetros de la pelvis de la madre, podemos hacer aplicación de forceps también sobre el estrecho superior, sin temor de serle perjudicial al niño, sobre todo si éste representa el segundo ó tercer feto.

Cuando se tenga que hacer una versión interna podálica de uno de los fetos, debemos de tener cuidado de tomar uno solo de sus miembros, sobre el cual se hará tracción; si fuera necesario el segundo, éste le tomaremos recién cuando la pelvis del feto ocupe totalmente el estrecho superior. De esta manera evitaremos más fácilmente la tracción de dos miembros de diferentes fetos.

Con estas reglas generales, veamos nuestra conducta en cada parto.

PARTO NORMAL

Parto bi-gemelar: El primer feto en las primíparas es expulsado dentro de las 15 horas, término medio, subsiguientes á la iniciación franca del trabajo: borramiento del cuello, dilatación, hasta la expulsión; y 8 horas en las multíparas; el período expulsivo en las primeras es de dos horas; y media en las segundas.

Más allá de estos períodos, es necesario vigilar el

trabajo y cerciorarse si las contracciones uterinas son ó no eficaces; en el primer caso, siempre que el feto progrese, se esperará un tiempo prudente, que finalizará cuando sufra ó se detenga; en el segundo, la extracción inmediata con forceps se impone.

Antes de estos períodos, debe dejarse á la naturaleza la expulsión del primer feto.

Inmediatamente de extraído ó expulsado este feto, aún en la mano y antes de la ligadura del cordón, se introducirá la otra mano libre en la vagina hasta el útero, para cerciorarse de la presentación del segundo feto; si ésta es buena: dejarle encajar, seccionar el cordón y ligarlo en sus dos cabos; si ella es mala: evitar su encajamiento y regularizarla mediante maniobras combinadas con las de nuestro segundo ayudante.

Si no pudiéramos modificarle, nos colocaríamos en las circunstancias de un parto distócico á feto único y en consecuencia obraremos.

Esta conducta es tan importante en los partos gemelares y demás múltiples, que más de las veces llegamos con ella, no sólo á evitar presentaciones distócicas graves y perjudiciales, sino que también corregirlas, aportando grandes beneficios para ,el feto como para la madre.

Encajado el segundo feto y en presentación anormal, se nos pueden presentar todavía dos circuns-

tancias importantísimas para nuestra buena conducta: que tenga su bolsa rota ó no.

Estando la bolsa de las aguas rota, nuestra conducta será la misma que para el primer feto. Estando íntegra, el parto puede tardar; en este caso, no habiendo indicaciones urgentes que llenar de parte de la madre como del feto, ¿cuánto tiempo debemos esperarle?

Los autores más modernos, á quienes siempre recurrimos satisfaciendo nuestras inclinaciones bien legítimas de obrar en conformidad con la última palabra de la ciencia, nos aconseja seguir una conducta basada en una espera que es nada justificable ni eficaz, y sí, por el contrario, sumamente peligrosa por los accidentes graves á que ella puede dar lugar; tal es la de Puech, en la reciente obra de Bar: «.. .. *en la ausencia de todo accidente, la espera está indicada, pero tiene su límite: cuando el cuello tienda á retraerse y reformarse, se debe romper la bolsa de las aguas y extraer el segundo feto.*»

¿A qué esperar á que el cuello tienda á retraerse?

¿En el transcurso de esta espera, acaso no nos puede sobrevenir un desprendimiento parcial de la placenta y con él una hemorragia y la muerte del feto? Y siendo este accidente posible, ¿de qué nos sirve preverlo y no evitarlo? Y para el reconocimiento del cuello¿ no podemos llevarle también una ins-

pección al útero, con tanto tacto, cuando muchas veces con uno solo y con toda la rigurosidad de la asepsia le infectamos?

Las estadísticas que, por otra parte, nos refieren estas variedades de accidentes graves y las mortalidades por esta espera, nos basta para deshechar semejante conducta.

Sigamos, pues, con la que hasta ahora hemos continuado con tantos buenos éxitos y yo insisto en ella porque es la que ha dado los más reales beneficios á la madre y al feto, y porque es la más aconsejada, la más lógica y la más científica: *encajado el feto, romper inmediatamente la bolsa de las aguas y esperar el parto; si éste no se efectuara dentro de la primera ó segunda hora, extraer el feto con forceps.*

De esta manera evitaremos en esa espera injustificable un tiempo tan peligroso que sólo nos conduciría á sorpresas tan desagradables como funestas generalmente sus consecuencias.

Si el primer feto no ha sido á término y á su expulsión le ha seguido el alumbramiento correspondiente de su placenta, se debe dejar la preñez continuar su término mientras accidente alguno no haga llenar otra indicación.

Fetos adherentes: En caso de presentaciones longitudinales, se atenderá el parto como si se tratase de un feto único extremadamente largo.

En las circunstancias de que ellos constituyan un volumen excesivo, que sea imposible atravesar la pelvis, se efectuará la embriotomía y nunca la sinfisiotomía, ni cesárea, ni otra operación de peligro franco para la madre.

Si uno de los fetos ha franqueado la vulva y el otro se presenta transversalmente sobre el estrecho superior, se le separará, cortando y ligando el pedículo en sus dos cabos; si el segundo feto vive y hay probabilidades de vialidad, se tratará de modificar su presentación y se extraerá por versión interna si ésta está indicada; de lo contrario, embriotomía.

Parto normal:—En todos estos partos, nuestra conducta será la misma que la de los generales.

La duración de cada uno de ellos puede ser sumamente larga y ella más depende de la naturaleza del trabajo, que del número y volumen de los fetos; generalmente, la expulsión total de ellos, termina dentro de las quince horas consecutivas á la iniciación franca del trabajo.

Es necesaria la vigilancia rigurosa y continua de los latidos fetales y el tacto explorador en seguida de la parición de cada uno de ellos, para colocarnos siempre, en las mejores circunstancias para el parto.

Recordaremos que la rotura de la bolsa de las aguas inmediatamente del encajamiento de cada uno de los fetos, nos preparará en una espera justificable y con límites bien netos.

Fuera de todos estos casos de presentaciones normales en los partos múltiples, cuando los fetos ó la madre sufran, ó se presente cualquier accidente grave para alguno de ellos, se debe intervenir inmediatamente, extrayendo los fetos por los medios más rápidos y eficaces; así, cuando ninguno esté encajado, se preferirá la extracción por versiones internas sucesivas de cada feto; si hay encajamiento de alguno de ellos se le extraerá con fórceps, y por versión la de los siguientes.

Si hay presentación distócica simple, se llenará la indicación conveniente y con urgencia, para terminar el parto como en el caso anterior.

Las hemorragias por inercia ó retención de placenta ú otro accidente cualquiera, se tratarán como en los casos de partos uníparos.

PARTOS DISTÓCICOS

Parto bigemelar:—Además de las presentaciones anormales particulares á cada feto, la preñez gemelar da lugar á distócicas especiales ya mencionadas en el capítulo correspondiente y que en éste serán objeto de su tratamiento.

Siguiendo con el mismo orden anotado, empezaremos con el

Primer grupo: el primer feto de vértice—Primer caso: el segundo también de vértice; su cabeza interpuesta entre la del primero y sus hombros: con la mano introducida lo más alto posible y en combinación con las maniobras externas de nuestro segundo ayudante, levantarla ó desviarla con objeto de desengancharla de la primera. Si esta tentativa escapa, se aplicará forceps sobre la más encajada; si aún esta aplicación no nos da resultado, hacer la decapitación de este feto y extraer el segundo con fórceps, terminando el parto con la extracción del tronco del primero.

Segundo caso: El segundo feto le interpone las nalgas: aplicar fórceps sobre la cabeza del primer feto. El desplazamiento de las nalgas ó el deslizamiento sobre los miembros, se efectúa fácilmente y no impide su progresión.

Tercer caso: El hombro del primer feto, se engancha en el hombro ó cuello del segundo presentado de tronco: si no le podemos librar, decapitar el primer feto y extraer el segundo por versión interna, terminando el parto con la extracción del tronco del primero.

Segundo grupo: el primer feto de nalgas.—Primer caso: Las nalgas de este primer feto han franqueado la vulva y su mentón se engancha en el cue-

llo, occipucio ó mentón del segundo: si no se le libra inmediatamente, el primer feto muere; efectuar la detroncación de éste y aplicar fórceps sobre la cabeza del segundo, terminando con la extracción de la del primero.

Segundo caso: El segundo también de nalgas: aplicar fórceps sobre la más encajada.

Tercer caso: Las nalgas del primer feto han franqueado la vulva y su mentón se engancha en el cuello del segundo presentado de espaldas: si no le podemos desenganchar, efectuar la detroncación del primer feto y extraer por versión interna el segundo, terminando con la extracción de la cabeza del primero.

Tercer grupo (único caso): Extraer por versión interna el primero y luego el segundo por tracción sobre sus miembros.

Es de advertir, que en todos estos tratamientos está sobreentendido, que las maniobras para la extracción de los fetos, estén indicados una vez reparadas sus distocias; pues de esta manera, nos colocaríamos en circunstancias análogas á las de los partos á feto único:

Las distocias que en éstos se presentan, son las mismas que las mencionadas en los gemelares; pero

la mayor frecuencia de los particulares á cada feto, como asimismo la inercia uterina que generalmente se declara desde el comienzo del trabajo, hacen intervenir más amenudo al partero, que en los partos anteriores.

V

Casos clínicos

En la descripción de los casos, ahorraré los antecedentes generales y datos obstétricos sin importancia alguna para concretarlos y referirlos más á la práctica de cada uno de ellos.

Hospital J. A. Fernandez

Sala II — Servicio del doctor Zárate.

Cama núm. 14.—María C., de 38 años de edad, italiana, multípara, da á luz en su domicilio á la 1 p. m. del 12 de agosto de 1907 un niño á término, vivo y viable, del sexo masculino; cinco horas después, no habiendo sido expulsada la placenta solicita los servicios de primeros auxilios de este hospital. A nuestra llegáda nos informa que desde la parición del niño no ha acusado más dolores ni habido hemorragia, y mantiene apretado entre sus manos un cordón ya marchito que pende de la vulva; el útero grande, á tres treveses de dedo por encima del ombligo, está regularmente tenso y en reposo; á la pal-

pación permite reconocer la existencia de un segundo feto, al parecer encajado; madre y feto buenos. Es transportada á este hospital siendo las 7 p. m. Preperada al examen, se hace tacto y se confirma este segundo feto encajado, de vértice y en O I I A, con la bolsa de las aguas íntegras; el útero continúa en reposo, la mujer en excelente estado y los latidos fetales buenos.

En estas circunstancias y no habiendo indicación urgente que llenar, ¿qué conducta debíamos de seguir?

Como fuera novedad para nosotros la aconsejada por Puech, en el tratado más moderno de Bar, optamos por ella y esperamos; ...y esperamos 22 horas sin que la mujer hubiera experimentado la más mínima molestia de trabajo; con una expectativa que se hacía cada vez más desagradable á medida que el tiempo transcurría, ante la consecuencia de los accidentes graves que pudieran sobrevenirle, y los peligros continuos de estar examinando constantemente el cuello del útero, que no fuera ó tendiera á retraerse para recién obrar.

En estas circunstancias el Doctor Zárate, me ordena romper la bolsa de las aguas y cinco minutos después se inicia el trabajo de parto, con la expulción inmediata de un niño á término vivo y viable, del sexo masculino.

Hay escasa hemorragia, y el alumbramiento se

termina con la expresión de Credé, 20 minutos después.

Placenta bivitelina, adheridas por sus membranas y con inserción de los cordones, central y lateral, respectivamente.

———

Cama núm. 12—Rosario A. de B., italiana, de 30 años de edad, multípara.

Interrogatorio — Movimientos generalizados en todo el vientre, hinchazón de las piernas y fatigas continuas en las marchas. No recuerda el tiempo de su embarazo.

Inspección—Utero grande, á 42 centímetros de altura, simétrico y mediano.

Edema supra-pubiano que hace continuación al de la vulva y miembros inferiores—Chancro sifilítico en plena evolución en el labio menor izquierdo.

Palpación—Utero regularmente tenso; el estrecho superior ocupado por un polo fetal, que no se llega á determinar por interponerle en uno de sus flancos un cuerpo resistente, ligeramente movible que impide la palpación.

A los flancos, cuerpos resistentes; hacia adelante ligera renitencia. En el fondo y á su izquierda una cabeza que bolota perfectamente bien; á su derecha renitencia franca.

Auscultación—Dos focos principales: uno á la

izquierda y debajo del ombligo, el otro por encima y á la derecha.

Tacto—Cuello ligeramente borrado, deja pasar un dedo, con el que se constata una cabeza encajada en O I I A.

Diagnóstico—Embarazo gemelar, fetos en 69.

Parto—Comienza su trabajo á las 6 a. m. del 12 de octubre de 1907, con fuertes dolores y rotura de la bolsa de las aguas; á las 2 p. m. del mismo, pare un niño á término, vivo y viable, del sexo femenino. Se hace tacto inmediatamente y se comprueba una presentación de nalgas completa del segundo feto, con bolsa íntegra; se rompe ésta y 10 minutos después es expulsado el segundo niño, vivo y viable, del mismo sexo.

Los niños son pequeños y no manifiestan ningún signo de sífilis.

El alumbramiento se efectúa un cuarto de hora después; la placenta es bivitelina, semejantes y con inserción de los cordones central y lateral, respectivamente.

———

Cama núm. 18—Socorro P., española, de 27 años de edad, primípara; ingresa á este Hospital el 17 de abril de 1907.

Antecedentes hereditarios—Una tía carnal tuvo un parto gemelar de niños de sexo diferentes y que aún viven.

Interrogatorio—Sus últimas reglas datan del 20 al 25 del mes de agosto de 1906.

Inspección—Utero á 0,42 centímetros de altura, simétrico y mediano, ligero edema de los miembros inferiores.

Palpación—Tensión mediana; el estrecho superior ocupado por una cabeza encajada y en izquierda; á los flancos, renitencia; en el fondo otro cuerpo colocado transversalmente con cabeza hacia la derecha.

Tacto—Cabeza encajada, de vértice y en O I I A.

Diagnóstico—Embarazo gemelar, fetos en T.

Parto—Se inicia el trabajo á las 12 p. m. del 1º de junio, con dolores y rotura de la bolsa de las aguas..

A las 10 a. m. del día siguiente, las contracciones se muestran débiles y apenas dolorosas; fetos buenos, útero con tres dedos de dilatación. Se le administra á la enferma sellos de quinina y se espera.

2 p. m.—La enferma ya no acusa dolores muy sensibles, y las contracciones se alejan y debilitan cada vez más, hasta las 4 p. m., en que la inercia uterina se declara francamente. Previa anestesia clorofórmica, se aplica forceps sobre el primer feto en D. T. y se extrae un niño á término, vivo y viable, del sexo femenino. Inmediatamente y antes de ligar el cordón, se hace tacto y se comprueba al través

de una bolsa íntegra una presentación cefálica del segundo feto; un ayudante mantiene esta presentación mediante maniobras externas y ayuda su encajamiento. Ligado el cordón en sus dos cabos, se rompe la bolsa y se aplica forceps sobre el segundo feto, en el estrecho superior con el que se extrae un niño á término, vivo y viable del sexo masculino.

Se termina el alumbramiento con la extracción manual de la placenta; ésta está representada por dos masas placentárias unidas por sus membranas, de misma forma y distinto volumen, con inserción de los cordones central y lateral, respectivamente.—Los fetos son desemejantes y el que corresponde á la placenta más grande es también 0.02 centímetros más grande que el segundo.

Sala IV — Servicio del doctor Piccardo.

Cama número 7. María B., oriental, de 24 años de edad, primípara.

Antecedentes personales. — Es gemela de otra hermana que falleció á los 12 años de edad.

Interrogatorio:—Sus últimas reglas datan del 10 al 15 de agosto de 1907.

Inspección: — De nutrición y constitución muy pobres.

Hay gran edema de los miembros inferiores; útero 0.38 centímetros de altura.

Palpación:—La gran tensión del útero no per-

mite la exploración en su segmento inferior; en el fondo un plano sumamente movible, que da la sensación de peloteo franco á la otra mano que palpa uno de sus flancos.

Auscultación:—Dos focos principales el primero por debajo y á la derecha del ombligo; el segundo por encima y sobre la línea media.

Tacto:—El orificio del cuello permite pasar un dedo con el que se explora y constata una cabeza encajada de vértice y en D T., al mismo tiempo se comprueba á la palpación, que el movimiento del otro feto es independiente de éste que se tacta. dependiente de éste que se tacta.

Diagnóstico:—Embarazo gemelar.

Parto:—Se inicia el trabajo á las 12 m. del 8 de marzo de 1908, es decir, el séptimo mes del embarazo; con contracciones fuertes y frecuentes, cuello borrado y con un dedo de dilatación.

A las 10 a. m. del siguiente, rotura de la bolsa de las aguas, cuello con tres dedos de dilatación y en D A.

A la 1 p. m., las contracciones se van debilitando y empiezan á alejarse; se le administra un gramo de quinina.

A las 3 p. m., el trabajo no se acentúa, y los latidos fetales de 130, suben á 150 y se hacen casi imperceptibles.

En estas circunstancias se resuelve intervenir,

haciendo una aplicación de forceps en D A., extrayendo un niño no á término, vivo y al parecer viable, del sexo masculino. Inmediatamente la bolsa del segundo feto hace hernia en la excavación y éste se presenta de nalgas descompletas, modo de pie. En vista de la imposibilidad del alumbramiento correspondiente del primer feto, se rompe la bolsa de las aguas y se hace tracción sobre uno de los membros presentados (buen pie) con lo que se logra extraer el segundo niño, no á término, vivo y al parecer viable, del mismo sexo.

Placenta bivitelina á dos masas placentárias y análogas á las del caso anterior.

Los fetos son muy pequeños desemejantes, y uno de ellos fallece tres días después.

———

Cama núm. 15:—Felisa A. de U., italiana, de 39 años de edad, multípara.

Interrogatorio:—Este embarazo dice ser de un segundo marido.

No recuerda la fecha de sus últimas reglas.

Ha observado que su vientre, desde el comienzo de la preñez es excesivamente grande, proporcionándole mayores molestias que sus otras anteriores, sobre todo en la marcha; siente movimientos generalizados á toda su extensión y sospecha se trate de un embarazo gemelar.

Inspección:—Utero á 0.42 centímetros de altura, mediano no simétrico, deprimida en la parte superior izquierda y prominencia en la otra.

Edema en los miembros inferiores que sube hasta la vulva y región supa-fubiano.

Hay disnea aunque poco pronunciada.

Palpación:—Planos resistentes y miembros en casi toda la extensión del útero con muy pocos espacios de renitencia del líquido amniótico; la tensión impide explorar el estrecho superior, sin embargo, se le ve ocupado.

Por encima de la fosa ilíaca izquierda y un poco alto, una cabeza que hacemos balotar y que hace continuación á un plano resistente hacia arriba y siguiendo el flanco. Adelante y á la derecha, hasta el fondo del útero, otro plano resistente, grande, cuyas partes es imposible determinar por la gran tensión uterina y por la interposición de gran número de miembros en toda esta extensión; este plano permanece inmovil con relación al primero.

Auscultación—Un foco claro y distinto en el flanco izquierdo, un poco atrás y á la altura del ombligo; un segundo foco á la derecha, que no se entiende bien y que se propaga á todo el flanco, no pudiéndose precisar su ubicación real.

Tacto—Cuello borrado y con un dedo de dilatación, permite constatar otra cabeza, encajada y en I. T.

Diagnóstico—Embarazo múltiple.

Parto—Se inicia el trabajo á las 11 a. m. del 10 de septiembre de 1967, con contracciones fuertes y rotura de la bolsa de las aguas; cuello con dos dedos de dilatación.

A las 6 p. m., dilatación completa, cabeza baja y en I A. A las 8 p. m.. el feto va progresando lentamente y en vista de las contracciones eficaces se abandona á la naturaleza, su expulsión. A las 9 pasado meridiano es expulsado el primer feto vivo y viable, al parecer á término del sexo masculino.

Se hace inmediatamente tacto y se cerciora de la presentación del 2º feto; ésta es de hombros y en A. I. D.; se detiene su encajamiento mientras un ayudante explora el útero, comprobando la existencia de dos fetos en posición transversa, paralelos y superpuestos. Bolsa íntegra.

En este momento los latidos fetales se precipitan y el útero permanece en reposo.

Se rompe la bolsa y se extrae, por versión interna podálica un segundo niño vivo y viable del sexo femenino.

El tercer feto se presenta de espaldas, dorso anterior, cabeza por encima de la fosa ilíaca izquierda y bolsa de las aguas rotas.

El útero todavía en reposo, permite la versión interna podálica del feto, con la que se extrae este ter-

cer niño en muerte aparente, logrando reanimarlo pocas horas después.

La hemorragia siendo abundante, se hace extracción manual de la placenta, masage intra-uterino, lavajes calientes é inyección de 1 gramo de ergotina.

Los fetos son pequeños y los dos últimos del mismo sexo.

Las placentas están representadas por dos masas placentarias desiguales, sin comunicaciones vasculares y unidas por sus membranas. Una de ellas, la más grande de forma ovalar da inserción á dos cordones, central y lateral, respectivamente, está constituída por un corion, una caduca fusionada en parte á la de la otra y un amnios simple. Hay además numerosas anastomosis vasculares placentarias y funiculares.

La otra, pequeña, de forma circular, igualmente muy vascular, da inserción á un cordón central; consta de un corion, un amnios y una caduca.

El líquido amniótico era normal en ambas placentas.

———

Gertrudis A., oriental, de 29 años de edad, multípara, domiciliada en la calle Chile 800.....

Ya en trabajo de parto, solicita nuestros servicios de primeros auxilios de la Asistencia Pública. Mo-

mentos antes de nuestra llegada, había dado á luz un niño á término, vivo y viable del sexo femenino.

Desde ese momento, no siente más dolores y el útero retraído está á tres traveses de dedo por encima del ombligo; la gran tensión de sus paredes no permite su exploración á la palpación.

Se ausculta y se encuentra á la derecha y por debajo del ombligo un poco claro de latidos fetales que parece propagarse al fondo del útero.

Se hace tacto, y se confirma este 2º feto encajado de vértice y en O. I. D. T. con bolsa de las aguas rotas.

Diez minutos después, se inicia el trabajo con la expulsión inmediata de este 2º niño á término, vivo y viable del mismo sexo.

Como el útero permaneciera grande y sospechoso, á pesar de la parición de estos dos fetos, se hace un nuevo tacto y se comprueba una segunda bolsa íntegra, haciendo hernia en la excavación, con un feto en presentación de nalgas completa.

Se ausculta el feto, y como sus latidos fueran normales, se rompe la bolsa de las aguas y se espera el parto.

No hay hemorragia y la parturienta en buen estado.

Media hora después, es expulsado el tercer niño á término vivo y viable de sexo masculino.

El alumbramiento se termina con la expresión de bredé.

Los fetos son relativamente grandes; los dos primeros muy semejantes y un poco más pequeños que el tercero.

La placenta está representada por dos masas placentarias bien unidas; la más grande, con dos cordones insertos lateralmente y con abundante anastómosis placentarias y funiculares.

Consta de un corion, una caduca y un amnios simple: la caduca se pierde en una tercera parte por la fusión con la de la otra bolsa.

La otra placenta, pequeña, á un solo cordón incierto en su porción central, é igualmente muy vascular; está íntimamente unida á la primera y en forma de media corona; á pesar de esta unión, no se observa superficialmente ninguna anastómosis vascular entre ambas.

El puerperio se hace normal y los niños aun viven.

EDUARDO L. DÁVILA.

Buenos Aires, junio de 1908.

Buenos Aires, junio 9 de 1908.

Nómbrase al señor consejero doctor Pedro N. Arata, al profesor titular doctor Fanor Velarde y al profesor suplente doctor Arturo Enriquez, para que, constituidos 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. Gómez,
Secretario

Buenos Aires, junio 20 de 1908

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 1874 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

Intervenciones de urgencia en los embarazos múltiples, más frecuentes.

P. N. ARATA.

II

Frecuencia y complicaciones del aborto en los embarazos múltiples.

F. VELARDE.

III

Del embarazo múltiple en la etiología de la eclampsia.

A. R. ENRIQUEZ.