2684
T 1 D

2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

HEMORRAGIA POST-PARTO

TÉSIS INAUGURAL

POR

MANUEL J. CORDIVIOLA

Ex-interno del Hospital Rivadavia

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE PABLO E. CONI É HIJOS, ESPECIAL PARA OBRAS

680 — CALLE PERÚ — 680

1891

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

HEMORRAGIA POST-PARTO

TÉSIS INAUGURAL

POR

MANUEL J. CORDIVIOLA

Ex-interno del Hospital Rivadavia

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE PABLO E. CONI É HIJOS, ESPECIAL PARA OBRAS

680 — CALLE PERÚ — 680

1891

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

(Art. 162 del Reglamento).

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

Dr. D. MAURICIO GONZALEZ CATAN

ACADEMICOS HONORARIOS

Doctor Santiago Larrosa
» Ernesto Aberg
» Pablo Marengo
» Eduardo Wilde
» Ignacio Pirovano

ACADÉMICOS TITULARES

Doctor Manuel Porcel de Peralta
» Mauricio Gonzalez Catan.
» Manuel Arauz
» Leopoldo Montes de Oca
» José T. Baca
» Rafael Herrera Vegas
» Pedro Mallo
» José M. Astigueta
» Martin Spuch
» Jacobo de T. Pinto
» Eufemio Uballes
» Juan R. Fernandez
» Enrique E. del Arca
» Pedro N. Arata.
» Manuel Blancas.

SECRETARIO

Dr. Luis de la Cárcova

ESCUELA DE MEDICINA

CATEDRÁTICOS TITULARES

Anatomía descriptiva	Doctor	Juan José Naon.
Anatomía topográfica	»	Mauricio Gonzalez Catan.
Histología (teórico-práctica)	»	Francisco A. Tamini.
Fisiología general y humana	»	José M. Astigueta.
Higiene pública y privada	»	Meliton G. del Solar.
Patologia general y ejercicios clínicos	»	Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma.
Patología externa	»	Guillermo Udaondo.
Patología interna	»	Manuel Arauz.
Anatomía patológica	»	Telémaco Susini.
Medicina operatoria	»	Adalberto Ramaugé.
Enfermades de mujeres y Clínica Ginecológica	»	Jacob de T. Pinto.
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica	»	Manuel Blancas.
Enfermadades de los ojos y Clínica Oftalmológica	»	Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas	»	José M. Ramos Mejía.
Enfermedades mentales y Clínica respectiva	»	Lucio Melendez.
Clínica Quirúrgica	»	Ignacio Pirovano. Julian Aguilar.
Clínica Médica	»	Eufemio Uballes. Juan B. Gil.
Obstetricia y Clínica respectiva	»	Samuel A. Molina.
Medicina legal y Toxicología	»	Eduardo Perez.
Química aplicada á la Medicina Química aplicada á la Farmacia	»	Pedro N. Arata.
Farmacia y práctica farmacéutica	»	Juan A. Boeri.

SUSTITUTOS

Anatomía descriptiva	Doctor	Juan D. Piñero.
Anatomía topográfica	»	Juvencio Z. Arce.
Histología teórico-práctica	»	Andrés F. Llobet.
Fisiología general y humana	»	Jaime R. Costa (en ejercicio).
Higiene pública y privada	»	Enrique Revilla.
Patología general y ejercicios clínicos	»	Vacante.
Materia Médica y Terapéutica	»	Enrique E. del Arca. Angel M. Centeno.
Patología externa	»	Obdulio Hernandez.
Patología interna	»	José Penna (en ejercicio). Marcial V. Quiroga.
Anatomía patológica	»	Cárlos Malbran.
Medicina operatoria	»	Vacante.
Enfermedades de las mujeres y Clínica Ginecológica	»	Enrique Bazterrica.
Enfermedades de los niños y Clínica pediátrica	»	Antonio F. Piñero. Facundo Larguía.
Enferm. de los ojos y Clínica oftalmológica	»	Eduardo Obejero. Francisco Barraza.
Enfermedades nerviosas y su Clinica	»	José A. Esteves.
Enfermedades mentales y Clínica respectiva	»	Domingo Cabred.
Clínica Quirúrgica	»	Antonio C. Gandolfo. Juan B. Justo. Alejandro Castro.
Clínica médica	»	Gregorio N. Chaves. Abel Ayerza. Julio Mendez. Francisco Sicardi.
Obstetricia y Clínica obstétrica	»	Luis F. Vila. Juan R. Fernandez.
Medicina legal y Toxicología	»	Juan B. Señorans.
Química aplicada á la Medicina Química aplicada á la Farmacia	»	Vacante.
Farmacia y práctica farmacéutica	»	Atanasio Quiroga.

PADRINO DE TÉSIS

DOCTOR EUFEMIO UBALLES

A LOS MIOS

Á MI HERMANO POLÍTICO

DOCTOR TIBURCIO GIMENEZ

GRATITUD

Señores:

La obstetricia es una de las ramas más importante de la medicina, y es también aquella cuya práctica se descuida más entre nosotros. Contado es el alumno de nuestra Facultad que concurre á la Maternidad á asistir una mujer de parto, y más raro todavía aquél que ha tenido ocasión de presenciar, siquiera, una de las tantas operaciones que la distocia reclama; olvidando así, que los conocimientos adquiridos en los libros son á menudo insuficientes para llenar ciertas indicaciones en la práctica. Esta falta de experiencia es en el tratamiento de la hemorragia *post-partum*, donde más se hace sentir; la rapidez del accidente y la alarma consiguiente que despierta en la familia y en el espíritu del médico, por la gravedad que le acompaña, trastornan de tal manera su serenidad, que verá pasar por la imaginación todos los agentes empleados para combatirlo, sin saber á cuál deba echar mano, porque son diversas las opiniones emitidas por

los autores sobre la eficacia de cada uno de ellos; por esto, cuando se resuelva á tratarla, utilizará, tal vez, el menos eficaz.

Las consideraciones que preceden, y el deseo de exponer en este trabajo los medios que mejor resultado han dado en la Maternidad, me han inducido á elegir la hemorragia *post-partum* como tema de mi disertación inaugural.

En el trabajo que os presento, estudio brevemente las causas de la complicación que nos ocupa, y en un capítulo aparte, indico la conducta que el médico debe seguir, desde el nacimiento del niño hasta la detención completa de la hemorragia, terminándolo con las observaciones que durante año y medio he podido recoger como practicante de la Maternidad de Buenos Aires.

I

Las hemorragias que aparecen inmediatamente después de nacer la criatura, proceden: del útero, de la vagina ó de la vulva. Estas dos últimas reconocen siempre por causa dislaceraciones, y no forman parte de la hemorragia *post-partum,* cuya denominación es reservada al derrame sanguíneo que emana del sitio de implantación de la placenta.

De todas las complicaciones graves del puerperio, la más frecuente es la hemorragia *post-partum*; y, aunque es verdad que se observa con predilección en las mujeres debilitadas, es cierto también, por otra parte, que puede aparecer en el parto más sencillo, hallando así desprevenido al médico y colocando en pocos instantes á la enferma al bordé del sepulcro. Esto ocurre como el accidente, es decir, de pronto, sin que nada lo indique, en el período de alegría

que siempre sigue al nacimiento de la criatura viva cambiando por completo la escena.

El organismo está, en el momento del parto, preparado para la producción de la hemorragia: la sobre-excitación de la circulación general debida á los esfuerzos del trabajo; el desarrollo considerable de los vasos uterinos, con sus anchas anastómosis producida por el embarazo; la dificultad en la circulación de todos los órganos pelvianos determinada por el vacío que en el abdómen deja la expulsión del feto; la dislaceración de los vasos útero-placentarios originada por el desprendimiento de la placenta, son todas circunstancias que colocan á la matriz en condiciones eminentemente favorables para la producción de una hemorragia formidable.

A pesar de todos esos peligros que amenazan á la parturienta, es, por término medio, una vez cada ciento cincuenta partos que el médico tiene ocasión de tratar este accidente, tan grave como penoso.

¿De qué mecanismo se vale, pues, la naturaleza para evitarlo?

El artificio que ella emplea es de extrema simplicidad y reside casi por completo en una propiedad de la matriz: la retractilidad.

Cuando el órgano de la gestación expulsa el producto

que contiene, sus paredes se retraen, comprimen entre sus diversos planos al sinnúmero de canales que le surcan, estrechando así su luz y haciéndolos menos permeables. La cubierta muscular *media* del útero desempeña, en este fenómeno, el principal papel. En ella las fibras musculares forman alrededor de cada vaso, anillos que, según la feliz expresión de Pinard, son otras tantas *ligaduras* vivientes detinadas á cerrar las arterias y venas desgarradas.

Pero antes que esa hemostasia natural se verifique, hay siempre un pequeño derrame sanguíneo que fluye de los senos uterinos abiertos y que, obrando á la manera de sangría, modera la excitación de la circulación general, le hace menos impetuosa y quita por este mecanismo un peligro que amenaza de hemorragia al organismo.

Agreguemos, por fin, que la región placentaria se pliega, se hace eminente, desigual, por la retracción de la matriz, ofreciendo una disposición apropiada á la formación de pequeños coágulos que contribuyen á obliterar los vasos.

Como vemos, la retractilidad regular del útero es la propiedad *sine qua non* para que, una vez desprendidas las secundinas, la hemorragia no tenga lugar. Algunos autores creen, sin embargo, que la hemostasia

fisiológica es debida á la obliteración de los troncos vasculares por la formación de trombus, y que la retractilidad del órgano no desempeña sino un rol secundario. Dichos observadores basan su teoría en el hecho de haber visto derramarse por la vulva una cantidad considerable de sangre, estando la matriz completamente retraida. Esto puede suceder, es verdad, pero en tales circunstancias, el flujo no procede del sitio de implantación de la placenta, sino de la vagina, ó lo que es más frecuente todavía, del cuello del útero, determinado por desgarraduras que la salida del feto ocasiona con frecuencia, bastando entonces uno ó dos puntos de sutura para detenerla.

Expuestas estas ligeras consideraciones fisiológicas que nos dan á conocer el admirable proceder que la naturaleza emplea para cohibir la hemorragia después del parto, voy á estudiar ahora las numerosas causas que, actuando las unas sobre la economía entera, las otras sobre el útero mismo, pueden perturbar este proceso.

La causa esencial que determina la hemorragia en el acto del alumbramiento, es la inercia uterina, siendo naturalmente necesario que la placenta se halle en totalidad ó en parte desprendida, para que aquella tenga lugar. Si la placenta conserva sus adherencias intactas,

el líquido sanguíneo no fluye, y puede entonces sin inconvenientes prolongarse la inercia. Esta puede ser primitiva, cuando sigue inmediatamente á la expulsión del feto; ó secundaria, cuando la retractación normal se ha verificado y el alumbramiento es completo, en cuyo caso el globo uterino retraido, que formaba por encima de la sínfisis pubiana un tumor duro y resistente, se relaja, se pone blando y cae en la inercia al cabo de algunos minutos ó de algunas horas.

Al instante los orificios vasculares que sólo estaban obliterados por la contracción de las fibras de la capa media del útero, dejan escapar la sangre y se ven aparecer los síntomas de las hemorragias graves, ya internas, ya externas.

Al rededor de esta causa esencial se agrupan otras secundarias que actúan para producirla, ya ejerciendo su influencia, como lo he dicho más arriba, sobre el organismo en general, ya limitando su acción al útero solo.

Entre las primeras, la más frecuente en la extenuación que sigue á un parto prolongado. El útero está cansado, y después de la expulsión del feto queda en un estado de relajación tal, que favorece la hemorragia.

La albuminuria, la eclampsia, las impresiones morales fuertes y vivas, predisponen al mismo resultado

por atonía de la fibra muscular, debida á la acción que dichos estados ejercen sobre el sistema nervioso y circulatorio.

Hay ciertas mujeres, aunque pocas es verdad, que presentan en todos sus partos un derrame tal de sangre que excede por mucho al normal, por asíduas que hayan sido las precauciones tomadas para evitar la inercia uterina. Este estado es á menudo hereditario y su causa está poco estudiada, siendo probable que tenga que relacionarse á esa predisposición especial del organismo, que se tiene por costumbre llamar: *diátesis hemorrágica.*

La debilidad del estado general, sea cual fuere la causa que la haya determinado, predispone también á dicho accidente. Este hecho nos explica, por qué las europeas que vienen á habitar las regiones tropicales, debilitadas por la suavidad de esos climas cálidos, están más expuestas á padecer la hemorragia *post-partum* que cuando residen en su país natal.

El frio, en condiciones especiales, obra de la misma manera que el calor, y mucho me extraña que hasta hoy ningún autor de partos haya hecho mención de él, considerándolo como una de las tantas causas que produce la inercia de la matriz.

De los nueve casos graves que he podido observar

en la Maternidad durante el trascurso de dos años, siete de entre ellos, no reconocían otra causa, habiéndose producido en los meses de Junio y Julio que son los de frío más riguroso.

Las mujeres parían entonces en una pieza casi helada, y si el *trabajo* duraba algunas horas, no era el efecto del frío excitar los elementos musculares como sucede cuando su acción es moderada y de corta duración, sino traer la parálisis de esos mismos elementos, por el efecto enervante que tiene sobre el sistema nervioso, cuando obra de un modo duradero. Felizmente la colocación de una estufa que mantiene la pieza en invierno á unatemperatura de veinte grados, más ó menos, ha hecho disminuir notablemente ese accidente.

El parto rápido, producido unas veces por contracciones demasiado enérgicas, otras por el forceps, no da tiempo al útero de retraerse, tan luego como es expulsado el feto, y el estado de relajación en que queda es causa de la complicación que nos ocupa.

El hidro-amnios y la preñez múltiple que distiende notablemente el órgano de la gestación, disminuyendo su poder contractil, hacen el parto más laborioso, cansan de este manera á la matriz y después de nacido el niño, la inercia que casi siempre sobreviene, la predispone al derrame de sangre.

Las adherencias de la placenta á las paredes uterinas, especialmente sin son parciales, pueden provocar el mismo accidente. No creo deber insistir sobre su modo de producción, pues fácilmente se deduce si se recuerda lo que hemos dicho más arriba. Sólo, sí, haré notar que su frecuencia se ha exagerado demasiado, y, esto debido á que se han tomado por casos de adherencias muchos de los que, en realidad, no eran sino de retención de las secundinas por inercia de la matriz. Un hecho particular que no quisiera omitir, es el de ver reproducirse dicha complicación en muchos partos sucesivos. Este fenómeno tiene su explicación en el estudio de su causa. En efecto, lasadherencias son á menudo originadas por una inflamación del endometrio, inflamación que en la mayoría de los casos persiste después del alumbramiento.

Otra causa importante de la hemorragia *post-partum*, es la contracción irregular del útero. Ciertas porciones del tejido muscular se retraen fuertemente, mientras que otras, casi siempre aquellas que corresponden á la región placentaria, permanecen relajadas. Simpson sobre este particular se expresa en los términos siguientes: « Que el estado morboso con más frecuencia observado en correlación con la hemorragia *post-partum*, es, la irregularidad y falta de uniformidad en la acción

contráctil de las diversas partes del útero, y aún quizás en los diversos planos de fibras musculares, de las cuales, unas están duras y retraídas al paso que otras están blandas y relajadas ».

Una variedad especial de contracción irregular que debo mencionar por la gravedad que le acompaña, es la llamada *contracción en forma de reloj de arena.* Esta variedad, es determinada por un espasmo del orificio interno del órgano. La matriz se halla entonces dividida en dos cavidades: una superior, conteniendo por lo regular á la placenta, y otra inferior, representada por el conducto del cuello, reducido con frecuencia, á las dimensiones del cordón umbilical que le atraviesa. Como la cavidad superior, cuyas paredes están relajadas, abraza al sitio de inserción de las secundinas, si estas se encuentran desprendidas, la sangre fluye, y á la complicación de la hemorragia que por sí sola es grave, viene á agregarse el espasmo del orificio interno que impide al práctico hacer uso como él desea de los agentes hemostáticos. Al hablar del tratamiento indicaré cuál es la conducta que debe observar el médico en tales casos.

II

La hemorragia *post-partum* es muchas veces debida á que el período que corresponde al alumbramiento, ha sido descuidado ó mal dirigido. « En este período la asistencia de un médico prudente é inteligente, es de la mayor utilidad, más aún, que antes de terminar el segundo estadío del parto. Así, cuando oigo decir á un médico que ve á menudo hemorragias *post-partum*, estoy autorizado, *ipso facto*, para deducir que no conoce ó que dirije mal el tercer estadío del parto ».

Una vez nacido el niño y después de haberlo confiado á la partera ó asistente, debe el práctico colocar la mano en la región uterina y hacer fricciones suaves sobre el útero con el fin de conseguir, no sólo la retracción del órgano, sinó también la más fácil expulsión de las secundinas. Para que estas fricciones sean verdaderamente útiles, han de prolongarse quince ó veinte mi-

nutos después de terminado el alumbramiento, evitando así, que, relajado consecutivamente, aparezca la hemorragia. La matriz retraida da á la mano la sensación de un globo duro que como lo dice Plaiffer, « el práctico toca con verdadero placer ».

Semejante proceder, ha de observarse en todos los casos, redoblando la vigilancia cuando haya algún motivo para hacernos temer una hemorragia.

Algunos parteros creen obtener idéntico resultado colocando un vendaje en el hipogástrico tan luego como el niño acaba de nacer; mala práctica á mi manera de ver, porque el vendaje no excita la fibra muscular y no determina por consiguiente la retracción de la matriz. Puede ser útil tan sólo cuando el útero está ya contraido, y con todo, no aplicándolo demasiado pronto porque podría más tarde relajarse y llenarse de coágulos su cavidad, sin que tenga conocimiento el tocólogo hasta que la hemorragia haya llegado á su último período: el escalofrío, los bostezos y las pandiculaciones que aparecen entonces se atribuirán á fenómenos nerviosos del parto y sólo el síncope hará conocer al médico la eminencia del peligro. Nada de esto sucedería si se tuviera á la matriz bajo la palma de la mano que nos permitiría apreciar sus diversas modificaciones.

Lo que acabo de exponer debe considerarse como el

tratamiento preventivo. Voy, entre tanto, á indicar cuál es la conducta que hemos de seguir una vez que la hemorragia se ha declarado.

No es tan fácil, como parece, saber apreciar cuándo la hemorragia comienza. En efecto, el derrame sanguíneo que sigue á la expulsión del feto, varía en cantidad según muchas condiciones individuales, y con especial el temperamento de la mujer. Hay parturientas cuya expoliación sanguínea no excede á cien gramos, mientras que en otras, puede alcanzar hasta quinientos, sin que por esto tengamos derecho para decir, que existe una verdadera hemorragia. Pero si el flujo representa una cantidad mayor que esta última debemos tratarla como una complicación. Para emplear con resultado los medios que adoptemos, se ha de empezar ante todo por combatir la causa. Entre estas, hay algunas que no nos es posible destruir en el acto del parto, como sucede, por ejemplo, con la albuminuria, la eclampsia, la debilidad constitucional, la diátesis hemorrágica, etc. Pero hay otras que puede el tocólogo hacerlas desaparecer, tales son: la plenitud de la vejiga y el recto, las contracciones irregulares, presencia de coágulos, las adherencias de la placenta, etc.

Voy en seguida á indicar cómo se debe proceder en esos diferentes casos.

Orina. — Es general observar en las mujeres de parto una parálisis de la vejiga que tiene por consecuencia la acumulación de orina en su cavidad, llegando á formar á veces un tumor tan voluminoso, que constituye un obstáculo serio á la retracción de la matriz.

En semejantes casos se ha de practicar la micción artificial, por medio de una sonda de goma. De ordinario esta pequeña operación la partera la ejecuta al comenzar los primeros dolores.

Recto. — Las materias fecales acumuladas en la extremidad inferior del tubo digestivo, obran de la misma manera que la vejiga distendida, y se procurará siempre de vaciar el recto á favor de un enema de glicerina, siendo más conveniente hacerlo cuando el parto comienza. Así, se evitan dos inconvenientes: la dificultad de la salida del feto al través del conducto pelviano estrechado por el intestino distendido y la posibilidad de una hemorragía.

Placenta. — Cuando el accidente se presenta sin haber sido antes expulsadas las secundinas, debemos proceder ante todo á su extracción. Nuestra conducta variará, según que falte solo el desprendimiento ó haya adherencias totales ó parciales del órgano. En el primer caso, basta introducir la mano en la cavidad del útero,

para cuyo efecto, se unta su dorso con vaselina ó cualquier otro cuerpo graso, á fin de que, su penetración, sea más fácil. Una vez, dentro del útero la mano, ha de investigarse con cuidado el sitio ocupado por la placenta para proceder en seguida á su desprendimiento. Esto se consigue insinuando los dedos entre la pared del útero y la porción de la placenta desprendida, haciéndoles resbalar entonces, se completa con facilidad la separación.

La operación es mucho más delicada y alarmante, cuando las secundinas están adheridas. La extracción se hará, hasta donde sea posible con las manos, extrayendo los cotiledones por arrancamiento, y aquellos que no ha sido posible separar por este medio, no se resisten jamás al *raclage*.

Esta operación es muy sencilla.

Después de haber colocado á la parturienta en decúbito supino y llevada al borde de la cama, se ponen las piernas en flexión sobre los mulos y estos sobre la pélvis, separando los miembros lo más posible, se toma en seguida una erina y aplicándola al labio superior del cuello del útero, se le lleva por suaves tracciones, hasta el orificio vulvar.

Un ayuda le sostiene, mientras el partero lleva la cureta roma, hasta la región placentaria y separa con ella

los cotiledones que han quedado adheridos. En tanto se practique el raspado, un ayudante ha de mantener firme con la mano el fondo del útero.

Contracciones irregulares. — Ya sea que estas afecten solo la región placentaria ó que, limitándose al orificio interno, den al útero la forma de un reloj de arena, el proceder operatorio es siempre el mismo. Introducir la mano dentro de su cavidad, empezando por vencer la resistencia; primero con un dedo, después con dos, hasta terminar por introducirlos todos.

Para evitar desgarradura de la vagina, es muy prudente, mientras se introduce una mano, mantener con la otra, aplicándola en el hipogastrio, firme el fondo de la matriz. Si hay coágulos en la cavidad, deben extraerse determinando así un doble efecto: exitación por una parte de la acción uterina y alejamiento por otra, de los coágulos, que son muchas veces causa que impide que la retractibilidad del útero se ponga en juego.

Alejadas así todas las condiciones que entretiene la inercia de la matriz, podemos echar manos de los diversos medios de que la obstetricia dispone para cohibir el derrame sanguíneo, y que, los unos obran exitando la fibra muscular del útero, mientras que los otros produciendo trómbosis en los orificios de los vasos y senos uterinos.

El tratamiento que hemos empleado en estos últimos tiempos en la Maternidad, después del ensayo de todos los demás, es muy sencillo y, á juzgar por los resultados, el más eficaz. Se limita al empleo de inyecciones intra-uterinas con agua caliente y á las de ergotina por vía hipodérmica.

Para las inyecciones calientes, disponemos en el hospital de irrigadores colocados á la cabecera de los enfermos y á dos metros de altura, siendo su capacidad próximamente de dos litros.

En la parte inferior del irrigador, que se puede subir y bajar á favor de una polea, está adherido un tubo de cautchouc, suficientemente largo para permitir con comodidad, introducirlo en el útero.

La extremidad libre del tubo está provista de una cánula que, merced á un robinete, se puede abrir y cerrar á voluntad. La cánula permanece, mientras no se utiliza, en una probeta de vidrio llena de una solución de bicloruro al 1 por 1000, que la mantiene completamente aséptica. En la práctica urbana, este aparato no puede siempre utilizarse, y se reemplaza por una jeringa Higginsson, con tal de que lleve la extremidad que ha de penetrar en la matriz una cánula uterina de cautchouc.

El agua de inyección debe contener un agente desin-

fectante, dando la preferencia, al bicloruro de mercurio en la proporción de 1 por 4000, y su temperatura no ha de bajar de 40 grados, ni sobrepasar los 50, porque en el primer caso sería dificil obtener por su acción sobre la fibra muscular, la retracción de la matriz; y en el segundo estaría expuesta la enferma á ser quemada y á no conseguir el resultado apetecido, puesto que, si el agua es un excitante á una temperatura moderada, es por el contrario paralizante cuando su temperatura es excesiva.

Dos de estas inyecciones, bastan á menudo para contener la hemorragia.

La superioridad sobre el agua fría, la han demostrado un sin número de observadores, siendo por otra parte, mucho mejor tolerada que aquella por las enfermas.

Sucede con frecuencia que, á pesar de la eficacia de este agente, el derrame sanguíneo ha sido tan rápido y abundante, que sólo se consigue detenerlo después de haber quedado muy debilitada la enferma, naciendo de aquí, ciertas indicaciones que el práctico debe apresurarse á llenar: 1° quitar las almohadas con el fin de evitar el síncope y la anemia cerebral, aunque es preferible hacerlo en el comienzo de la hemorragia; 2° exitar la circulación por agentes calientes colocados alre-

dedor de las extremidades, que son las primeras en enfriarse; y 3° exigir completo reposo, puesto que, los movimientos de la parturienta podrían traer una nueva pérdida de sangre.

Cuando la matriz se ha vaciado por completo y antes de empezar las inyecciones intra-uterinas, debe, por ser lenta su acción, administrarse el cornezuelo de centeno.

Las preparaciones empleadas son numerosas, y las vías de administración son dos: la bucal y la hipodérmica. Aconsejo, por los resultados obtenidos, la ergotina de Ivon, á la dosis de uno ó dos gramos en inyección sub-cutánea. Con esta preparación tenemos la seguridad de obrar más rápidamente y con mayor energía.

La rapidez de acción no es una propiedad inherente á la ergotina de Ivon, sino en gran parte se debe á la vía de administración. En tanto que cuando la empleamos por la boca obra á los veinte minutos; sus efectos se manifiestan á los tres minutos si la hemos introducido por debajo de la piel.

A parte de la acción eficaz que tiene este agente sobre la retractilidad del útero, es precioso también por los efectos que ejerce sobre la circulación. Levanta la tensión vascular, y, aumentando así la contracción car-

díaca, evita y combate los síncopes que se declaran en los casos graves de hemorragia. Es preferible al éter y la cafeina, que se emplean con dicho objeto, pues estas sustancias obran sobre el corazón mismo; y haciendo más fuerte sus contracciones, pueden, es verdad, hacer desaparecer el síncope; mas si la matríz no está retraida, lejos de ser un beneficio para la enferma, se aumentará su gravedad. En efecto los coágulos formados al nivel de los senos abiertos y que obraban obliterando su luz, siendo fácilmente arrastrados por la mayor energía del corazón, permitirán á la sangre derramarse reproduciéndose el cuadro de los graves síntomas que acompañan su salida. Por estas consideraciones no doy jamás, en caso de debilidad marcada, la cafeina ni el éter, sino que recurro con preferencia á la ergotina.

Si estos medios quedan sin eficacia, se puede echar mano de los otros muchos que dispone la terapéutica para combatir esta clase de accidentes, y que á continuación voy á exponerlos, indicando sus ventajas y sus inconvenientes.

El percloruro de hierro, es un medio bastante eficaz, pero poco usado á causa de los accidentes á que puede dar lugar.

Según Barnes, sus efectos hemostáticos serían debi-

dos: 1° á su acción coagulante directa de la sangre, en la boca de los vasos; 2° á su acción astrigente enérgica sobre la membrana interna del útero, pues la superficie se pone arrugada y las bocas de los vasos se estrechan; 3° al hecho de que suele producirse cierta contractilidad de las paredes musculares. Cuando se emplee este medicamento, que ha de ser siempre como último recurso, debemos dar la preferencia á la solución de la farmacopea inglesa, disuelta en seis ó siete veces su volumen de agua. Con una jeringa de Higginsson, basta para inyectar esta solución en el útero, teniendo siempre cuidado de hacerlo con suavidad, y después de haber expulsado todo el aire que pueda contener la cánula.

Engelman hace grandes elogios del lavatorio de la cavidad uterina con el percloruro de hierro; operación que él practica de la siguiente manera: «Coloco la enferma, dice, como si fuera á emplearse el forceps é introduzco un especulum de Cuzco, y por medio de torundas de algodón en rama que prepara un ayudante y que cojo con una pinza larga de curar, limpio la sangre que se acumula en la cavidad del útero. El ayudante tiene dispuesto también varias torundas de algodón del tamaño de una nuez, mojadas en percloruro de hierro y bien exprimidas, pues aunque es necesario que estén

saturadas, no conviene que goteen. Una vez limpia lo mejor que es posible la cavidad uterina, cojo con la pinza una de estas torundas y toco con ellas las paredes de esta cavidad, extrayendo los coágulos que sea dable, al retirar la torunda.

« Tomo en seguida una torunda de algodón seca, y después otra y limpio la cavidad del útero hasta que cese la hemorragia. El hierro obra como estimulante y estíptico y el útero se contrae rápidamente. »

Wallace aconseja el vinagre como un medio seguro y eficaz contra la hemorragia post-partum : « Vierto dice, unas cuantas cucharadas en un vaso y mojo en él una compresa ó pañuelo de bolsillo limpio. Después tomo con la mano la compresa, la introduzco en la cavidad uterina y la exprimo. El efecto del vinagre al ponerse en contacto con las paredes del útero y de la vagina, es mágico. El músculo relajado se contrae en seguida ; el órgano da al tacto la sensación que comparo al de una molleja y se comprime y contrae sobre la mano introducida en su cavidad, cesando instantáneamente la hemorragia en la inmensa mayoría de los casos. Si no basta con una sola operación de este género, puede repetirse una ó dos veces más hasta que el útero se contraiga lo suficiente para cohibirla.

El frío, se ha empleado de diversas maneras, y es

innegable que en muchos casos produce resultados. Mientras algunos tocólogos aconsejan la introducción de un pedazo de hielo en la cavidad de la matriz para provocar su retracción tan luego como es expulsada la placenta (y este es el proceder que á mi manera de ver produce mejores resultados), otros, colocan compresas empapadas en agua helada en la región del hipogástrico, renovándolas á medida que se entibian.

Este último procedimiento, así como aquél que consiste en hacer caer constantemente un chorro de agua helada, sobre el útero, al través de las paredes abdominales, ofrecen el inconveniente de bañar el lecho y de aumentar la estenuación que acompaña á los casos graves.

El alcohol se ha utilizado en inyecciones, puro á 60°, y mezclado con partes iguales de agua. En la Maternidad no le he visto producir jamás resultados.

La corriente farádica recomendada por muchos autores produce buenos resultados, con tal que sea de mediana intensidad y que se tenga la precaución de colocar uno de los polos en el cuello del útero y el otro en el fondo.

Algunos parteros tienen en gran estima la compresión de la aorta abdominal. Pero los adversarios de este proceder son muy numerosos y yo me alisto entre ellos.

Las objeciones que se han dado están fundadas en el hecho de que, hallándose en contacto, á nivel de la columna lumbar, la aorta y la vena cava inferior, no puede comprimirse la primera sin llevar también esta acción sobre la segunda, aumetando así la tensión venosa de todo el sistema de la vena cava situado por debajo de la compresión, que repercute naturalmente, sobre los vasos venosos uterinos, favoreciendo así la salida de sangre por estos troncos. Pero no es esta la única objección. La compresión exclusiva de la aorta abdominal, no prestaría tampoco beneficios, porque las arterias útero-ováricas son las que suministran á la matriz casi todos los ramos que se distribuyen por ella; su origen remonta á un punto de la aorta situado por encima de aquel en que la compresión va á actuar, de tal modo, que, lejos de impedir el aflujo de sangre al útero, lo favorecería por el aumento que determina en la tensión de la parte superior del vaso. Los partidarios de este proceder, admiten la justicia de las objeciones que acabo de exponer, y explican la hemostasia por un efecto nervioso, debido á la compresión del plexo-solar.

Yo, por mi parte, no he observado jamás ni disminuir siquiera la hemorragia por este medio.

El taponamiento del útero, es otro procedimiento

que debe abandonarse, puesto que excita la retractibilidad de la matriz, es verdad, pero como llena su cavidad la gasa ó el algodón empleados con dicho objeto, aquella no puede retraerse, quedando así, los senos abiertos. La sangre no se escapa con tanta abundancia al exterior, pero se colecciona en la cavidad del órgano, que es lo mismo.

Hay otros muchos procederes usados para calmar este accidente, como ser: la histerectomía vaginal, la aplicación de la pared anterior á la posterior del útero etc.; pero sobre cuya aplicación no emito opinión por no haber sido dichos medios empleados en la Maternidad.

OBSERVACIONES

I

La mujer N. N., trigüeña, de nacionalidad argentina, de 20 años de edad, primípara, y de constitución buena, entró á la Maternidad el día 23 de Marzo de 1889, estando en el octavo mes de embarazo.

Practicado el examen por la palpación, la auscultación y el tacto, se diagnosticó una presentación de vértice en posición *iliaca izquierda anterior*.

En los primeros meses del embarazo, había tenido, algunos vómitos, y, cuando llegó al hospital, sólo se quejaba de constipación, fenómenos ambos, que son propios de las mujeres en cintas.

El 28 de Junio á las 6 a. m., comenzó á sentir los primeros dolores y, siete horas después, el parto se terminaba, al parecer, con toda felicidad.

A los diez minutos de expulsado el niño, una hemorragia, no de mucha importancia se declaró, obligándonos á proceder á la extracción artificial de la placenta; lo que conseguimos sin mucha dificultad porque ella no presentaba adherencia. Mas, el útero, á pesar de esto y de las fricciones hechas sobre él, continuaba en relajación y el derrame de sangre aumentando.

Se le hicieron entonces repetidas inyecciones intrauterinas con agua caliente á la temperatura de 45°.

El taponamiento del útero y la compresión de la aorta se pusieron también en práctica. Todos estos medios y otros muchos que empleamos fueron impotentes para detener el flujo sanguíneo, y, media hora más tarde fallecía la enferma, después de haber presentado un cuadro sintomatológico completo de la hemorragia.

La temperatura de la pieza en que parió la mujer, era aquel día de 13°.

II

María B., de 29 años de edad, de constitución buena, multípara, italiana y de color blanco, entró á la Maternidad el día 25 del mes de Julio del año 1889.

Hecho el tacto vaginal, constatamos que la cabeza se hallaba encajada, y, por la palpación pudimos observar que el fondo del útero había descendido hasta colocarse al nivel de una línea, situada á cinco traveses de dedo por encima del ombligo. El diagnóstico, lo completamos con la auscultación que nos dió la mayor intensidad de los latidos fetales, al nivel de la parte media de otra línea llevada del ombligo á la eminencia *ileo-pectinea*.

El encaje de la cabeza, el descenso del fondo del útero y los demás signos revelados por la palpación y el estetóscopo, nos hicieron diagnosticar un embarazo en la segunda quincena del noveno mes, presentación de vértice y en primera posición.

A los tres días de su llegada al hospital y después de siete horas de trabajo, su parto se terminó.

Palpando la región hipogástrica, notamos el útero flácido, y conseguimos al cabo de media de hora hacerlo entrar en contracción, valiéndonos para ello de fricciones hechas sobre el cuerpo del órgano al través de las paredes abdominales. Su contracción, debió determinar, indudablemente, el desprendimiento de la placenta, que un instante más tarde, extraíamos por tracciones muy suaves, hechas sobre el cordón umbilical. La salida de las secundinas fué acompañada de un derrame abundantísimo de sangre que, ni la compresión de la aorta, las inyecciones intrauterinas de agua caliente, el taponamiento, ni las aplicaciones frias en el hipogástrio, consiguieron detener.

Para levantar el pulso, que se hacía filiforme, se le administraron 0,50 de cafeina, por vía hipodérmica. La enferma falleció á los 40 minutos después del alumbramiento.

Temperatura ambiente 14°.

III

Emilia C., francesa, de constitución regular, de 34 años de edad, color blanco y multípara, entró á la maternidad el 28 del mes de Setiembre del año 1889.

Venía al establecimiento á curarse de una puntada al costado izquierdo, que le apareció, segun ella, por hallarse expuesta á una corriente de aire frío, siendo tal la molestia, que le impedía respirar con libertad. Además, nos dijo que tosía con frecuencia, haciéndose más manifiesta la tos, cuando cambiaba de posición.

Por el examen del tórax nos aseguramos que se trataba de una pleuresía del lado izquierdo y de mediano derrame que, la aplicación de dos cáusticos y la administración del ioduro de potasio, á la dosis de 3 gramos diarios, la hicieron desaparecer al cabo de una semana, después de lo cual la enferma continuó bien hasta el fin del embarazo.

En el octavo mes se hizo el examen obstétrico para averiguar la actitud del niño. Los diversos medios exploratorios empleados, demostraban con claridad una

presentación de vértice en posición *occípito-ilíaca derecha posterior*.

El 5 de Enero del año 1890, á las 8 a. m., comenzó á sentir los primeros dolores; las contracciones uterinas se hacían con regularidad, y á las 2 p. m. era expulsado un feto á término. El útero se retrajo expontáneamente, pero la relajación no tardó en seguirle, acompañándole una hemorragia de regular consideración.

Las secundinas se extrajeron á pedazos, porque las adherencias de este órgano eran casi completas. Durante la operación, la sangre continuaba derramándose en abundancia, y sólo despues de haber hecho el raclaje de la cavidad uterina, acompañado de inyecciones de agua caliente y una hipodérmica de ergotina se consiguió cohibir el flujo sanguíneo.

La enferma estaba en un estado profundo de anemia. El pulso había desaparecido, empleándose todos los medios que en semejantes casos se usan, para hacer reaccionar el organismo; es decir, infusion de té con coñac, botellas de agua caliente al rededor de las extremidades que se habían enfriado, etc.

Temperatura ambiente, 20 grados.

La mujer se levantó á los 20 dias y salió del hospital á los dos meses de su parto, estando muy poco aliviada de su anemia.

IV

Sinforiana S., argentina, casada, de 23 años de edad, constitución buena, multípara, y de color blanco, entró á la Maternidad el 7 de Diciembre de 1889.

Por la palpación, hallamos el fondo del ùtero situado á cinco traveses de dedo por encima del ombligo. El dorso, colocado á la derecha, y los miembros á la izquierda. Los latidos fetales se oían á la derecha, y al mismo nivel de una línea que pasaba por el ombligo. El tacto nos mostraba muy elevado el cuello del útero y casi en totalidad reblandecido. Fundándonos en los diversos signos recogidos por este examen, hicimos el diagnóstico de una presentación de vértice en posición *occipito-iliaca derecha posterior*.

El 12 de Enero, á las 4 p. m., se declararon en ella los dolores del parto. Las contracciones eran regulares al principio y suficientemente intensas. Sin embargo, trascurrieron más de seis horas para que la dilatación fuera completa. En este estado permaneció

sin avanzar el feto, próximamente dos horas, durante cuyo tiempo se debilitaron mucho las fuerzas del útero y de la parturienta.

La detención en el progreso del trabajo, era sin duda ocasionada por la posición del niño (D. P.). En efecto, no se había verificado la rotación, siendo necesario intervenir con el fórceps para terminar el parto. La operación fué fácil; extrayendo el niño vivo, pero las contracciones de la matriz, que se habían debilitado mucho en el último período del trabajo, nos hacían temer una hemorragia; en previsión de la cual, practicamos varias fricciones sobre el útero, sin conseguir el fin deseado.

La placenta se extrajo artificialmente, y se le hicieron á la mujer seis inyecciones intrauterinas con agua caliente y una hipodérmica de ergotina, que bastaron para detener la hemorragia, no sin haber llegado antes á debilitar á la enferma hasta la desaparición completa del pulso.

A los 20 dias salió de alta, en un estado bastante satisfactorio.

Temperatura del cuarto, 23°.

V

Juana R., de 24 años de edad, constitución buena, primípara, de nacionalidad italiana y color blanco, entró á la Maternidad el día 7 de Marzo del año 1890.

En el curso de su embarazo no había sentido novedad alguna, aparte de ligeros trastornos digestivos que pueden considerarse como fenómenos que acompañan siempre á la preñez.

Practicamos el tacto vaginal y notamos: el cuello en su mayor parte reblandecido, alcanzándolo con dificultad á causa de su situación elevada. El fondo del útero llegaba hasta muy cerca de las costillas falsas, pudiendo convencernos por la palpación, que el dorso del niño estaba situado *á la derecha* y adelante. Por esos datos y los suministrados por la auscultación, diagnosticamos: una presentación de vértice, en posición *ilíaca derecha anterior* y en el principio del noveno mes del embarazo.

El 12 de Junio, á las 5 a. m. notó los primeros dolores, terminándose el parto á las 12 m.

Varias veces, durante el trabajo, esta mujer se quejó de que hacía demasiado frío, á lo que dimos poca importancia creyendo que fueran fenómenos puramente nerviosos. Sin embargo, las contracciones uterinas, eran débiles, hecho que no lo explicaba ni la constitución de la enferma, ni la duración del parto, puesto que esta fué, relativamente, corta.

Expulsado el feto, la matriz se retrajo, pero, incompletamente, no dando á la palpación la sensación de un globo duro, como sucede cuando la retracción se hace bien, ni tampoco la de un tumor flácido, mal limitado, como se constata cuando el órgano queda en relajación. Cinco minutos después de nacido el niño apareció un derrame de sangre que nos obligó á extraer la placenta y proceder á tratar la hemorragia.

Esta vez, el tratamiento empleado lo limitamos á inyecciones intrauterinas de agua caliente á la temperatura de 45° y á la administración de un gramo de ergotina de Ivon, por vía hipodérmica.

La enferma mejoró, á pesar de que el derrame de sangre se hizo abundantísimo, llegando á perder casi por completo el pulso.

Temperatura ambiente 11°.

VI

María P., italiana, de 18 años de edad, de constitución buena, primípara, de color blanco, entró á la Maternidad el día 8 del mes de Junio del año 1890.

El día de su entrada al establecimiento, había empezado á sentir los primeros dolores á las 7 a. m., y fué por esto conducida á la sala de partos, en donde practicamos el exámen de la mujer: el orificio del cuello, que ya estaba dilatado, medía las dimensiones de una moneda de dos centavos y la fontanela posterior se notaba, aunque con dificultad, á la izquierda y adelante. Estos signos y los datos suministrados por el interrogatorio, robustecidos por la observación, del tamaño del útero, nos hicieron diagnosticar un embarazo á término, presentación de vértice y en primera posición.

El trabajo adelantó con lentitud, debido, no á la resistencia ú obstáculo que presentaba el conducto que el feto debía atravesar, sino puramente á la debilidad de las contracciones uterinas, ocasionada, según mi opinión, por la baja temperatura de aquel día.

El parto se terminó á las 3 p. m. del mismo día, acompañando al nacimiento del niño un derrame de sangre de mediana importancia. Friccionamos el fondo de la matriz, activamos la expulsión de la placenta, y procedimos en seguida á hacerle una inyección subcutánea de ergotina de Ivon y varias intrauterinas de agua caliente, porque la hemorragia se hacía considerable. Felizmente, con ese tratamiento, disminuyó la expoliación sanguínea, y, un cuarto de hora más tarde, la detuvimos por completo.

Temperatura ambiente 13°.

VII

Juana R., francesa, de 23 años de edad, de constitución buena, de color blanco y multípara, entró á la Maternidad el día 22 del mes dé Julio del año de 1890.

Llevada al departamento que ocupan las mujeres grávidas y después de acostada procedimos al exámen. Por el tacto vaginal, notamos: la porción vaginal del cuello completamente reblandecida, no ofreciendo dificultad su orificio á la penetración del dedo explorador. La parte superior de la excavación pelviana, ocupada por un tumor regular y redondeado, cuya consistencia dura nos lo hizo considerar como si fuera la cabeza fetal. La inspección y palpación nos demostraron el fondo de la matriz á seis traveses de dedo por encima del ombligo, y los miembros al lado izquierdo, estando la mayor intensidad de los latidos del corazón fetal al nivel de la parte media de una línea llevada del ombligo á la eminencia ileo-pectinea.

Diagnóstico: Embarazo, en la segunda mitad del noveno mes, presentación vértice, posición *occípito-ilíaca derecha anterior*.

El 30 de Julio, á las 3 p. m., conmenzó á sentir los primeros dolores y á las 10 p. m. terminaba el parto, habiendo sido muy débiles las contracciones uterinas en las últimas dos horas del trabajo.

El útero permaneció en estado de relajación y las fricciones llevadas sobre su fondo, consiguieron hacerlo retraer media hora después de expulsado el feto. La placenta se desprendió y pudo extraerse á los 40 minutos, extracción que fué acompañada de una hemorragia considerable.

Una inyección subcutánea de ergotina de Ivon, y muchas otras intrauterinas de agua caliente, detuvieron el flujo sanguíneo.

Temperatura ambiente 12°.

Nótese, que, en cinco de los casos que figuran en las observaciones que preceden, la única causa predisponente de la hemorragia ha sido la baja temperatura ambiente; y examinando los diversos agentes empleados, podrá notarse también que han sido coronados de mayor éxito las inyecciones calientes y la ergotina de Ivon empleadas conjuntamente.

Buenos Aires, Marzo 5 de 1891.

MANUEL J. CORDIVIOLA.

Buenos Aires, Marzo 14 de 1891.

Pase al señor académico Dr. Juan R. Fernandez y catedráticos Dres. S. Molina y L. Vila, para que informen sobre la admisibilidad de esta tésis.

M. Gonzalez Catán.

L. de la Cárcova,
Secretario.

Buenos Aires, Marzo 18 de 1891.

La presente tésis llena las condiciones exigidas por el Reglamento.

Luis F. Vila. — J. R. Fernandez.
— S. Molina.

Buenos Aires, Mayo 31 de 1891.

En vista del informe que antecede, entréguese al interesado para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el dia en que será sostenida en acto público ante la Comisión examinadora respectiva, en la próxima época hábil de exámenes.

M. Gonzalez Catán.

L. de la Cárcova,
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

—

Oftalmología. — Espacios linfáticos de Schualve.

Medicina legal. — Comprobación del parto después de la muerte.

Obstetricia. — Cuidados que requiere ~~el niño recién nacido~~. la mujer durante el parto

Patología mental. — Clasificación de las enfermedades mentales.

Patología interna. — Coqueluche.

Ginecología. — Perinorrafia.

Patología externa. — Enfermedades del callo.

Anatomía patológica. — *Ténia solium.*

Higiene. — Sal.

Terapéutica. — Antimoniales.

Patología general. — Palpitaciones.

Fisiología. — Gran simpático.

Anatomía topográfica. — Región supra clavicular.

Histología. — Neuroglia.