

X 53 3809389



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5313213436

Tratamiento de la inserción
viciosa de la placenta.

Memoria para el grado de doctor

por

Vicente Gerafin Gomez Salvo.



A manera de prólogo.

Concepto clínico de la inserción viciosa de la placenta

Es el estudio de la inserción de la placenta en el segmento inferior del útero siempre de actualidad; pues aunque incontables los trabajos consagrados al esclarecimiento de su etiología, patogenia, anatomía patológica, sintomatología y terapéutica, esta es la fecha en que, tras dos siglos ^{de} incansable labor, pudierásemos empujar todos los capítulos de este proceso con las palabras que sirven de introducción al último estudio que conocemos acerca de su anatomía patológica.

"Es tal ^{la} escasez de documentos anatómicos sobre la inserción viciosa de la placenta que todo trabajo de síntesis sería

2

premature" Champetier de Ribes et Varmer. Etude anatomique sur l'insertion vicieuse du placenta. Paris 1899.

La literatura obstétrica no ha arrojado todavía sino una pequeña parte de la enorme impedimenta de errores que recibió de los pasados tiempos y aun andan en manos de médicos y alumnos obras reputadísimas que, en esta materia están pidiendo una casi total rectificación.

Como en todos los grandes procesos obstétricos, la tocológica del último tercio del siglo XIX ha hecho en este una revolución radical con sus investigaciones anatómicas minuciosas, con un razonado discurso del elemento etio-patogenico, con su interpretación racional de una nomenclología grandemente ampliada, con una más discreta apreciación del valor curativo de los medios que, como legado, recibió de la obstetricia clásica y de los que, en su progreso incen-

sante ha ~~aportado~~ aportado por cuenta propia.

El termino placenta previa era expresion fiel de lo que vieron antes de Portal los tocologos de todos los tiempos: deslucia con la placenta ~~por~~ delante de la presentacion. Ni sabian mas ni podian saber mas; y cuando la insercion fue demostrada! que apenas para explicarse el como y el porque de ella, su evolucion en el embarazo, la falta de la hemorragia inevitable.

Era natural, Manriean habia sentado como dogma que el cuello se incorporaba al utero en los tres ultimos meses de la gestacion y no habia que replicar. La placenta emigraba, no cabia otra cosa y Lachapelle queria tratarla dirigiendo su insercion a un punto del utero mas conveniente.

Las investigaciones de Taylor, Waldeyer, Rind, Hofmeister, Varnier . . . acerca de la formacion del segmento inferior y de su papel y el ^{del} cuello durante el ~~embarazo~~ embarazo, en el parto y en el alumbramiento, sentaron el primer jalón que marca

ra la buena senda. Dieron, con la noción clara de la preexisten-
cia del segmento inferior, explicación no menos clara de la
inserción viciosa ab initio y el nombre secular que ha aparecido
con el de inserción viciosa que se originó en Foetal, ha sido reem-
plado con el de inserción de la placenta en el segmento inferior
del útero que ajusta exactamente al nuevo concepto. Por analogía,
el proceso descrito en el capítulo "Hemonagias", en casi todas las obras
del pasado siglo ha ido en las más recientes a donde le corres-
pondría: a la patología de los anejos.

La concepción de Barnes con sus círculos polares y sus zonas y
su útero así dividido, cuyo esquema parece arrancado de una obra
de Geografía astronómica, ha sido desbancado por la nueva doc-
trina de la constitución del útero y de su segmento inferior.
Nada de zonas polar superior, meridiana y polar inferior, de
inserción normal la primera, de parto prematuro y hemonagia
post-partum la segunda, zona peligrosa la última. El ú-
tero tiene un cuerpo, de inserción normal todo él y un

segmento inferior ^{de} inserción peligrosa todo él y entre uno y otro un límite, no como el de Barnes, caprichosamente basado sobre la cabeza del feto para aplicarlo al útero, sino un límite bien establecido, con caracteres anatómicos que han entregado el peritoneo, la fibra muscular, la mucosa y la vascularización: invariable y fijo, el anillo de Bandl y entre uno y otro, cuerpo y segmento hondas diferencias anatómicas y hondas diferencias funcionales que proyectan luz sobre todo lo que a la inserción viciosa acompaña y permiten la interpretación racional de todo lo que la inserción viciosa hace para curar y de todo lo que el arte puede y debe hacer para curar.

La etiología tan inocente de multiparidad, gemelos, herencia, emociones, endemo-epidemias - . . . queda condensada en estos dos únicos y bien comprobados elementos: la endometritis y el abocamiento bajo de las trompas. Y en lo que a su patogenia afecta, Hofmeier y sus partidarios se encargarán de re-

solucion, cosa hasta ahora no lograda, sea en la insercion viciosa
 ha de verse una implantacion primitiva o consecutiva del hue-
 vo en la zona peligrosa o un caso particular de placenta
succenturiada.

La sintomatologia se ha enriquecido no poco en los ulte-
 mos treinta años y al lado de la siempre reveladora e im-
 portantísima hemorragia otros nuevos ^{síntomas} han venido a descu-
 brir que ^{de} la placenta previa no se habian conocido sino
 los casos más graves. Esto ha dado lugar al planteamien-
 to de un problema diagnostico todavia por resolver.

"Placenta previa es la que da hemorragia y presencia de la
 masa placentaria por delante de la presentacion o esta
 aunque aquella falte"

"Placenta previa es toda la que ofrece, despues de expulsada in-
 tegra, una zona membranosa mas corta, por uno de sus
 lados, de 10 centimetros."

En donde está la verdad? En donde está siempre cuando

de exasperaciones se trata. Entre ellas.

No puede aceptarse el primer criterio diagnóstico pues muchos numerosísimos como los citados en las historias clínicas VIII y X revelan que hay inserciones viciales que pueden no presentar hemorragia durante la gestación y parto ni ofrecen un solo cotiledon al alcance de los dedos y cuya realidad demuestra una exploración mas detenida; placentas cuyos síntomas son referibles a causas banales y que pasan con frecuencia desapercibidas.

Mucho menos puede aceptarse el segundo criterio definido por Pinard. La sola circunstancia de que desde el punto de la rotura del hueso al borde placentario haya por uno de los lados menos de 10 centímetros no puede aceptarse.

En efecto: las membranas no siempre se rompen a nivel del orificio interno del cuello; la línea de ruptura es mas veces perpendicular u oblicua al borde de la placenta que paralela al mismo. Las membranas, aun recogidas

con el mayor cuidado, no salen íntegras, y por fin, las membranas, de tejido elástico y retráctil, nunca reproducen fuera las dimensiones que tuvieron en el útero.

De manera que aun aceptando que la rotura se hiciera al nivel del O.C., que las membranas salgan en toda su integridad, que la línea de ampliación de la abertura sea paralela al borde placentario, nunca la banda membranosa así obtenida indica la distancia que hubo entre el orificio uterino del cuello y el punto a que la placenta alcanzó con su inserción.

Este hecho, hasta hoy por nadie indicado que sepamos, nos fue sugerido por este otro: más de la mitad de las placentas que íbamos recogiendo tenían una zona membranosa corta menor de 10 centímetros. Ni anticipación del parto, ni hemorragia o retención en el alumbramiento, ni falta de encajamiento, ni rotura del hueso espontánea y prematura ni alteraciones en la placenta ni nada en fin de ese conjunto sin-

tomático que acompañara a la placenta previa existía: solo la
cortedad de la banda membranosa. Y al ver su frecuencia nos
preguntamos: ¿Es que la inserción viciosa será la regla?

Reflexionando sobre ello nos dignamos. El feto, sobre todo
en su parte membranosa, es un globo elástico, extensible, que
en el útero está sometido a una presión interior líquida que
actúa con uniforme intensidad en toda su superficie y lo dis-
tende. Una vez roto, el tegido elástico debe retraerse y como
fuera no podemos reproducir las condiciones dinámicas en
que estuvo dentro, las dimensiones que obtengamos midiendo-
lo serán mas pequeñas, no solo, para el total sino también
para cualquiera porción de él que se estudie. Así sucede
con esas bombitas de colores que constituyen el delirio de nues-
tros pequeños. Tómese una, midase una circunferencia cual-
quiera trazada sobre la superficie, rompase respetando el
trazo, cubriéndose todos los medios de observación y antes
de haber obtenido la mitad de la longitud del trazo

los restos de la que fue esfera. se nos quedán nichos pedasos entre las manos. Esto mismo ha de ocurrir con el huevo aunque en menor escala ya que la distension no es en el tan violenta, y pensando de esta suerte, buscamos la comprobación.

Si el huevo extendido al maximum fuera reproduce las dimensiones que alcanzó dentro, la media de su sección máxima, debe corresponder a la media de la sección máxima del útero al que está unido.

Ahora bien un útero ^{de término} tiene 30 centímetros de diámetro vertical y 25 de transversal a los que llamaremos D y D' . Una línea que partiendo del o.c.c. pase por uno de los extremos del D' por el superior del D , por el otro extremo del D' y vuelva al punto de partida representa la longitud, L , de la máxima sección uterina de útero bien conformado. Esta longitud está representada en la fórmula.

77

$$L = \pi \times \frac{D + D'}{2} = 3'14159 \times \frac{30 + 25}{2} = 86 \text{ Centímetros}$$

Si el huevo, repetimos, representa fuera del útero la extensión que tuvo dentro, ^{debemos} encontrar una longitud máxima de 86 centímetros por término medio.

No sucede así, como habíamos prometido. Veinte y seis anejos hemos medido cuidadosamente, de primíparas y de multiparas, todos de término, con fetos bien desarrollados, sin indicios de hidramnios ni hipodramnios, todas expulsados espontáneamente, con apariencias de integridad y resultado negativo del examen ulterior de los loquios. Las mediciones se han hecho como Pinard dice y un poco más en su favor, es decir, traccionando con fuerza.

El resultado ha sido el siguiente.

Dimension máxima ocular que como
termino medio se ha obtenido 57 centim^s

Placentas que tenían mas de diez cen-
timetros de membranas por todos lados 10 -

Y el menos de 10 centimetros por el la-
do más proximo 10 -

He aquí los hechos que cualquiera puede comprobar con
solo medir anejos como Pinard recomienda. La seccion ocular
ha perdido proxivamente $\frac{1}{3}$ de su longitud: y si el total
no es más que los $\frac{2}{3}$ de la dimension intrauterina, cualquiera
porcion membranosa medida fuera representará los $\frac{2}{3}$ de la
extension de útero que ocupó dentro.

Por otra parte: la distancia que media entre el orificio
interno del cuello y el anillo de Bonell no es de diez centi-

metros como Hofmeier Waldeyer, Schröder Demelin, el mismo Var-
 nier han demostrado. El que tiene 10 centímetros de largo
 es el canal cervico-segmentario y quitándole de 3 a 5 que tie-
 ne el cuello al final del embarazo quedará de 5 a 7 para
 el segmento inferior, es decir 6 por término medio. Seis
 centímetros dista por lo tanto el a.B del o.c. y si suponemos
 una placenta a flor de preña, es decir, cuyo borde más
 bajo toque al a.B, estará separada del o.i.c. por 6 centímetros
 de membranas que, después de expulsadas, se habrán convertido en
 cuatro a lo sumo: y sin embargo la placenta aun no era pre-
 via. Por eso en las preñas de veras, en que la rotura prema-
 tura de las membranas espontánea o la practicada por el tocólo-
 go se hace en el punto correspondiente al orificio interno cervical
 la placenta no lleva banda membranosa por el lado previo
 o la tiene de un par de centímetros. Por eso una banda membra-
 nosa de 8 centímetros p. ej. no arguye inserción ^{+ visible sino a 12 cm.} del o.c., esto es
 6 centímetros por encima del a.B, límite superior de la zona pre-

14
Ergo. Ahora se comprende por qué, aceptando el criterio
diagnóstico que acabamos de condenar, Maggias ha llega-
do en la clínica Baudelocque a encontrar con que el 54 por 100
de las placentas estaban viciosamente insertas. Si tal fuera
cierto habría que pensar que Dame Naturel, como dirían nues-
tros vecinos, había andado en el negocio demasiado distraída.

Por estas razones que nos parecen sin replica, y no por
la que da Carnier en su obra y que es un error geométrico ^{original}
de no aceptamos el criterio nuevo aunque tomemos el viejo y no he-
mos de insistir mas en este punto ya que algunas de nuestras
historias clínicas indican claramente el que seguimos.

El cambio que esto supone ^{en} el juicio ~~prognóstico~~ no puede
ser mas completo. Aquella horrible forma de la placenta
previa con tan negros colores retratada por Ramsbotham,
Rigby, Dewes, Deleurye, Delamotte, La Chapelle, Simpson,
Dubois. - - no puede pasar hoy en que a los casos mas graves

a las inserciones más preñas antecedente las menos preñas y por con-
 siguiente las menos accidentadas. Y si a esto se agrega el destierro de
 los tratamientos empíricos y agremios de aquellas épocas y sobre todo
 a diez cosas por encima de todo, el de las infecciones puerperales que
 arrebatában a las pocas paridas que la hemorragia perdonaba,
 comprendese cuanto mejorarán las futuras estadísticas, cuanto
 de apasionamiento existe en los que para preconizar su respec-
 tivo método comparan los resultados obtenidos con los ^{que} de
 hace cincuenta años y cuanto de ^{existía} ^{en el} ^{que} ^{pasó} ^{de}
 buena ley argumentos tan desahuciables.

He aquí en brevísimo resumen, el concepto que tenemos acerca
 de las principales cuestiones anejas a la inserción de la placenta
 en el regazo inferior del útero. La ilustración de los Maestros
 que han de ver y juzgar este modesto trabajo nos dispensa de
 entrar en más amplios detalles sin temer a incurrir en el
 pecado que ya condenó Horacio "esto brevis fuit obscurus,"

Tratamiento de la insercion viciosa

16

tan grande es la anarquía que reina en este punto de la obstetricia que el médico que no haya tenido ocasion de formar juicio propio aplicable á cada caso particular y quiera inspirarse leyendo las ó la obra que tenga en su casi siempre modesta biblioteca, es difícil que encuentre para salir del apuro otra cosa que la confusion y el aturdimiento; y menos mal si solo posee un tratado y este no es el de un setario, porque si tiene varios y contradictorios en sus apreciaciones terapéuticas la confusion sube de punto.

Mucha parte tiene en esto el numero extraordinario de metodos recomendados para combatir el proceso que nos ocupa. Basta leer el cuadro de las obras de M^{orand} con sus 16 metodos y añadir alguno que allí no se incluye.

para convencerse de esta verdad.

Otro motivo se halla en la infidelidad de las citas. Si quisieramos perder el tiempo, que bien perdido seria, en indicar las afirmaciones ^{atribuidas} a este o el otro autor de tal o cual metodo y que el autor no hizo; señalar tal indicacion que el autor no señaló, seria cuanto de nunca acabar. Luego viene el hacer un metodo de cualquiera insignificante variacion que en nada modifica lo fundamental de la terapeutica; así vemos tres metodos diferentes (Leroux, Depaul, Pajot-Dailly) y un solo taponamiento verdadero: otro metodo mas cuando este se emplea para provocar el parto (Greenhalch, Reid, Thomas); otros ~~cuatro~~ (Puros, Deventer, Cohen, Gendrin, Pinard) para la ruptura del hueso; un metodo de agua fria, otro de agua caliente, otro de ~~compresion~~ ^{compresion}, otro de expresion, otros de version en esta o la otra forma tres o cuatro para acelerar el parto, otro para forzarlo - - -

Huyamos del peligro en que se pone la claridad, que tanto
 importa, con semejante farrago de métodos y sus combinaciones.
 Preconizados muchos de ellos, casi todos, en una época ^{que} no se
 tenía noción siquiera de la inserción viciosa en lo sabido a-
 cerca de la condiciones anatómicas de segmento y placenta
 era equivocado o incompleto, en que se juzgaba mal acerca
 de la patogenia de la hemorragia en el embarazo, par-
 to y puerperio, de sus orígenes, del mecanismo de la ~~hemor-~~
 rasia. adolecían de un vicio de origen ^{que los hacia,}
 algunos de entre ellos, ^{disparatados.} La usque La Chapelle queriendo
 curar los accidentes de la placenta previa mediante el
 transporte ^{de la placenta} a otro lugar más conveniente; Barnsen propo-
 niendo la amputación parcial de la placenta y afirmando
 ¡tan serio! que operando así en el 3º, 4º, 5º y 8º meses del em-
 barazo ha conseguido siempre contener la hemorragia
 y dejar la gestación seguir su curso, nos enseñan

á que extremos pueden conducir el desconocimiento de la naturaleza de los accidentes que se trata de remediar, Las sanguias, el cornesuelo, el parto forzado, están proscriptos, no todo lo que merecen, de la terapéutica de la placenta previa.

El desprendimiento placentario hasta alcanzar el límite de su zona peligrosa (Barnes) el arrancamiento total de la placenta (Simpson) deben correr la misma suerte, sin que el favor de que gozaron en otro tiempo ni la fama de sus autores nos haga vacilar en tal determinación.

Hecha esta expulga nos restan para combatir los accidentes de la inserción viciosa

- 1º Inyecciones de agua caliente
- 2º Taponamiento
- 3º Ruptura amplia del hueso
- 4º Evacuación uterina.
- 5º Inyecciones de suero salino.

Otros medios existen como el reposo, las bebidas estomac.

lantes, las inhalaciones de oxígeno, las inyecciones de éter y capsaína, las de ergotina, la posición declive, la compresión aórtica, la autotransfusión, las aplicaciones frías..... que no deben relegarse al olvido y cuyo uso se verá en nuestras historias clínicas pero que al lado de los anteriores resultan secundarios.

El tratamiento de la endometritis y la abstención de viajes frecuentes en ferro-carril durante los primeros tiempos del embarazo como profilácticos, el reposo prolongado y corrección de presentaciones como preventivos, son recursos recomendados en casi todas las obras de obstetricia y nada nuevo nos ocurre acerca del particular.

Con estos medios, racional y diestramente empleados, el tocólogo puede resolver en todo momento el variado y abrumador problema que la inacción viciosa plantea. Tener noción exacta de sus indicaciones y adiestrarnos en su ejecución es lo que nos hace falta para salir airoso de un mal paso poniendo a salvo nuestra reputación la

tranquilidad de nuestra conciencia la vida de la madre y la de su hijo.

Veamos por consiguiente el cuando, el como y el porqué de la aplicación de estos poderosos recursos: para mayor claridad en la exposición supondremos los diferentes casos, los mas comunes al menos, en que el practico puede encontrarse y basando nos en lo poco que hemos visto y en lo que libros y maestros nos han enseñado indicaremos la conducta que en nuestro juicio resulta mas aplicable y conveniente en cada uno de ellos.



Conducta que debe seguirse en los diferentes casos de inserción viciosa

Al descender de las abstracciones de la patología al terreno concreto de la clínica los tocólogos de todos los tiempos se apercibieron de que no eran placentas previas las que habían de tratar, sino ~~enfermas~~ ^{enfermas} con accidentes provocados, por este vicio de topografía aneural, lo que es tan diferente como lo es el pulmonario de la pulmonía: de aquí que el buen sentido impusiera como regla de conducta en el arte de los partos la que vemos seguida en los otros ramos de la Medicina y que al tratar de la que debía observarse en un caso determinado se procurase establecer de antemano las condiciones patológicas modificativas del proceder terapéutico. Este camino, no siempre seguido con esmero.

londad es el que nos proponemos seguir. Antes de preconizar un procedimiento precisa conocer exactamente el estado de la madre del útero y del huevo tripo de diagnóstico en que ha de descansar todo método racional de tratamiento.

En vez pues de hacer un estudio detenido de cada uno de los cinco grandes procedimientos que en la inserción viciosa podemos emplear señalando su técnica e indicaciones encontramos mucho mejor exponer los hechos clínicos circunstanciados que la práctica nos ofrece y señalar el método a cada uno más aplicable.

Seguendo esta norma con la imparcialidad del que está sustraído a trabajos de escuela y con la instrucción y talento cuya falta lamentamos podría prestarse un buen servicio al médico general, al médico de partido que al encontrarse con un caso de inserción viciosa, único guías en su vida profesional hallaría el retrato exacto ^{de} el en los que esta clase de trabajos se operaban con un informe sucinto y razonado en que inspirar su conducta.

Dejando aparte lo que al tratamiento profiláctico y preventivo atañe, que apenas merece mayores indicaciones

que las hechas precedentemente y algunas que por incidencia
surjan en el curso de nuestra exposición, dividiremos en tres
grandes grupos cronológicos los accidentes de la ~~inserción~~ ^{inserción} ~~rección~~
en el embrión, parto y puerperio; división que no es nueva
ni nueva, pero que es buena, como calcada en lo que ocurre
en la práctica.

—



Tratamiento durante el embarazo.

(A)

Tratamiento	{	El estado de la madre es satisfactorio	{	1 ^o Inyecciones de agua caliente
		(B)		2 ^o Preparación de tapones
				3 ^o suero artificial
	{	Es inquietante o peligroso	{	1 ^o Inyecciones de agua caliente
				2 ^o Taponamiento
				3 ^o Inyecciones de suero artificial

En el curso de la gestacion el sintoma que denuncia la insercion viciosa es la hemorragia que inesperada y silenciosamente ^{se presenta} y a cuyo tratamiento es llamado el medico. Suponemos en todo este primer grupo que el accidente no solo acaece mas o menos lejos del termino natural del embarazo sino tambien que esta primera o no pri

mera hemorragia no se acompaña de fenómenos de expulsión, que el útero no muestra tendencia a desalojar su contenido. Tenemos un elemento de juicio ya establecido y común para todos los casos del grupo. No hay síntomas de parto. Estado del útero.

Comprobado por la exploración el dato anterior precisa investigar otro orden de hechos. La edad del embarazo, los datos que sobre su curso se nos faciliten, la palpación, auscultación, tacto y exploración combinada nos informarán acerca de la integridad del huevo, de la orientación probable de la placenta, del número y volumen del feto, de su estado, de su presentación, cosas todas muy interesantes porque de todas ellas tendremos quizás no poca necesidad en lo sucesivo. Estado del huevo.

Fáltanos para completar un diagnóstico circunstanciado en que fundar nuestro juicio un elemento decisivo, el modo como en la mujer influyen las pérdidas que somos llamados a combatir.

Hay mujeres que sufren durante su embarazo una o mas hemorragias, se acuestan o siguen en sus tareas ordinarias, acaso nada ligeras, y cuando acuden al medico es porque la intensidad o la repetición de las perdidas las ha trastornado ~~horro~~ramente. Otras, mas cuidadosas de su salud o rodeadas de familia mas solícita, acuden desde los primeros momentos y con estas y otros casos intermedios (~~Intervención~~ de matronas, practicantes curanderas ect que las raneochan e infectan) el practico puede encontrarse con que la mujer soporta de diferente manera la o las pérdidas precedentes y actuales y que su estado general es satisfactorio o por el contrario alarmante, hasta grave.

Qué criterio debera' gíarnos en la apreciación de este factor tan trascendental? La cantidad de sangre perdida? Es muy difícil informarse acerca de la abundancia del derrame: la sangre es muy escandalosa y a no ser muy poca la perdida se nos dira siempre que mucha. El estado general de la mujer? Esto es: el estado general de la mujer, no solo el actual sino

el anterior, el que presentó antes de nuestra llegada que puede ²⁸ocurrir en el instante de la reacción y enganarnos respecto de tan importante extremo.

La palidez de los tegumentos, el enfriamiento de las extremidades, el estado náuseoso, la pérdida de conocimiento, el desvanecimiento de la vista, los zumbidos de oídos, la ansiedad respiratoria, la sed, la frecuencia y pequeños del pulso, nos permitirán juzgar de la gravedad del caso. En el conjunto de estos elementos ha de basarse nuestro juicio: así lo estiman todos los tratadistas y así lo estimaba y decía Pinard en su "Lección de Maternidad Larboisier, Julio 88," arrepentido sin duda, de pensar y hablar a lo discreto, diez años más tarde en otra "Lección de Baudoloeque, Mayo 1898," consagrada, como la anterior, al tratamiento de la invención viciosa, consideraba al estado del pulso en los casos de hemorragia uterina purpural como debiendo y pudiendo por si solo imponer la indicación de una intervención.

"La abundancia aparente del derrame sanguineo, la palidez de los tegumentos, los zumbidos de oídos, los ama-

gos sin copales constituyen un cortejo sintomático grave, im-
 prenionante, lo confieso, que debe ser justamente atendido y que
 invita en alto grado a intervenir: pero que no encuentra todos los
 elementos en que debe apoyarse una decisión operatoria: falta el es-
 tado del pulso,, Y mas adelante,, cuando el pulso de una mujer
 permanente late 100 veces al minuto o mas es peligroso con tempo-
 rar,,

Esto dicho desde el alto ritual de la catedra de la Escuela de Pa-
 ris, recogido cuidadosamente por sus discipulos, editado y escrito
 en letra bastardilla para que fije bien la atención del lector que
 de hacernos una mala jugarreta. Para Pinard significan poco.
 poco aunque el mismo acabe de decir lo contrario, todos esos sin-
 tomas que denuncian un peligro positivo e inminente y erigiendo
 sin duda que todas las mujeres con placenta previa y hemoma-
 gia estan en una Maternidad a la vista del personal apto
 y preparado, no conceptua grave la situacion sino cuando
 el pulso late permanentemente por encima de 99 al minuto

utiliza para juzgar en asunto de tal interés el síntoma más falso de los que acompañan la anemia aguda. Si hubiéramos el mal acuerdo de inspirarnos en tan original conujo, el pulso nos engañaría con más de 100 latidos dándonos por grave un estado que no lo es y nos engañaría mucho más y en peor sentido dándonos por satisfactorio un estado que en pocos momentos puede poner a la paciente en peligro de muerte.

El caso clínico relatado con el n.º XII es el mejor argumento que podríamos esgrimir en contra de tan caprichoso criterio. Tratase de una fra a quien nuestro sabio y querido maestro el Dr Polo asiste y para la que conceptúa utilizable nuestro concurso material. Al examen, entre otras cosas, hallamos un pulso a 85, regular, desenvuelto, bien marcado, y recién leída la obra de Pinard (Clinique Obstetricale; en donde estan las lecciones citadas) juzgamos bien del estado de la enferma. Salimos a una habitación proxima a preparar lo necesario y cambiar impresiones; en muy pocos minutos se nos avisó dos veces, la segunda con grandes apremios porque la en-

ferme puede mucha sangre y se desmaya; el estado de esta ^{señora} es tan deplorable que, no obstante perder ya muy poca sangre, casi nada, a las 24 horas de muerto, bebidas . . . no habia recobrado la vista. Si, fiados en la afirmacion del satio tocologo frances, hacemos una inyeccioncita de agua caliente y nos vamos a ver nuestras enfermas respectivas el primero que hubiera regresado a casa de la paciente habria disputado las primicias de reprimendas y reproches justisimos de la familia por dejarnos morir la ~~enferma~~ abandonada.

No es con un sintoma por valido que sea con lo que se hacen los juicios clinicos sino con el concurso de todos; siempre que las perdidas por su intensidad, por su repeticion o por la manera de reportarlas el organismo hayan dado lugar antes o lo den en el acto del reconocimiento al conjunto sintomatico que caracteriza la anemia aguda, estamos en presencia de una hemorragia que pone o puede poner a la mujer al borde del sepulcro; al menos en condiciones desastrosas para soportar bien ulteriores intervenciones.

Es asi como entendemos el modo de juzgar en tan inte-

sante cuestion. La mujer no ha experimentado antes ni ahora li-
potimias, su color es normal, conserva el natural calor, el pulso
bien marcado, oye bien, no ha sufrido alteraciones visuales. - 6.
Su estado es satisfactorio. Ha presentado antes de nuestra llega-
da ~~si~~ ^{si} aparece en el acto los sintomas que se acababan de enumerar.
Su estado es inquietante o grave. Estado de la madre



El estado general de la madre es satisfactorio.

Tratamiento { 1º Inyecciones de agua caliente
2º Preparacion para el tapionamiento
3º idem " suero artificial

Sen prescudir, como se desprecia de muchos métodos de tratamiento, de la vida del feto, sino temerndola por el contrario muy en cuenta, la principal, la sola circunstancia que durante el embarazo debe influir en nuestras determinaciones es la situacion de la madre. Mientras no corra peligro alguno, los medios que empleemos han de ser inofensivos para el feto sin dejar de ser eficaces para combatir la hemorragia tan funesta para los dos. No es aceptable por consiguiente el consejo de algunos tocólogos que, como Greenhalgh pretenden evacuar el utero siempre que el diagnostico de inercion viciosa sea formalmente establecido. Es mas, rechazamos en

estos casos, cuando la mujer soporta bien sus hemorragias, hasta el
 taponamiento por los peligros de la provocacion del parto y los que
 se toman que se harian correr a un feto prematuramente nacido y por
 anididura mal desarrollado. Dos de nuestras historias clinicas las
 XI y XX. demuestran que no obstante un embarazo bonascoso con
 hemorragias repetidas por insercion viciosa puede alcanzarse el ter-
 mino o casi el termino y salvar al feto al par que la madre. La his-
 toria con el n.º XI es una muestra de esta poblucion que sufre hemo-
 rragias desde el 5.º mes varias veces repetidas: al entrar en el 9.º da
 a luz un niño viable que hoy es un revoltoso de dos años. La XX
 tiene hemorragias en el 3.º 5.º y 7.º meses del embarazo: es una soltera
 campesina, vive con sus padres a los que trata como a sus come-
 cinas de ocultar su falta apretando horriblemente el corré, trabaja
 en el campo. y sin embargo de todo llega al 9.º mes ingresa en
 nuestra clinica y pare un niño de 2200 gramos que está lactando.
 esta misma. En esta resolución, mientras la madre no corre
 peligro la hemorragia debe ser combatida por medios inofensi-
 vos para el feto. Nuestra conducta en tales condiciones

es muy sencilla

- 1ª Inyecciones de agua a 40° ae
- 2ª Preparación de materiales para el taponamiento
- 3ª " " para inyecciones de nuro artificial.

1ª Inyecciones vaginales calientes. Las inyecciones vaginales frías que constituyen la característica del llamado método de Seibert han sido en nuestros tiempos reemplazadas por las de soluciones microbicidas a la temperatura de 45 a 50° . Este medio tan vulgarizado en la actualidad tiene una doble acción muy útil en circunstancias como las supuestas en que la hemorragia no reclama un agente hemostático poderoso. El efecto hemostático es limitado; excitando la contractilidad de la fibra muscular construyendo los vasos abiertos y se hace hemostasia; mas no se impide la producción de nuevos desprendimientos ni sería cuerdo esperar semejantes resultados cuando la génesis de la hemorragia en la inserción viciosa. Su acción antiséptica es desolada.

luego,
 mas segura: un 0'25 por 1000 de sublimado o permanganato, un 10-1000
 de acido senico etc etc. hacen de estas inyecciones un poderoso a-
 gente de desinfeccion serico-vaginal muy conveniente cuando, como
 aqui ocurre, estamos abocados a intervenciones inmediatas mas
 complejas.

Ha sido imputada a estas inyecciones un doble inconveniente: su
 accion astringente y la ~~oxitocia~~ ^{oxitocia}. La primera, ciertamente, es un
 pequeño pero, puesto que la asfenera resultante se corrige
 bien con solo lubrificar con una grasa asptica o antiséptica
 la mano, tapones o instrumentos que mas tarde hayan de
 introducirse. La segunda es imaginaria: muchos cientos de
 inyecciones calientes se practican en nuestro servicio de la Ma-
 ternidad y nunca hemos visto durante el embarazo el menor
 efecto oxitocico. Lo que ha ocurrido en este asunto es que por
 mirada por Kewsch la ducha uterina para provocar el
 parto se ha olvidado que lo que Kewsch utilizaba era la
 accion mecanica del chorro no la temperatura del li-

quido Las investigaciones de Quequies y Pinard son concluyentes ³²

El instrumental y tecnica de estas inyecciones apenas si merecen ser expuestos: son tratados en todos los libros y tan conocidos son. Un deposito, un tubo conductor y una canula constituyen, con un termometro ordinario, todo el aparato necesario. El deposito no ha de ser de los de estano, de un litro, que en nuestros barones y farmacias todavia se venden, no tenemos por que ni para que pues de la primera jornada salen inutilizados para la segunda: los de porcelana son mejores, pero tienen el inconveniente de que se desconchan con facilidad y las particulas desprendidas obstruyen las canulas, y que son atacados por los antisépticos en el punto al descubierto. Los preferibles por su limpieza e inalterabilidad son los de cristal de dos litros de capacidad por lo menos. En caso de accidente se improvisa un deposito en pocos momentos. No hace muchos dias que en una tarde de este termino practicamos una aplicacion de forceps: la ruptura del membrano y muerte del feto hacia quizas más de 48 horas exigian inmediatamente una detenida desinfección útero-vaginal: el inyectador se halla pedasos en un descuido; el marido por nuestro consejo trae

una canita de la azequia proxima: la ajustamos a un extremo del tubo la introducimos por el otro extremo en un orificio abierto en el fondo de una olla grande y retiramos del fuego. El tubo conductor se deteriora con frecuencia y cuando se cree porer un irrigador y se va a emplear nos hallamos con que al enchufar el tubo se desgarró: este es un contratiempo para el que no conocemos otro remedio que el proveerse (los que ejerzan fuera de los centros de poblacion) de varios tubos de buena calidad. Las mejores camulas son las de cristal; las de caoutchouc que van con los irrigadores ademas de ser menos limpias se deterioran con el calor y el tope inferior de la espiga de la llave se desprende con frecuencia con lo que la espiga se sale y la inyeccion la recibe el que la succiona. Como las irrigaciones calientes como medio hemostático se emplean en el alumbramiento y despues de él, claro que entónces son intrauterinas y en tal caso se necesita una camula intrauterina. No podemos menos de condenar la pretension que hemos oido á algunos de nuestros compatriotas de hacer una inyeccion de esta clase con una camula de diez ó doce centimetros: como no podemos menos de condenar con toda nuestra alma el modo de practicar las inyecciones intrauterinas con o sin sonda a proposito

pero estando las nalgas de la mujer hundidas en el centro de la cama con lo que no es de extrañar que no se obtengan resultados, ya que lo hemos visto casi invariablemente, no se hace más una inyección vaginal. De las sondas intrauterinas preferimos la de Doleris de la que hemos de apuntar un inconveniente que por tres veces nos ha ocurrido en pocas semanas. En el punto de bifurcación de la rama inicial se destanuran e inutilizan a las primeras inyecciones la sonda de Doleris que construye una casa espumosa. Hace unos meses vimos la esposa de un compañero residente en S. pueblo próximo a esta capital, afectada de endometritis puerperal séptico-pútrida; un profesor de esta le había enviado una sonda de Doleris que desde la primera aplicación empezó a echar el agua por el punto que hemos indicado; apámonse la muestra y cambiamos la inmovible por otra advirtiéndole al expendedora llamara la atención de la casa constructora sobre la trasandadura que puede tener semejante manera de construir instrumentos de cuyo buen uso puede depender la vida de una mujer; a los dos días vamos a emplear la que se nos había dado en cambio y nos ocurre lo mismo: vuelta a cambiar y vuelta a salir la sonda por

igual sitio. Conviene tener esto presente y no olvidar el conocido refrán de "lo barato es caro". Cuando la sonda se obstruye y sumerge el extremo de salida en el aguaccionando fuerte por el de entrada se extrae casi siempre la pequeña partícula que motiva el pericame; si no se desobstruye así es difícil conseguirlo de otra manera.

Practicada una inyección de cuatro a ocho litros someterse la paciente al más absoluto reposo; se le administran grandes cantidades de líquidos, caldo, vino, leche, café, agua acidulada, etc.

Si la presentación que se ha diagnosticado es longitudinal nada hay que hacer; pero si fuera transversal se hace longitudinal; aquí existe la divergencia entre los tocólogos: mientras Pinard recomienda la transformación en vertex por medio de la versión por maniobras externas, naturalmente, (método de Wigand) y hasta el empleo de un cinturón entocico o un vendaje de cuerpo bien apretado para fijar la cabeza y encajarla, Praxton, Hicks y los partidarios de su método (versión podálica mixta, versión bipolar) prefieren las nalgas abajo. En realidad esto es secundario y estén abajo las nalgas o la cabeza, las maniobras ulteriores son igualmente fáciles.

Hecho esto se prepara en la forma que más adelante se dirá materiales para un par de taponamientos por lo menos y un litro de solución acuosa de cloruro sódico al 7 por 1000.

Un punto de la práctica que nunca debe olvidarse es el que se refiere a prevenir la familia acerca de la posible y aun probable gravedad que se avecina. Es cosa tan frecuente el que la mujer pierda sangre durante su vida genital sin que por ello abandone sus quehaceres, que toda hemorragia sobreviniente dentro o fuera de la gestación es para ellas y para cuantos las rodean cosa de poco momento, como no se acompañe de síntomas de anemia aguda; está expuesto que escuchan con cierta incredulidad nuestras advertencias y hasta que obran en contra de nuestro consejo. No importa; el médico debe conocer y hacer conocer a los interesados que la paciente está expuesta a la reproducción de las hemorragias y que estas pueden elevarla al sepulcro en pocas horas si sin tratamiento inmediato, casi siempre eficaz, no acude en su socorro. La historia III es un ejemplo que no debe olvidarse. Suponemos que la hemorragia cede brusca o paulatina.

mente y que la mujer no sufre nuevas pérdidas: su estado general continúa, desde luego, bueno y a las 24 horas nos fué permitido para levantarse sino nos espere ya levantada. Que conducta debemos seguir? No es cosa fácil imponer a una madre de familia abrumada de atenciones y muchachos la permanencia en la cama, sin mal, como dicen ellas, durante semanas y aun meses; esto es lo que más aleja el peligro de las hemorragias y lo más provechoso para la madre y para el feto y esto es lo que hemos practicado en las historias de nuestra clínica aunque con moderada reverencia; pero en la práctica civil esto, fuera de rarísimos casos, es lo ideal y entre lo ideal y lo factible medió siempre un abismo. Recomendemos el reposo, proscribamos toda fatiga, todo esfuerzo, todo estímulo genital, toda compresión del abdomen que tienda a encajar la presentación y a distender el segmento inferior, advertamos una vez más a la familia de la inminencia de accidentes hemorrágicos en el resto del embarazo y sobre toda en el parto y guardemos el tapón preparado y el nuevo artificial felicitándonos si luego no los necesitamos.

El estado de la madre es inquietante
o peligroso

Tratamiento {

- 1º Inyecciones de agua caliente
- 2º Taponamiento
- 3º Inyecciones de suero salino

Es el mismo caso anterior modificado en uno de los tres elementos fundamentales del problema clínico. El útero está como antes cerrado y sin indicios de trabajo expulsivo. El feto íntegro con presentación longitudinal transversal o no diagnosticable, como en el caso anterior. La madre es la que no puede sufrir un grave riesgo nuevas pérdidas: la abundancia o repetición de estas o la endeblez de su organismo la han llevado a una situación más o menos apurada: para juzgar de la gravedad ni estimamos un solo síntoma ni solo el estado de momento y en ello no hay que in-

42

insistir despues de lo dicho en el capitulo precedente.

Que indicaciones hemos de llenar? Las de toda hemorragia sea cual fuere su generis y el sugeto que la sufre. Una combatir y evitar su reproduccion. Otra combatir sus estragos: en esto hay unanimidad. Con que agentes? Con los mas faciles de aplicar, mas eficaces y menos ofensivos: tambien aqui hay acuerdo perfecto. Tales son estos.

Aqui es donde acaba la armonia sobre todo si se trata de puntualizar detalles de tecnica. Cada tratadista pretende tener un método diferente al que considera desde luego el mejor, con el cual obtiene resultados superiores a los producidos por los otros que son poco menos que criminales apoyandolo en la misma falta de razones que le sirvió para pensar lo contrario poco tiempo atrás y confirmando con una serie de observaciones en donde los fallecidos son de... pulmonaria y las curaciones van al capitulo,, bondad del método y destreza del operador,,

Nuestro criterio terapeutico en este caso concreto queda expuesto de antemano, inyecciones calientes, taponamiento e inyecciones de nuro: los dos primeros para detener la hemorragia: el ultimo

para remediar sus efectos.

Dejemos, ya que han sido tratadas en el capítulo precedente las inyecciones vaginales termo-antisepticas: cuando la gravedad asoma la cura este medio hemostático es insuficiente y ^{se} deben siempre emplearse es porque limpian el canal vaginal de coágulos y de gérmenes. El medio heroico es el taponamiento.

Taponamiento Es el medio insustituible para combatir las hemorragias por insercion viciosa cualdo en el curso del embarazo el estado de la madre reclama una hemostasia segura que conjure el peligro del momento. Permite detener la hemorragia hacerla insignificante: no impide fatalmente la continuacion del embarazo interrumpiéndolo en una época en que el feto no es quiza viable: otorga un plazo a la mujer para reponerse y resistir las intervenciones sucesivas, al tocólogo para prepararse sin atropellos a realizarlos en caso de necesidad. Es, en una palabra, en tales circunstancias el más practicable, el más seguro y el más eficaz de los procedimientos recomendados.

Si contra el taponamiento han podido acumularse en el orden teórico argumentos y en el terreno práctico pruebas que produjeran algún tiempo ciertos dudas de su valor aglutinado por casi todos los toxicólogos del siglo pasado, un poco de reflexión y alguno que otro desengano nos han convencido de que este método es precioso como se practique bien y no se pueda parar al olmo: lo que en el lenguaje médico significa: técnica perfecta e indicaciones bien establecidas.

Técnica del taponamiento He aquí la descripción que de el dan, tomando la de Garmer, Ribermont-Lepage.

"Para estar dispuestas a aplicarle inmediatamente en el momento necesario es preciso que esté preparado de antemano para lo cual os aconsejo tener siempre en vuestra casa un tapon^{dispuesto para} aplicado. Lo preparareis con pequeñas bolitas de algodón sublimado o fenicado atadas cada una con un hilo aséptico y le conservareis en un frasco de cristal hermeticamente cerrado y lleno de una solución de sublimado al 1-1000 o de ácido fólico al 20-1000. Es preciso saber además que el algodón antiséptico que

se expende en el comercio con el nombre de algodón antiséptico ⁴⁷ no siempre lo es siendo, convenientemente pararlo por la estufa o hacerlo hervir en una solución sublimada o fenicada antes de emplearlo para taponar.

El taponamiento vaginal exige próximamente 60 bolitas de pequeño tamaño y además cierta cantidad de algodón antiséptico que se aplicará por fuera de la vulva manteniéndolo con un vendaje en T. destinado a impedir que el tapón de la vagina sea expulsado. Si no tenéis tapón preparado no debéis renunciar a este método de tratamiento, porque siempre os será fácil preparar en el momento un tapón en condiciones suficientes de asepsia. Comenzáis para esto algodón antiséptico sublimado o fenicado que se encuentra en todas partes y haréis con el torcido que introduciréis en una solución antiséptica antes de hacerlo en la vagina. Podéis serviros además con ventaja de la gasa iodoformada o al salol: pero no olvidéis que la absorción del iodoformo puede en las mujeres que han perdido mucha sangre especialmente ^{producir} fenómenos de intoxicación.

"Si sois llamados a un país pobre, sin recursos, donde no hay ni algodón ni gasa antiséptica procurad algodón ordinario o, a

48
falta de algodón, pedid estopa. Si tenéis tiempo, que casi siempre lo
tendréis, haced hervir este algodón o estopa en agua feniciada u
ordinaria a la que se adiciona carbonato sódico o sal común, ya solo
después de haber esterilizado por ebullición las bolitas de algodón o
estopa estaréis autorizados para introducirlas en los órganos genitales.

„ Para practicar el taponamiento se coloca a la mujer en el bor-
de de la cama, en posición obstétrica: después de haber limpiado la
vagina de coágulos y después de haberla lavado cuidadosamente
se introduce uno a uno los tapones lo más profundamente posible
al rededor del cuello, y después se acaba de llenar la vagina con bo-
las aisladas que se aprietan fuertemente unas contra otras. Termina-
do el taponamiento se le sostendrá con un grueso tapón de
algodón que se mantiene aplicado contra la vulva con un re-
lage en T.

Nuestra práctica difiere un poco de lo recomendado por Bar-
nier en lo que toca al material empleado: pues como dice Char-
pentier al ocuparse de este asunto, el exceso del bien puede ser
un mal y lo trascrito que está tomado por los autores See la

de la obra de Garnier "De l'asepsie et de l'antiseptie en obstetrique",
se resiente del exeso en que ^{este} incurre cuando trata de resistirse a
la infeccion purpural que tantas desgracias le lleva dadas. No emplea-
mos nunca algodón antiseptico sino aséptico, para lo cual lo hervi-
mos en agua ^{con} bicarbonato sodico durante 18 minutos; inmediata-
mente lo paramos a una jofaina esterilizada por la combustion de al-
cohol exprimiendo bien las bolitas las cuales secas se colocan en
otra preparada en la misma forma: las embadurnamos con vaseli-
na boricada y las conceptuamos suficientemente dispuestas para
no temer la infeccion, como las manos que han de manejarlas o las
pinzas que han de introducir las esten bien limpias.

Aplicado el tapón colocase la mujer sobre ropas limpias y se
observa el resultado. Varias contingencias pueden presentarse.

1.^a La hemostasia es perfecta. Cuando el tapón ha sido bien
colocado esto es lo común: ni filtra ni hay sintomas de anemia.
Entonces dejarse colocado durante 24 horas al cabo de las cuales
se retira, se limpia la vagina con una copiosa inyeccion anti-
septica, se deja la enferma en reposo todo el tiempo que de su

50
docilidad pueda obtenerse que no será mucho, si la tormenta se des-
vanece y, con un nuevo tapón provisoriamente dispuesto, se vigila, prestando
a una reaplicación.

2º La hemostasia es deficiente El tapón se empapa de sangre, el estado
de la mujer denuncia que la pérdida continúa: hay que retirar el ta-
pón y colocar otro con mayor esmero.

3º El trabajo se inicia. Si la hemostasia es perfecta se aguarda
hasta que el parto se formalice y entonces se retira: y se retira des-
pués cuando la pérdida continúe sin espumar a que el trabajo avan-
ce. En ambos casos estamos fuera del embarazo; ya el tapón debe ser
reemplazado por otros medios más racionales y más seguros, de hemo-
stasia y que resuelven definitivamente el conflicto: la ruptura del mue-
ro y la evacuación uterina, cuya técnica valor e indicaciones nos o-
cuparán más adelante.

Como se ve, para nosotros, la indicación del taponamiento
en el embarazo se encierra entre estos dos términos: necesidad
de una hemostasia segura e imposibilidad de obtenerla sin vi-
olencia por la ruptura del muro o la conservación del útero.
Si la hemostasia no aparece no debe emplearse aun el

5
taponamiento. Si como resultado de este o por el curso natural de los sucesos, el parto se declara, no debe emplearse ya.

En lo defectuoso de la técnica y en lo mal comprendido de sus indicaciones está el por qué de los reproches que al taponamiento se dirigen y de la aparente justicia de ellos.

En nuestro concepto para juzgar del valor de un procedimiento conviene examinarlo en el triple aspecto de su aplicabilidad de su eficacia y de su inocuidad. Por estos tres puntos se trata de abrir brecha en la reputación del taponamiento y se ha dicho.

El taponamiento es una aplicación difícil. Que hueren buen taponamiento no es obra de romanos, lo dice la precedente exposición de su técnica; es un poco entretenido, cierto, un poco molesto para la mujer, pero no difícil: como se haya visto hacer o se haya puesto diligencia y empeño en aprenderlo por cuenta propia el taponamiento se hace y se hace bien: mucho más difícil es hacer sin trampas un palmo de encaje una niña de cinco años lo está haciendo a nuestro lado y no lo hace mal, pero no queda se sin juego. Si Pinard ha podido decir en casi todas sus lecciones al tratamiento de la inserción viciosa conyugadas,

"yo no he visto en 20 años más que una mujer procedente de la calle bien
 taponada: en las demás casas se trataba de tapones embionarios cuya
 colección podéis ver en nuestro Museo,, es porque en París, donde se podrían
 empujar las calles con Maternidades y tocólogos de nota, se ejerce la
 obstetricia poco mejor que en los villorios españoles, sin duda: es por-
 que en París, como en todo el mundo, el que no ha visto hacer ni ha
 hecho un taponamiento, el que no ha llegado a perder el mis-
 do a la sangría y retrocede ante las protestas de las enfermeras
 no puede hacer más que un simulacro de taponamiento. Esto
 que dice Pinard ocurre con todo: con el apostenero con la soneta ve-
 sical, con el forceps, y a nadie le ocurre deterrar su uso por ello. Nues-
 tro primer taponamiento fue detestable, igual a los que vemos por
 ahí a cada paso, como ^{hecho} ~~he dicho~~ con miedo: hoy, que hemos hecho
 ya algunos, creemos firmemente que desde el primero pudiéramos
 hacerlos siquiera aceptables con solo un poco de atención a
 los preceptos que en los libros se contienen. Además de que las
 dificultades, suponiendo que no fueran ilusorias, de un buen
 taponamiento no es motivo para deterrarlo de la práctica.

En cuanto á los materiales para efectuarlo ni más económicos ni más al alcance de todos y en todas ocasiones podrian imaginarse.

El taponamiento es ineficaz: transforma la hemorragia externa en interna: es un procedimiento ciego.

Esta objecion carece de una serie de hechos evidentes en los que tras el taponamiento, la sangre ha seguido fluyendo al exterior o bien se ha acumulado por encima del tapon en cantidad á veces considerable. Pero el tapon estaba bien puesto? Estaba bien indicado? Por que si vamos á fuchar de ineficaz al taponamiento porque cuando se hace mal y no está indicado no haya hemostasia, lo mismo ocurre con la ligadura y con todos los recursos de la industria humana.

Los que como ~~Barthes~~ ^{Barthes}, retiran el tapon a la hora no tienen derecho á tacharlo de ineficaz ni á tacharle de imprudentes y precipitados. Los que como Depaul, Charpentier y tantos mas, asocian el cornesuelo (aqui hemorragico) al taponamiento (hemostático) han de dar ocasion para que ^{se} dude de la eficacia de este. Los que, como Papot en Francia y Baillie en Inglaterra, midan al taponamiento, no una accion hemostática que

esto unico que puede dar, sino ^{que} lo hacen agente activo del parto
 no tienen razon para extrañarse de sus ^{parto} pueras. Los que preten-
 den utilizarlo en plena ^{parto} con nuevo rato van derechos a la memora-
 ria interna. Los que, aun practicandolo a la perfeccion, ven en el ta-
 pionamiento una especie de pamieta para la hemorragia por in-
 sersion viscosa, hacen en su descredito con sus exageraciones mas
 que con sus distribas sus mayores adversarios. Es lo que ha ocurrido
 en los ultimos años con la doctrina tokurgica de las estrecheces me-
 dias de la pelvis. No han sido las objeciones sentadas ni los
 hechos rigorosamente observados de los obstaculos alemanes los
 que han dado en tierra con la sinfisiotomia a outrance:
 han sido sus secuaces, sus fanaticos secuaces los que la han des-
 creditado llevando su oradia hasta el punto de recomendar la
 sinfisiotomia "en una III para que en dos partos anteriores, de termino,
 pario espontaneamente: cabera en el estrecho superior, bien
 orientada: sinfisiotomia y extraccion de un feto de tamaño regular."
 Gengare ~~siempre~~ siempre presente, como dice Pinard, aunque
 despues se rectifique, que el tapionamiento no es un

proceder de eleccion uno de necesidad. Como el útero este cerrado, el hueso integro y el tapon sea hermético la hemostasia es infalible. La sangre no puede coleccionarse entre la pared uterina y el hueso incompreñible uno en pequeña cantidad: el tapon le cierra la salida natural, absorbe la parte liquida y determina la coagulacion del resto: la hemorragia se cohibira siempre en estas condiciones.

Que el tapon sea ciego, como se le reprocha, importa poco; con tal que quien lo emplea tenga ojo en la inteligencia para verlo que detras de él ocurre es bastante.

El taponamiento es nocivo: doloroso e infectante para la madre cuyas evacuaciones impide: perjudicial para el hijo cuya expulsion inoportuna provoca.

El suprimiento que a la mujer se ocasiona taponandola es tan llevadero como la intervencion manual mas delicada que tenga su misma duracion, y el que ^{que} produce despues de aplicado no excede gran cosa al producido determina un encañamiento estatico profundo. En lo que afecta a la emeina

ción del recto si se tiene cuidado de vaciarlo con un enema siempre que la exploración vaginal nos advierta del acumulo de excrementos, no debe preocuparnos, puesto que 12 ó 24 horas sin evacuaciones en mujeres que a caso las tienen cada tres ó cuatro días nada significa. Entretanto el vendaje en T, las compresas vaginales y las primas formadas vaginales, sondando la vejiga y extrayendo la orina, se remedia el inconveniente de la retención de esta.

Que el tapon infecta. Es cierto, como infectan el forceps, la escamula, el bisturi, la aguja ó las manos cuando no están limpias. Esta objeción perdió todo su valor con el advenimiento de la doctrina y práctica antisépticas, y extraña que tal argumento se esgrima contra el tapon cuando no se han tomado las debidas precauciones "Cuando no se emplea un tapon aséptico, dice Pinard es una verdadera inoculación la que se hace puesto que no solo se pone en contacto con los vasos abiertos de la zona desprevenida sino que despojando la vagina de su epitelio la convierte en pared absorbente."

Desprender el epitelio vaginal con bolitas de algodón o de hilas re-
cubiertas de una sustancia grasa y cuidadosamente aplicadas es muy
difícil: y como estas bolitas hayan sido preparadas conforme al
dogma quirúrgico que nunca ~~pueden~~ debemos transgredir, su contacto
con la sangre que puede acumularse por evacuación de las pri-
meras porciones del tapón, no con los rasos, ni harían hembras
ni inoculaciones sépticas mortíferas, sino hemostasia subradona.

La acción oxitócica del procedimiento y la posible expulsión
del feto en tiempo inoportuno apenas merece réplica: a par-
tir de que el tapón puede permanecer muchas horas sin pro-
testa uterina. ¿Que significa la vida del feto cuando el y la
madre van a perecer?

Pero, en fin, ni hemos inventado esta práctica, ni fuéramos
capaces de inventar algo, ni sentimos apasionamiento por
ninguna, ni nos ~~graba~~ otro propósito que el de conocer la verdad.
Puesto que el taponamiento tiene tantos inconvenientes, digan
nos Pinard y sus discípulos que con tanta diéresis lo proponen,
con qué lo reemplazamos? Porque ni en obstetricia, ni en

58

ninguna otra rama del saber humano se procede por destrucción sino por sustitución y además el sustituto ^{ha} de sacar ventajas al sustituido. En una mujer embarazada, con hemorragia grave, en quien las inyecciones calientes han fracasado, qué vamos a hacer? Pinard tiene un procedimiento, como lo hacen Purot y Guillemeau; pero aun con haber recogido lo mejor de lo viejo en cerrándolo en otros métodos, como diría si resucitara su compatriota Broussseau, resulta infinitamente más difícil en su realización mas novio e ineficaz en sus resultados. Procaremos demostrarlo.

"Cuanto os acabo de decir bastará para convenceros de que el taponamiento no es un proceder de elección sino de necesidad."

Y cuáles son esos casos de necesidad, para Pinard?

"Estos medios (el taponamiento y el cornuelo) yo los proscribo y los condeno porque nunca han producido mas que una seguridad parapsica y engañosa."

Afirmaciones que riñen batalla campal. ~~Ad~~ ^{Ad} trans. de las dos páginas que las separan.

Ahora bien: puesto que se rechaza el taponamiento para las

hemorragias graves del embarazo (dando por muerta el corrucho, el parto acelerado de Puzos, el forzado de Guilleminau) vemos con qué replaza.

"Cualquiera que sea la abundancia del derrame sanguineo, seais llenos en el embarazo o en el parto, debéis empezar por hacer el diagnóstico de la presentación y si es transversal, transformarla en longitudinal."

El precepto es juicioso y debe observarse.

"Mas debéis dirigir hacia abajo la cabeza o las nalgas? Lo sabeis Braxton Hicks y sus partidarios no vacitan, dirigen siempre hacia abajo la extremidad pelviana. Yo no soy de esta opinion. Conviene de que el feto corra más peligro cuando se presenta de nalgas, concepto preferible cuando las circunstancias lo permiten, dirigir hacia abajo el vertice. Asi, cada vez que la exploracion del segmento inferior me permite comprobar que no tiene un espesor considerable, cuando además yo aprecio el espesor de la pared abdominal y me doy cuenta de la facilidad con que puede mantenerse la cabeza, dirijo esta hacia abajo desde luego dispuesto a -

cambiarla por las nalgas cuando no que esta elevada, que se aplica mal al estrecho superior, que no tiene tendencia a encajarse sino a deslizar hacia una de las fosas iliacas,

Y más adelante dice sobre el mismo tema.

"Cuando la exploración del segmento inferior me indica que la inserción es marginal o lateral versión cefálica y si parcial o central versión podalica."

Como se ve el criterio para dirigir al estrecho superior una u otra extremidad del óvulo fetal varía de una a otra página lo que revela una movilidad de juicio poco aceptable; pero lo que más admira es el que Pinard tiene un dedo una tan especial virtud en los dedos que percibe lo que hasta ahora nadie pudo percibir: hasta hoy, que sabemos, para conocer el grosor y dureza de una superficie era preciso apriarla entre los dedos o al menos comprimirla entre estos y otra superficie resistente; pues bien, a Pinard le basta el pulpejo del índice y el medio para saber si el segmento inferior (que llega muy arriba, que, cuando no hay encajamiento, y este es el caso actual, no se alcanza sino mal, y en rola su parte inferior, que es movable y que no tiene detrás parte resistente en que fijarse) está ocupado y en qué extensión por la masa placentaria, aunque esta sea tan

delgada como puede y sabe verlo, fundando en estas apreciaciones, que los demás no sabemos hacer, la conducta que a los demás nos aconseja. Creemos que ni Pinard ni nadie es capaz de decir si un segmento inferior que no ha sufrido distensión alguna, está o no ocupado por la placenta, ni que extensión ^{o ocupa} ni en que sitio se halla este y menos todavía decirlo con la seguridad que se tiene derecho a exigir cuando del diagnóstico van a deducirse consecuencias terapéuticas.

El cambio de la presentación de cabeza en nalgas cuando aque-lla tiene tendencia a deslizarse hacia una de las fosas ilíacas, cuando se aplica mal al estrecho superior es una indicación tan vaga que no sabríamos en un caso determinado qué decir de estos extremos.

" Cuando la cabeza es así dirigida abajo es preciso fijarla con la ayuda del cinturón elástico o de un vendaje de cuerpo bien apretado, " " Es uno de los medios más eficaces que podemos emplear para atenuar, disminuir o hacer cesar la hemorragia "

Es uno de los medios más eficaces que podemos emplear para aumentar la hemorragia si ya existe para provocarla de nuevo y si ^{no} ha existido después nosotros parodiando el último párrafo

El mismo nos lo dice más adelante.

"Por qué en igualdad de circunstancias bajo el punto de vista de la inserción placentaria tal mujer perderá sangal en el embarazo o en el parto en tanto que tal otra no? Es precisamente la investigación de este porque la que me ha proporcionado los elementos de juicio para formular el tratamiento preventivo tanto en el embarazo cuanto en el parto. Cuando la observación me hubo demostrado que en las mujeres que escapaban a la hemorragia teniendo una inserción en el segmento inferior este no había sido distendido ni descendido durante el embarazo yo he pensado en lo aplicar a todas en estas condiciones. El tratamiento preventivo y profiláctico de la hemorragia debe perseguir la reducción de las condiciones mas favorables para que durante el embarazo el segmento inferior sea todo lo menos posible descendido y distendido."

En los párrafos anteriores podíamos condonar del método con que se pretende sustituir al taponamiento la ligadura de los indicaciones y el dano continuo de los feto. Estos dos

últimas encierran una falta grave: para remplazar al tapona-
miento, hemostático, se recomienda un modus faciendi hemorrá-
ico.

"En vista de este estado grave (hemorragia grave en el embarazo, sin sín-
tomas espulsiuos, que es nuestro caso) que acabo de exponeros
que debéis hacer. La presentación es longitudinal, las miga-
cunas calientes han sido hechas: es preciso entonces introducir
una mano en la vagina y un dedo á través del orificio externo has-
ta alcanzar las membranas y luego rasgar estas ampliamente."

"Vnas veces las membranas son fácilmente accesibles, poco resiste-
tes y la rasgadura se hace con facilidad; otras son resistentes
y el dedo las rechaza sin poder romperlas. Es preciso entonces tomar
un perforador que guiado por los dedos actúe sobre ellas sin lesio-
nal á la madre ni al feto."

"En ocasiones las membranas parecen inaccessibles: el dedo no
encuentra á nivel del orificio interno ningunos coágulos ó algún
cotiledón flotante. He podido siempre en estas circunstancias
procediendo lentamente y con delicadeza encontrar un pun-
to

64

to por donde el dedo pudiera pasar entre el hueso y la pared
uterina sin desprender nada, y llegar así hasta las membra-
nas.

"Como os he dicho nunca he encontrado una inserción central; mas
ni observara alguna no vacitaria; después de asegurarme de que
lado la placenta alcanza menor extensión á fin de producir
menores desprendimientos, iba en busca de las membranas por el
camino más corto y, una vez alcanzadas estas, las rompía. Siguien-
do en esto el precepto de Lerret y Dubois, no intentaria pasar á
traves de la placenta á fin de no exponerme á su arrancamien-
to total ó á romper la inserción del cordón. Sabemos por otra par-
te que la función de las membranas á traves de la placenta y
la evacuación del líquido amniótico no bastan para contener
las hemorragias. Estas en este caso yo cambiaria las nalgas
abajo sea por maniobras exteriores sea por maniobras combi-
nadas y conduciria un pie á la vagina á fin de fijar la
presentación: porque con la cabeza abajo dada la elevación
de la región fetal nos exponeríamos á que deslizase en

una de las foras iliacas ya que la presentacion de vertice se trans-
formase en troneo,,

"Tal es, Sr la conducta que es aconsejo durante el embarazo."

Estamos pues en el embarazo, con una mujer en situacion gra-
ve, para la que no encontramos procedimiento mejor que el uso
del tapon.. Pinard lo rechaza, como rechaza todo lo demas, y
despues de exponer a guisa de preliminares lo que hace un
momento comentabamos, termina su plan terapeutico "durante
el embarazo con hemorragia grave" en la forma que acabamos de
copiar. ,

Fijemonos un momento en lo que Pinard acaba de decirnos:
... "hace falta introducir la mano en la vagina y un dedo
a traves del orificio externo hasta alcanzar las membranas y ras-
garlas luego ampliamente."

La introduccion de la mano en la vagina de una mujer si-
quiera sea multipara ella y la mano la que suponemos sea
na, delicada de M^{lle} Forel, y el dedo a traves del orificio
externo hasta alcanzar las membranas proporciona a la
mujer muchos mas supunientos que la colocacion del

mas apretado tapion vaginal. En circunstancias favorables de vagina amplia, mujer tolerante, mano pequeña y adiestrada, cuello de multipara, facilmente penetrable, no sera difícil llegar hasta el hueso; pero en una primipara, cómo salvar el cuello salvar un que proteste de tal modo que atene a los que le rodean? Porque suponemos ^{7^{ve}} tal caso no cabe la anestesia cloroformica. Cómo después mover la mano en la vagina sin renovar los suprimientos? Engrasándola bien? La entrada de la vagina, que como todo el canal está áspera por las inyecciones antisépticas previas se quemará con la grasa y contra el resto la mano flotará desmenuando el epitelio. Cómo franquear un cuello cerrado, de primipara, tal vez demasiado y de seis o siete meses?

Supongamos todo esto hecho; supongamos que a traves del cuello hayamos caído sobre las membranas no sobre un coágulo o sobre una masa de cotiledones; cómo entonces rasgar las membranas ampliamente? Podremos a lo sumo, perforar el hueso, que es el método de Pinos, pero rasgar a uno y otro lado

con la punta del dedo á través de un conducto delatado artificialmente lo justo para dejarle pasar, es tan imposible como que rasguemos ampliamente el forro de un sombrero con un palito pasado á través de un orificio-ventilador de los que suelen llevar algunos abertos en el filtro. Pues bien, esta rasgadura amplia de las membranas, este hecho mecánicamente imposible, constituye toda la novedad del método de Pinard para las hemorragias graves durante el embarazo.

Si después seguimos examinando el resto de su exposición encontraremos detalles como el uso del perforador, el paso entre el hueso y el útero en las placentas que llenan el campo explorable sin desprender nada, otro nuevo cambio de presentación que después de roto el hueso puede al evolucionar el feto convertirse en una de traseo una extracción de un fil á través de un cuello que no está delatado ni borrado siquiera, sino forzado por el dedo.

Véase como el deseo inmoderado de innovar puede llevarnos á los mayores absurdos. Trátase de proscribir el taponamiento

por difícil y doloroso y se le busca reemplazo en otro proceder cien
 veces más difícil, de mas laboriosa aplicación para el profesor
 é infinitamente mas doloroso para la madre. Reprehense el
 taponamiento de ineffectos y se pretende sustituirle con un dedo
 que fuerre el cuello, que estimula la contraccion uterina y que
 para entre estildones y útero rompiendo adherencias sino es un
 dedo milagroso. Báchasele de agrioso para la vagina, de desca-
 mativo, y se le reemplaza con una mano que frote contra ella
 durante horas acoso. Tildasele de infectante y todos saben cuán-
 to más difícil es aseptizar la mano que el algodón o las pilaf.
 Báchasele en cara in accion oxitócica y se le suplanta! con la ro-
 tu amplia del hueso!

No estamos completamente obcecados o este es uno de los malos
 preceptos que en obstetricia se han formulado. Esto es ni más
 ni menos que el método de Puzos y aun el de Guillemeau con-
 viertas al de B. Hicks.


El que en un caso de hemorragia grave durante el embarazo
 siguiera el consejo de Pinard, de fijo que no volveria a na-

hacelo. Quin, por el contrario, taponarse bien obtendria el beneficio de cohibir la hemorragia permitiendo alguna vez continuar el embarraso en provecho del feto, y si el parto se declaraba, llegaría á él con ánimo y cuerpo descansados, con la mujer repuesta y confiada, y con todo preparado para atender al llamo de las nuevas indicaciones que en el parto surgen.

Inyecciones de suero artificial Es un recurso de tan múltiples como útiles aplicaciones y entre las circunstancias en que de él puede el tocólogo esperar un efecto eficaz ninguna como las en que le coloca la anemia aguda. Feliz simplificación de su peligro en transfusión de la sangre pocas veces resistible y de las inyecciones intravenosas, tocados de igual achaque, las inyecciones de algunos cientos de gramos de suero artificial en el tejido celular subcutáneo es una práctica corriente, casi familiar entre los médicos de partido, que exige un instrumental que casi todos poseen y que todas deben poseer, de poco coste y cuyo material de inyección puede prepararse en poco rato donde haya agua clara y sal común, es decir, hasta en desprolado.

Siempre que hayamos de tratar una mujer con placentia previa es conveniente prepararlo: que si de momento no necesitamos este recurso inapreciable, tal vez no tarde mucho en sernos de absoluta necesidad.

Durante el embarazo pocas veces llegan las hemorragias a producir esos estados anímicos extremos y, de ordinario, obtenida la hemostasia la paciente se repone de un modo franco. En tal caso las bebidas abundantes bastan; mas si el estado general flaquea, sin vacilación debemos proceder a las inyecciones, seguros de que el efecto benéfico no ha de hacerse esperar. En las historias clínicas al final indicadas podrá verse cuando hemos necesitado hacerlas y con qué resultados.



Tratamiento durante el parto.

A Madre en
buen estado
o medianamente
grave

{	Huevo integro - - - - -	Ruptura del huevo
	Huevo roto {	Utero franqueable - - - - - Evacuación uterina
	Utero infanqueable {	Dilatación digital o instrumental Evacuación uterina

B. Madre en
inminencia de
muerte

{	Huevo integro - - - - -	{ Inyecciones de suero Taponamiento
	Huevo roto - - - - -	{ Inyecciones de suero Evacuación uterina

75

Es durante el parto cuando con mayor frecuencia tendremos ocasión de intervenir, bien porque los accidentes no se hayan presentado hasta el momento natural de aquel, bien porque la inserción viciosa lo determine prematuramente.

El parto en la inserción viciosa puede hacerse un accidente alguno y hasta pasar esta desapercibida. Ejemplo de ello son algunas de nuestras historias clínicas en las que un cúmulo de circunstancias que hicieron pensar en la inserción baja y ^{que} en la exploración del segmento inferior no se habían diagnosticado. Claro que esta benignidad es casi exclusiva de las placentas marginales o laterales y siempre exigen para no dar hemorragia una porción de condiciones entre las que, como fundamental, figura la ruptura espontánea y prematura de las membranas.

Supuesta la presencia de los accidentes, es decir de la hemorragia, ya que los demás que acompañan a la placenta previa tienen una significación muy secundaria, estamos en el caso de formular un diagnóstico detallado que nos permita aplicar discretamente los medios que el arte pone para, con el menor peligro posible, salvar las dos existencias comprometidas.

De nuevo necesitamos informarnos pronto y bien, que estas cosas suelen ser muy urgentes, del estado de la madre, del hueso y del útero pues, como veremos, no solo las grandes indicaciones, sino el modo especial de satisfacerlas y el orden en que han de ser atendidas varía con las circunstancias.

El estado de la madre es fundamental porque su existencia debe salvarse a todo trance y todos los medios que recomendamos, ^{no} son infalibles siempre para ella. Si su estado general es satisfactorio, si la gravedad es solo inminente o moderada la mujer podrá soportar bien la coacción del líquido amniótico, la extracción o expulsión del feto, la de los anejos y aun alguna hemorragia inmediata al alumbramiento de anididura. Si su estado es angustioso casi agónico como en nuestras historias clínicas III. IV, y V. cualquiera de estas intervenciones acaba con la poca vida que resta. Mas adelante insistiremos en esto.

El útero ha de fijar no poco nuestra atención: necesitamos saber exactamente si el cuello está borrado, si hay dilatación y de que grado, calcular con exactitud si podrán penetrar la mano o los instrumentos en la cavidad uterina y salvar el feto sin forzar el canal cervical segmentario.

Del hueso. nos importa conocer principalmente su integridad

o rotura, la variedad de inserción placentaria, la vida nabi-
lidad y actitud del feto.



El estado de la madre es satisfactorio o medianamente grave.

{	Gravamen	Huevo integro	Ruptura
		Huevo roto {	<div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> utero franqueable . . . Evacuación utero infranqueable { <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; font-size: 3em;">{</div> Dilatación digital o instrumental Evacuación. </div>

I

La paciente está perdiendo sangre pero su estado se conserva bien o por lo menos regular: no puede ni debe dejarse expuesta a nuevas hemorragias. El útero con mas o menos holgura permite el acceso hasta el huevo del que diagnosticamos además de su integridad, la orientación de la placenta y la presentación del feto. Suponiendo que éste venga de vértice o de nalgas, y si no es esta la presentación debemos procurarla.

preña una inyección vaginal antiseptica y caliente se procede á la.

Ruptura amplia del hueso. Es á las hemorragias del parto lo que el taponamiento á las del embarazo, el remedio por excelencia. Si el arte ha de ser copia de la naturaleza, nada ~~mas~~ mas racional que conjurar las hemorragias por inserción de la placenta en el segmento inferior del útero rompiendo ampliamente el hueso, toda vez que la observación secular enseña que éste es el medio de que la naturaleza se vale para evitarlas. No es de admirar pues que Puzos, que ni tenía idea de la inserción viciosa, preconizase, copiándolo del natural, un método que esencialmente es el seguido por todos.

Pinard, con un buen sentido que contrasta con sus distracciones anteriores, aboga por la ruptura, pero por la ruptura amplia, condición indispensable para obtener de ella y con seguridad todo el valor hemostático. Apoyase tal precepto en la patogenia del desprendimiento placentario.

En el momento del parto la contracción del cuerpo del útero propiamente dicho, contracción poderosa, empuja el segmento inferior del hueso contra el segmento inferior del útero y el cuello, como el pil que vamos á cabrear es empujado al in

78
terior de la bota (Duncan): mientras la misma contracción eleva, alarga
y distiende al segmento inferior del útero y al cuello que se le va incor-
porando, como tirando de los tirantes de la bota se eleva se ensan-
cha y se alarga esta. Entre el segmento inferior del cuerpo y el seg-
mento inferior del útero se rompe la continuidad lo que en el
parto normal da lugar a la hernia del cuerpo a través del orificio
externo del canal cervico-segmentario (bolsa de las aguas): pero si la
placenta está inserta en el segmento inferior del útero la ruptura
de dicha continuidad se traduce por una hemorragia. Roto el
cuerpo, la presión que el líquido recibe por el hecho de la contra-
cción uterina ya no la transmite al segmento inferior del cuerpo
sino que se escapa por la abertura que hace oficio de válvula de
seguridad. Ya no hay impulsión del cuerpo hacia abajo, ya no
puede haber tampoco movimientos desprendimientos, por este mecanis-
mo y si la hemorragia persiste será otra su génesis.

El líquido es expulsado y el útero, que tiende a reducirse con
rapidez, actúa sobre el feto el cual, no como el líquido, con-
forme al principio de Pascal sino por una influencia más
compleja, transmite al segmento inferior del cuerpo con la cabeza
(si esta es la que se halla abajo) la presión que sufre en las
nalgas y brazos apoyados por encima del anillo de Bandl

De nuevo el segmento inferior del huevo en donde está indolentemente la placenta, es impulsado hacia la vagina, no por el líquido ya, sino por el feto, mientras la contracción uterina eleva, ensancha y adelgaza cada vez más el segmento inferior del útero. Otra vez crece el peligro de ruptura de la continuidad con su secuela indeclinable, la hemorragia. Pues bien: para conjurar el peligro que encierra la impulsión transmitida por el líquido hasta un orificio que dura salida al medio transmisor, orificio que la naturaleza se adelantó en hacer muchas veces. ¿Qué falta para evitar el desprendimiento producido por la transmisión al segmento ocular inferior inferior y por medio del feto, de la impulsión uterina? Hacer otro orificio bastante grande en el segmento inferior del huevo para que el feto pueda salir como por su naturaleza salió el líquido: no proponer con las membranas, sin ponerlas para gomo, sin apretarlas delante de la presentación, sin producir tracciones, en una palabra. De aquí la utilidad, confirmada por los constantes resultados, de la ruptura amplia de las membranas con la que sin excepción, se evitan los desprendimientos indirectos. No puede haber otros que los directos, los

producidos por la presentación si esta rotura y empuja por delante la mano placentaria, lo que es muy raro.

Todo lo que este procedimiento aplicado en el embarazo tenía de difícil lo tiene aquí de fácil: cuanto era agresivo para el útero cerrado es de inofensivo para el útero abierto; cuanto atentaba allí a la vida fetal provocando una expulsión uterina lo tiene aquí de indiferente cuando ya la expulsión está decretada e iniciada.

La rotura del hueso puede hacerse casi siempre a través de la membrana ya francamente expuestas al dedo en el campo explorable ya un poco alijadas pero al alcance; solo una vez hemos debido de encontrarlas fácilmente y como el feto no era viable y el estado del útero permitía la evacuación en el acto, rompimos el hueso a través de la placenta; claro que con feto vivo y viable hay que buscar a todo trance el borde placentario por el camino más corto para romper el hueso sobre las membranas como hacía Girardin.

Rotas las membranas el líquido corre al exterior y si con la mano libre malaxamos y fijamos el útero la presentación viene al contacto de los dedos. Es de nalgas? se baje un pelito a la vagina. De vertice? se abandone. El parto a la natural.

Entonces la hemorragia desaparece; con vigilar la viola

del niño auscultando con frecuencia basta. Puede continuar
o reaparecer la hemorragia; estamos en el caso siguiente.



No obstante la ruptura del hueso hayan hecho espontáneamente o la hayamos nosotros practicado la mujer sigue perdiendo el sangr. ¿Que hacer?

Nuestra conducta variará según el estado del útero. Si el canal cervic. segmentario no es frangueable ni violencia ni para la mano ni para el feto es preciso dilatarlo artificialmente y con dulzura rechazando todo lo que del segmento inferior del hueso venga por delante de la presentación. Para esto Barnes recomienda su vejiga-nólen, Pinard los globos de Champetier e Ribes, Braxton Hicks siempre utilizará un miembro fetal. Cuando no tengamos comodidad para emplear estos medios tendremos el recurso en la historia n.º XII, los dedos, que paulatinamente irán haciendo la dilatación más inteligente y menos peligrosa. Cede con esto la hemorragia? dejemos terminar el parto a la naturaleza vigilando la otra existencia, la fetal. Persiste? lo que es raro; estamos en el caso siguiente.

Si la hemorragia ^{continúa} no obstante la ruptura amplia del hueso con un canal cervic. segmentario frangueable, procedase con amor a la extracción; con la mano si la presentación

es de nalgas o tronco, si no se tiene forceps y la version podalica
no esturera formalmente contraindicada i con el forceps o el ba
notrito si de vertiel. Alguna vez en presentacion de vertiel puede
el tocologo encontrar preferible la version podalica y extraccion
manual, como ocurre en la historia XI.



B

La madre se encuentra en ~~in~~minencia de muerte

Tratamiento	Huevo integro	{ Inyecciones de suero artificial... Taponamiento
	Huevo roto	{ Inyecciones de suero artificial Evacuacion

Estos son los casos que — ponen a prueba la serenidad y la pericia del médico: etapa final en todas curaciones vicinas en ^{que} la naturaleza y el arte se desmiden, no son implementos como no es implemento el que la naturaleza se olivina o el arte rompa. Para es la clínica donde no ingresa de cuando en cuando alguna pobre parturiente a quien el abandono y la impencia en colaboración con la hemorragia furieron a dos dedos de la muerte; los relatos de hechos de esta clase son corrientes y nosotros contamos tres de las diez y nueve placentas brevis que hemos visto y tratado.

La mujer no pierde ya sangre, ni pueden perder puesto que apenas se queda. Está fuera, formando un lago en la cama, empapando cojines y jergon de donde gotea sobre el charco

que hay bajo el pecho. La paciente pálida, inmovil, helada, sin pulso, sin sentido, nadando en su propio sangre, es como dice Pinard de una de sus historietas un cadáver. ¿caliente?

Tres veces hemos tenido ocasión de presenciar este horrible cuadro y juntas relatamos los tres historias clínicas.

En el primero el túbulo estaba integro, lo rompimos, extraímos el feto y los anejos, no salió una gota de sangre más; pero la enfermedad se nos quedó en las manos, que es lo más desastroso que en tocología puede ocurrir. La congestión abdominal ex vacuo determinó una anemia bulbar que acabó con la paciente (historia III)

La lección no cayó en saco roto y pocas meses después el caso se repetía también casi desprovisto. Ligamos los cuernos, taponamos... y ganamos dos horas: inyectamos nuevo salino, dimos líquidos en abundancia y ganamos dos horas más; y cuando ya resucitada la enferma quitamos el tapon, rompimos el túbulo, se evacua el útero irrigamos con agua caliente y rubicunda, inyectamos yotina... y a los 15 días la mujer estaba cuidando de su numerosa familia.

El caso relatado en el número V es tan instructivo como este otro que sirve de base al reciente y notable trabajo anato.

mico de Varnier y Ch. de Ribes.

"G.... de 29 años, multipara, es conducida á la maternidad del Hospital Tenon á las 6 de la mañana. Pierde desde la tarde anterior: la hemorragia no ha cesado en toda la noche siendo más abundante desde la madrugada.

"En el momento de su ingreso G. está en una situación precaria. Los tegumentos decolorados, acostada del lado se mueve pesadamente y se presta mal el examen. El pulso es imperceptible.

"Tacto. El cuello está incompletamente bocado, blando, cede por presión fácilmente dos dedos. En el momento de las contracciones las membranas se perciben tensas á través del orificio; se nota á través de las membranas y á la derecha una cabeza pequeña, móvil incompletamente encajada; á la izquierda una masa blanda, gruesa, sobre todo hacia atrás.

"El internio de urgencia M. Magniaux rompe las membranas con los dedos ensanchando la abertura cuanto puede. Por esta abertura el líquido amniótico se derrama y la hemorragia cesa. Se hace enjuagada la toilette de los órganos genitales, se envuelve la enferma en ropas calientes y se la transporta á

la sala de trabajo. Se debilita cada vez más y muere en pocos momentos.

Todo esto ocurre en menos tiempo del que se necesita para escribirlo. La brutalidad del desenlace hace imposible la toma de antecedentes, así como todo tratamiento de la anemia aguda.

Si en este caso el interno de servicio en el Hospital Temon, como nosotros en los nuestros, hubiera empezado por tratar la anemia aguda y antes de romper el túbulo ni trasladar a la enfermera la hubiera invertido o poco menos, ligando los miembros, inyectando suero artificial: si luego la hubiera taponado para ganar tiempo sin muchas pérdidas, es probable que no hubiera tenido ocasión de hacer Ch. de Ribes y Varnier con el túbulo y el útero de esta desgraciada sus hermanas e instrucciones planchet.

La conducta que en vista de los propios y ajenos fracasos (convenimos varios) creemos que debe seguirse ya queda expuesta. Si el túbulo está íntegro y debe estarlo casi invariablemente como lo estaba en los cuatro casos citados, autotransfusión ligando los miembros: inyecciones de suero abundantes y repetidos taponamientos, en este orden. Intervenciones

radical aplazada hasta que la mujer este repuesta.

Si el hueso está roto el mismo proceder menos el tapamiento que no hara más que ocultar el hueso sin apagar el fuego, convertir en interna la hemorragia externa.

El reposo absoluto, la posici^{on} declive de la cadera los catop^{icos}, las inhalaciones de oxigeno las bebidas estimulantes, las inyecciones de eter y cafeina — — — coadyuvaron al feliz resultado.



Conducta en el alumbramiento.

Accidentes del alumbramiento e inmediatos	Retención	{ Inyecciones intravenosas a 48 ^{oe} . alumbramiento artificial
	Hemorragia	{ Inyecciones intravenosas 48 ^{oe} alumbramiento (si no se ha hecho) Ergotina Taponamiento utero-vaginal

En el acto del alumbramiento y en los primeros instantes que siguen puede la placenta previa determinar accidentes graves con la circunstancia de que precisamente las placentas menos primitivas que han permitido la evolución completa quíntas, las placentas laterales o marginales son las que con más frecuencia los producen. Esta aparente contradicción queda desvanecida teniendo en cuenta de una parte el papel del segmento inferior y cuello uterino y de otra la génesis de estos accidentes.

Durante el parto una revoladora lucha mecánica se establece entre el cuerpo propiamente dicho, esto es, entre la masa uterina que existe por encima del anillo de Bandl, porción rica en elementos musculares, vigorosa, y el cuello y segmento inferior, débiles: cada contracción uterina empuja el hueso íntegro o el feto contra el segmento-cuello y el segmento se eleva, se ensancha y se adegara; en tanto que el cuello se acorta, se torna y acaba por dilatarse. Al final del parto, como la dilatación exigida haya sido la necesaria para dar paso a un feto de término o poco menos, bien desarrollado, el cuello y el segmento inferior forman un canal flácido, píndulo, pasivo. La fibra muscular está rendida, paralizada y si la placenta invade este segmento inferior, no tiene energía para desprender la porción previa ni, después del desprendimiento, para ocluir la rica red vascular de la zona de inserción. De aquí dos hechos patológicos: la retención parcial y la hemorragia, que nosotros llamamos paradoxa. Es decir, una hemorragia continua, inmediata al alumbramiento, pequeña, tenaz, de origen segmentario, externa y que coincide con un útero pequeño duro y contraído. Esta clase

91

de hemorragias uterinas no se encuentran, que sepan, más que en el
el caso, en el de rotura del segmento inferior y aun se han indicado en
los de degeneración fibrosa del útero. En las vivas e indicaron Gooch,
Rigby y Velpeau pero no acertaron ni podían acertar a explicarlas, por-
que para ellos, como todavía para muchos de nuestros contemporáneos,
la placenta previa no existía si no daba hemorragias y no se alcan-
zaba por la exploración durante el parto: como estas hemorragias
paradoxaes del alumbramiento son patrimonio casi exclusivo de
las placentas poco bajas, de las que ocupan el segmento inferior a
un solo lado del cuello y aun incompletamente, no era posible
referirlas a su verdadero origen y las dieron como propias del parto
alumbramiento normal.

La conducta que debemos seguir en presencia de estos accidentes
es muy sencilla. Si hay retención practiquese el alumbramiento
artificial. Para esto empleamos las inyecciones ^{intra-}uterinas calientes
apenas ha salido el feto. Languinet, Ponsard y otros han eviden-
ciado que el agua hace el alumbramiento tan rápido que
los dedos, mano y sonda son arrojados de la cavidad fuertemente
contraída; si algún resto de contractilidad queda en el

segmento inferior, las inyecciones lo despertarían y si no, la mano desprende la porción previa cuando esta no sea arrastrada. (que esto es lo que está principalmente desprendida es lo común) por la gran masa placentaria corporal.

Estas mismas inyecciones calientes y las de ergotina nos han permitido dominar en todas las casos de unión viciosa las hemorragias que siguen al total vaciamiento del útero: pero si no fueran suficientes, lo que dada la laxitud del segmento inferior y su riqueza vascular (Hofmeier) pudiera acontecer, haríamos lo que Levour recomendaba hace más de un siglo: lo que hace 18 años preconizó Dubrassen después de dos aplicaciones afortunadas en hemorragias gravísimas e incoercibles post-partum, lo que con tanto entusiasmo ha defendido Sturard: el taponamiento utero-vaginal.

Para practicarlo se toman varias bandes de gasa iodoformica o simplemente aséptica mejor. Si tomamos una sola banda de seguro que la rotaremos con ropas o algo no limpio que hará peligrosa su permanencia en el útero; varias y bien contadas. Previa la limpieza del canal útero-vaginal, como tantas veces se ha dicho, con la mano y con pinzas largas o a falta de estas,

con la misma sonda de Doleris se introduce la goma en el útero retaciéndolo, que no es difícil como haya una mano que por fuera nos lo fije bien: se rellena el útero de goma y a ~~la~~ continuación la ragni-
na, y se aplica al vientre un vendaje de cuerpo o una toalla fuerte-
mente apretada; a las 24 horas, previa la preparación de materiales
nuevos por si hubiera que repetir, se extraen las bandas y se hace una
abundante inyección.

No hemos tenido necesidad de recurrir a tanto en nuestras curas de
inserción vicaria: pero la lógica del procedimiento y lo que hemos
visto en dos ^{casos} semejantes ~~así~~ ^{nos} permitiera vacilar en aplicarlo como
no vacilamos en recomendarlo. Enfatice en unos de estos casos de la es-
pora del Dr. Lauro de Cuzano, alustado Profesor auxiliar de esta Es-
cuela de medicina, la cual señora tiene la mala ^{costumbre} de perder
excesivamente ^{después} del alumbramiento ^{un poco} por disencia, ^{poco} o por inercia: en
su penúltimo parto la hemorragia se hizo tan impertinente
tan indócil a ergotina y agua caliente, que para acabar con
ella echamos mano de la goma iodoformica y taponamos, pu-
diendo pasar una noche tranquila después de un día de sorbo.
El segundo es mucho más curioso y a buen seguro

94

se bome de la memoria de nuestro condiscipulo el Dr Bercial, medico
del Hospital de Huesca, que accidentalmente nos acompañaba en la visi-
ta. Trataba de una muchacha que habia dado á luz en la Mater-
nidad y el caso es un hermoso ejemplo de las puericias que acostumbra-
a hacer las retenciones parciales. Despues del alumbramiento la comadrona
encargada del servicio de la clinica habiendo, como siempre, exami-
nado los anejos, halló algo que no supo si era ó no una falta de un
troso en la masa placentaria; tuvo que guardar la pueria anatómica mas
no tan cuidadosamente que no fuera remaneada y medio descompu-
ta por lo cual nuestro juicio fue tan indeciso como el de nuestra
colaboradora, por lo que nos abstinimos de intervenir, sometimos
la puerpera á una vigilancia extremada y preparamos todo
para una intervencion inmediata á cualquiera hora del dia
ó de la noche. La puerpera marchaba perfectamente, el cuello
se retiró pronto y el útero, aunque tenia mas volumen del ordi-
nario, era esto atribuible á su enorme distension en el embarazo
que habia sido de gemelos. Apenas pasada la primera re-
tención la paciente, como todas, nos pedia con creciente insis-
tencia el alta que con creciente decision le negabamos (Re-

manos muy presente un cotiledon accesorio que estuvo 19 dias ju-
 gando primero con el Sr. Motis que habia asistido al parto, despues
 con el Sr. Polo llamado en consulta con motivos de sintomas de infeccion,
 despues con nosotros encargados por el último de tratar la enfermedad).
 Al 16.º dia cedimos por fin permitiendola salir de la cl. al siguiente
 te no su hacerle las advertencias oportunas. A la mañana siguiente
 la encontramos todavia en la clinica: durante la noche habia
 tenido una abundante hemorragia y aunque ~~ya~~ ^{ya} ~~ainique~~ ^{ainique} trato de
 ocultarla, la comadrona se enteró reteniendola en la enfermeria.
 Todo estaba preparado y en pocos momentos extrajimos un boro
 de placenta fresco, de forma irregular, del tamaño de una media
 mandarina. Las inyecciones calientes profundas no pudieron co-
 tribir la hemorragia no obstante el vaciamiento total del útero,
 y cuando el estado de la enferma era agónico, sin recar la
 mano taponamos, fuimos la cabeza abajo ligamos los miembros,
 inyectamos suero artificial y aquella pobre que estaba dando las
 boqueditas abrió los ojos, volvió a la vida y salió de la clinica a
 las 15 dias despues. Si alguna vez las hemorragias del a-
 lumbramiento por unccion viciosa se vieran rebeldes

a las inyecciones intrauterinas y a las subcutáneas de ergotina taponamos sin vacilacion, tratando desde luego por los medios ya indicados la anemia aguda consecutiva.

La rotura del segmento inferior del que se han citado algunos ejemplos y de que no hemos visto ninguno existe tambien el taponamiento. Varnier y Gossel en una reciente comunicacion a la Sociedad de Obstetricia de Paris. citan casos de rotura tratada por la histerectomia felivamente. Es intervencion todavia en litigio, inferior al taponamiento evacuativo segun autoridades opinioniones y redada siempre a las tocologas modestas.

Algunos otros hechos patológicos coincidentes con la insercion viviva y que pueden venir a complicarla (embrazo gemelar, hidrocefalia, prociencia del cordon y miembros, estrechez pelvianas, fibromas, cancer, eclampsia) no modifican fundamentalmente el tratamiento del proceso.

Durante el puerperio la mujer debe ser sollicitamente cuidada tratandose la anemia subaguda con los medios comunes a todas las anemias post-hemorragicas. Muchos motivos

de infección puerperal tienen estas enfermas y así han de ser objeto de una exquisita vigilancia: la temperatura debe tomarse cada 6 horas puesto que el pulso no varía en estas puerperas, a diferencia de lo que ocurre en las no hemorrágicas, para sorprender la infección en sus primeros pasos.

Hemos dado fin a la tarea que nos habíamos impuesto: exponer el tratamiento razonado de la inserción viciosa en cada una de las circunstancias que en clínica se presentan. No tenemos la pretensión de haber apreciado todos los casos que al tocólogo pueden afrearse, pero sí los más comunes: y aun menos la tenemos de haber acertado en nuestros juicios sugetos, más que obo alguno a la eterna ley de la vida: la rectificación.

Historias clinicas

I. R N de 40 años VII para ha tenido cuatro primeros partos normales; desde el 4.^o prolapsu uterino y endometritis. El 5.^o y 6.^o partos terminian prematuramente, precedidos de hemorragias de repetición. El 7.^o que es el primero en que solicita nuestra asistencia ha llegado el 2.^o mes en el que tiene una hemorragia coincidente con sintomas de parto. Prescribimos para hacer el taponamiento, romperse el huevo, cesa la hemorragia y en pocos momentos espulsa feto muerto no macerado y anejos de él. La placenta inserta a la derecha, marginal, muy extensa: la sutura tangente al borde placentario. Puérpelo normal.

II R N vuelve a hacerse embarazada al año siguiente (1894) teniendo hemorragias que ceden al reposo inyecciones calientes y enemas claudimbados. A mitad del 7.^o mes vuelve a presentarse y no obstante el mismo tratamiento no se comiencen iniciandose el parto. El estado general es bueno, el utero de gran multipara permite alcanzar el huevo del que toda la zona explorable es placentaria.

Taponamos pero como el taponamiento estaba mal hecho, además de mal indicado, la sangría sigue aumentando con las contracciones; a las pocas horas quitamos el tapon encontrando el cuello bastante dilatado para rasgar las membranas sobre el borde derecho de la placenta. Cesa la hemorragia: expulsión espontánea de un feto vivo pero no viable, en vertice: alumbramiento normal placenta divisible en dos porciones una grande, normal en su aspecto macroscópico y otra pequeña, delgada, aplastada y con numerosas placas de color y consistencia variables; inserción parcial con el lado más corto adelante y a la derecha. Esta clase de inserción y el venir la cabeza explican la precocidad de la expulsión con relación al parto anterior.

III Magdalena N de 29 años, tendena, de vigorosa constitución, Vpara. A raíz del último parto infección mucosa gonocócica. En el 6.º mes hemorragia combatida con inyecciones calientes, reposo abundante de hidratos porinos, con el taponamiento largo; este controla las hemorragias, como ^{que} estaba bien indicado y creemos que no mal aplicado. No hay indicios de parto. Feto vivo

y de vertice. Repuesta pronto la paciente a las 24 horas tiramos
 el tapon inyectado agua caliente sublimada y esperando con
 otro preparado. La enferma contra nuestro consejo se levanta y
 reanuda sus tareas en la cama y mostrador: a los 2^{os} dias nueva he-
 morragia cohibida en igual forma. Como vive en las afueras y
 nuestras ocupaciones oficiales en la F. de Medicina nos impiden aten-
 derla, lo exponemos asi a la familia para que decida entre los
 varios medios que proponemos: el marido, las cuñadas y la sue-
 gra a fin de nuestras inquietudes y toman el salvador partido
 de resumptararnos con una comadrona que pretende cohibir las
 hemorragias, si vuelven, con el sulfurio. et la madrugada siguiente
 te viene el marido acompañado a buscarnos a la F. de M. en don-
 de estábamos de guardia. A nuestra llegada encontramos la ce-
 lebr^o con el ^{partura} profesor X. que nos dice se han roto las aguas. La des-
 graciada enferma, a quien por todo tratamiento se habia colocado
 un tapon con percloruro entre las grandes labios, estaba expirien-
 te: el cuello dilatado, nuevo integro, placenta por todos lados.
 rompemos el hueso, extraemos el feto muerto y los anejos

y la infeliz se queda en la manos.

IV. Juliana N. 14 para de 33 años, vive fuera de la ciudad en una torre, con una niñera de pocos años; el marido ausente. Los tres primeros partos normales.

En el 6.^o mes se despierta bañada en sangre: la hemorragia aumenta al amanecer con dolores de parto y se nos avisa. A la llegada se nos dice que ha muerto: tal era su estado. Con nuestra faja con la de un torero vecino, con unas tiras de sábana, con lo que hay a mano se ligan los miembros y elevan; reanimarse y bebe vino y café con leche: tapamos, inyectamos 500 gramos de suero de una vez. Al examen habíamos encontrado el cuello dilatado como un escudo, placentas por todo, feto en vertex y muerto. El estado apuradísimo de la enferma, el despojado, la ausencia de la familia, la lección de la historia anterior nos determinaron de romper el tuero: a las 12 horas de esto la enferma estaba repuesta y pariendo con decisión: quitamos el tapón, lo rompimos el tuero y el parto y alumbramiento se hicieron bien. Inyecciones term. antisepticas, de ergotina, de suero, betiolus... Purpurio normal.

V. tra de X. hermana del profesor Y., proxima pariente del profesor X., que envia en nuestra busca para ¿una distocia? en el pueblo de B., media hora antes de la salida del tren. Multipara en el 7º mes con larga tarta de hemorragias. Desde hace 24 horas la hemorragias acompañadas de dolores han sido tan intensos que la enferma cuando llegamos está agonizando. Se le ^{ha} dado ergotina en ~~porción~~,.

El utero dilatado, el feto entero, la placenta cubriendo la cabeza por todas partes, el feto muerto. No obstante el estado de la enferma aun sigue babeando sangre por lo que desarmados para un suprimimiento inmediato y contando con ^{que} el encajamiento de la cabeza evitara esta pequeña pedicula y el nacimiento del liquido amniotico con los peligros de congestión exvacuo y anemia ~~de la~~, rompemos el hueso ligamos los miembros inyectamos eter y todo en vano. La enferma al ver ladeada para arrancarla del mar de sangre en que agoniza, deba la cabeza y expira.

VI. N N primipara. A la entrada del 9.^o mes ruptura de la bolsa, viene el parto, la cabeza no desciende a la escavacion y el Dr Salas solicita nuestro concurso. Estado de la madre excelente, el hueso roto, el uterus dilatado el feto vivo en OHP: la cabeza apoyada en el estrecho superior que es normal tiene una bolsa sero-sanguinea que hace necesaria la introduccion de la mano para diagnosticar la posicion. Al hacerlo encontramos la causa de la falta de encajamiento, de la ruptura espontanea y prematura de las membranas y del parto anticipado: la placenta cubre la region posterior del segmento inferior. Forceps directo arriba y obliquo en la escavacion, desprendimiento en O.P. de un niño vivo y viable. La ruptura de las membranas fue gente a la placenta. Puérperio normal.

VII tra de A. VI para, los cinco anteriores normales. Albuminaria en el embarazo. Parto a termino. Al principio del periodo de dilatacion hemorragia que no altera el estado general. Entre la presentacion, vertical, y los dedos perni-

104

des la region posterior y derecha del segmento inferior gruesa y blanda mientras por delante la cabeza ha distendido de tal modo el tejido uterino que parece libre: el cuello dilatado como un duro, debajo descubierto membranas por todos los lados y solo explorando muy profundamente y abajo se alcanza una pequena masa placentaria. Inyecciones calientes y ruptura del hueso. El parto continua sin hemorragia y en una nueva exploracion encontramos la cabeza con tendencia a extenderse: sin embargo el encajamiento se hizo en flexion y todo termino sin mas accidentes que el atordamiento del feto. La placenta de insercion lateral tiene el cordon inserto junto al borde bajo: probablemente su compresion puso en peligro al feto.

VIII B de P de 39 años I para: a la entrada del 9.º mes ruptura de la bolsa cuando apenas empezaba a borrar el cuello: el feto en vertice OHA morible por encima del estrecho. Perodo de dilatacion de 26 horas: agotada la enferma y temiendo por el feto aplicamos el forceps en la excavacion.

105
encontrando al hacerlo que la placenta invade el segmento inferior. Niño y madre sin novedad.

IX Su de A. IV para. Este caso difiere del anterior en que hubo hemorragia reveladora tres días antes del parto que fue a su tiempo: esta coincidió con el descenso a juzgar por las molestias que experimentó la enferma y por su dicho de haberse bajado el vientre. Difere también en que después de hecho el alumbramiento espontáneo, así como el parto, hubo hemorragia con útero contraído; inyecciones calientes y de ergotina. Niña viva. Placenta con la rotura membranosa rasando el borde, sin caracteres especiales. Puerperio normal.

X Su de L I para. En los primeros días del 9^{mo} rotura espontánea del huevo, sin dolores. Feto vivo en OIDA, no encajado; después de 15 horas de violentos dolores termina la dilatación y por igual motivo que en la VIII se aplica el forceps extrayendo un niño vivo con cadera asimétrica; al hacerlo se evidencian lo que una tactación profunda hubiera revelado;

106

la placenta invade el segmento inferior. Alumbramiento espontaneo seguido de hemorragia paradójica. Rotura al ras del borde placentario. Puerperio febril desde el 2.º dia: maxima 38½ inyecciones intrauterinas: curacion rápida.

XI. A.C. de 27 años II para: el primero terminó con un forceps por el Dr Polo que le asiste tambien ahora. Desde el 8.º mes del embarazo en que apareció la primera hemorragia durmiendo la mujer hasta el final del 8.º las tiene cada 15 y hasta cada 8 dias: tratare con reposo y enemas laudanosos. Al fin del 8.º mes coinciden con sintomas de parto y se hacen rebeldes.

De la exploracion resulta Madre en buen estado. 38 pul saciones, llenas y regulares, buen color, calor normal... pero un poco rebelde al reconocimiento. El Dr Sin, medico de la familia, advierte muy discretamente la excitabilidad que siempre ha observado en esta Señora. Utero completamente frangueable. Vuero integro, la bolsa formada casi en su totalidad por la placenta inserta atras y a la izquierda mien-

tras por delante y a la derecha hay una franja de membranas.
 Feto en OIDA, vivo. En el acto del reconocimiento no fuide;
 mientras se preparara lo necesario y se cambiaron opiniones repiten
 dolores y hemorragia.

Se decide: 1.º Romper ampliamente la bolsa. 2.º Extraer el feto
 puesto que no hay nada que lo impida y en cambio la gran masa
 placentaria le serviría de gomo con peligro de ambos. Extraerlo
 por version ya que, alta la cadera y con gran parte de placenta
 por delante de la presentacion el forceps hubiera sido difícil y
 laborioso; en cambio la version con hueso integro, con feto de 8
 meses y movable y en una multipara es operacion relampago: a-
 ñadase que estabamos en las altas horas de la noche y que dispo-
 nemos de un hábil tocólogo. 3.º Anestesia: exigela el temperamen-
 to nervioso de la enferma y la decision de acabar en el acto;
 su buen estado no la hace peligrosa y eso de las hemorragias
 consecutivas al cloroformo no ^{reza} ~~peru~~ con anestesia fugues. El
 Dr Polo ~~rompe~~ en medio minuto rompe el hueso y extrae el

108

el feto masculino, vivo y viable. Inyecciones calientes inmediatas. El alumbramiento se hace espontánea y rápidamente; pero queda en la vagina una banda membranosa: siguiéndola se encuentra y extrae un boro de placenta retenida. Dos horas de locura cloriformica. Puerperio normal.

XII Srta de E de R. Viana. Los partos anteriores han ido seguidos todos de infección hasta que en el último, causada de tantas subidas de leche acudí al Dr Polo que tuvo la fortuna de que no se repitieran los anteriores accidentes. En el 6.º mes del embarazo aparece una ligera hemorragia con síntomas de parto. Madre: endeble, tipo de esas pobres señoras que tienen un verdadero tormento en su fecundidad; apenas ha perdido sangre, el pulso a 85 bien marcado, sin síntomas de anemia aguda. Útero dilatado permitiendo pasar holgadamente el índice y el medio. Huevo íntegro con bolsa mixta de placenta y membranas estas delante y a la derecha. Feto en vertical. Mientras preparamos Co. necuario (irrigador, suero, antispasmodicos) se nos avisa que la pacien-

709

se pierde y se desmaya; acudimos y parece como si nos hubiera cambiado la enferma: un dolor, un muro desprendimiento y la hemorragia consiguiente bastaron a trastornarla. Rompese la bolsa y el feto abre la cabeza a la exploracion: ingiertanse varios litros de agua caliente y sin embargo la enferma continua con perdida aunque ligera. En vista de la tenacidad de la hemorragia se acelera la dilatacion, digital por no haber globos disponibles: esta dilatacion se hace en plena irrigacion caliente saliendo el agua siempre tibia. Al cabo de una hora la cabeza ajunta bien y no obstante la hemorragia no termina del todo. dejamos el puerto al Dr Polo quien extrae el fetillo, haciendo el alumbramiento espontaneo y completo con lo que acaba la hemorragia. Inyecciones de nuro y de ergotina. Quiero sin accidentes: restablecimiento lento.

XIII. N. N. II para: los vomitos de mi temerosa gestacion y la miseria la han dejado en esqueleto. Al 7º mes dolores y hemorragia. Una comuclona la hace acostar, la coloca un tapon con perclouro en la vulva y se va. Un medico llamado

en vista del mal giro de los sucesos, formula ergotina y se retira. Así permanece unas veinte horas hasta nuestra llegada: duela hace cuatro horas no hay dolores y hemorragia. Del reconocimiento resulta placenta por todo, cuello dilatado como un duro: roto el túbulo vienes a la mano un feto tan pequeño que después de voltrado lo extraemos, espulmando a seguida los anejos. Unas vecinas se prepararon un catre y camara... (que la pobre no tiene ni uno, ni otro, ni nada) y con un irrigador que mandamos traer de nuestra clínica que está próxima, se le hace una inyección intrauterina caliente y antiséptica. Puerperio normal. Placenta rota en el centro.

XIV. N. N. VI para En el 6.º y 7.º meses hemorragias: en el 8.º se repiten con signos de trabajo. El Dr. Sala ha desinfectado y preparado lo necesario. La enferma bien el, útero completamente dilatado, el feto entero afuera placenta y membranas, con feto muerto y de nalgas. Ruptura y nacimiento completo del útero. Inyecciones calientes, ergotina. Puerperio un poco febril. Algunas semanas después la vemos con cervicitis.

XV. N. F. de 23 años II para, el primero normal;

111
hacia mitad de embarazo cae del extremo del mostrador abajo, de
pil, sin resentirse por ello. Llega el fin del embarazo y se inicia
el parto con hemorragia. Vista por los Drs. Cebollero y Polo encuen-
trase la paciente en buen estado, el cuello frangurable del todo, el
huevo integro, el feto vivo y de vertice y la hemorragia pequeña,
poco existe al reconocimiento. Ruptura, evacuacion uterina com-
pleta, hemostasia definitiva. El feto aturdido no puede ser re-
animado. Puerperio febril. Al 12º dia alta.

XVI N II para. Ingreso en la Maternidad en Septiembre
de 1897. No recuerda la fecha de su ultima regla. El 10 de Octubre
primera pérdida abundante y rebelde a las inyecciones calientes.
El taponamiento la domina y permite algunos dias de reposo.
Nueva hemorragia el 24, con dolores. Ruptura del huevo, feto ences-
do porion prodalica mista y extraccion del feto muerto. Alim-
bramiento y puerperio normales.

XVII. N I para de 21 años ingresa en Agosto 98. A los
241 de su ultima regla hemorragia intensa sin dolores ni mo-
dificacion del cuello. Inyecciones calientes taponamiento, muerto.
El feto vivo de vertice, no encajado, en O I D P. A las pocas

horas se inician los dolores sin signos de hemorragia: dejarse colocada el tapón hasta bien formalizado el parto: retirado se encuentra el cuello borrado y dilatado como la palma y bolsa mixta que se rompe sobre las membranas. Lesa el derrame, el parto continúa en el forceps y se extrae en OP una niña viva y viable. Placenta normal. Puerperio normal.

XVIII N. IV Para: los dos primeras sin novedad: el tercero con una de la bolsa: a nivel del orificio cervical peribasal por delante de la presentación el borde placentario: el parto se hace con rapidez (6 horas) expulsando un niño vivo. En el alumbramiento Inyecciones calientes y de ergotina. Puerperio normal. Placenta con dos lóbulos separados por un puente membranoso.

XIX. N. V Para: este caso recogido por nuestra comadrona en la clínica obstétrica del Hospital, es notable porque la placenta se desprendió en totalidad por delante del feto muerto. Es un hecho más que añadir a los citados ^{por} Simpson.

113

± ±. N 1 para. 19 años, campesina: después de un interrogatorio que hace difícil su ignominia (no sabe el nombre de los meses) averiguamos que por San Juan regló la última vez: que el 3:5: y 7: meses sufrió hemorragias de intensidad creciente no acompañadas de dolores, a diferencia de las reglas, de las que aquellas difieren también por la duración, intensidad y presencia de coágulos. Estas hemorragias nos ingresan en nuestra clínica en donde nada de cierto se averigua y en donde se toma nota de la falta de encapamiento y pequeño del feto. El día 1.º de Abril 1902, bien cumplidos los meses, se inicia el parto con una hemorragia formidable. Inmediatamente la hemorragia terminando el parto y alumbrando espontáneamente. Nació en O N P desprendido en O S. de 2,200 gramos de peso, lactado por su madre en la Tierra su de nuestra carga. La placenta es un mosaico. Interior al parecer, parecida.

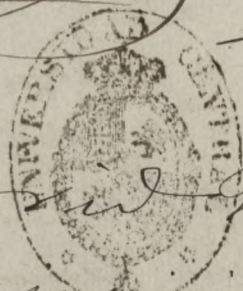
Fin

Admisible
Jose' Douel

Admisible.
A. Monsa Sando

Admisible
B. Hernandez

A. Monsa Sando



Mérida 20 de Junio de 1902
Verificar el ejercicio del Grado de Doctor
y pre'calificar de Aprobado.

M. Ferr.
M. Renteria

Benito Hernandez

Cajal

A. Monsa Sando