



x583809389



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5313213436

Tratamiento de la inserción
viciosa de la placenta.

Memoria para el grado de doctor

por

Vicente Serafin 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 incansante labor, pudieramos emprender todos los capítulos de este proyecto 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 Varnier. Etude anatomique
sur l'incision viciuse 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 tocología del último tercio del siglo XIX ha hecho en este una evolución radical con sus investigaciones anatómicas minuciosas, con un razonado discurso del elemento etio-patológico, con su interpretación racional de una uñomatología 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 por cuenta propia.

El término placenta previa era expresión fiel de lo que vieron ántes de Portal los tocólogos de todos los tiempos; destocia con la placenta ~~por~~ delante de la presentación. Ni sabian más ni podian saber más; y cuando la inserción fué demostrada! que apuros para explicarse el como y el porque de ella, su evolucion en el embarazo, la falta de la hemorragia inevitabla. Era natural, Manucian habia sentado como dogma que el cuello se incorporaba al útero 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 útero mas conveniente.

Las investigaciones de Taylor, Waldeyer, ~~Hausd~~, Hoffmeyer, Vainier . . . acerca de la formacion del ~~segmento~~ cuello inferior y de su papel y el ^{del} cuello durante el ~~anterior~~ parto, en el parto y en el alumbramiento, sentaron el primer jalon que marca

4

ra la buena suerte. Dieron, con la noción clara de la preexistencia 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 París, ha sido reemplazado con el de inserción de la placenta en el segmento inferior del útero que ajusta exactamente al nexo concepto. Por análogidad, el proceso descrito en el capítulo "Hemorragias", en casi todas las obras del pasado siglo ha ido en las más lecientes a donde le correspondía: 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 desbanquado por la nueva doctrina 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 hemorragia post-partum la segunda, zona peligrosa la última. El útero 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 trazado sobre la cabecera del feto para aplicarlo al útero, sino un límite bien establecido, con caracteres anatómicos que han engendrado el peritoneo, la fibra muscular, la mucosa y la vascularización: invariable y fijo, el anillo de Brandy entre uno y otro cuerpo y segmento; novedosas diferencias anatómicas y novedosas diferencias funcionales que proyectan sus sobre todo lo que a la inserción viciosa acompaña y permiten la interpretación racional de todo lo que la inserción viciosa hace para matar y de todo lo que el arte puede y debe hacer para curar.

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

solver, cosa hasta ahora no lograda, aún en la mención mencionada
ha de verse una implantación primitiva o consecutiva del hue-
vo en la zona peligrosa o un caso particular de placenta
succentaria.

La sintomatología se ha enriquecido no poco en los últi-
mos treinta años y al lado de la siempre reveladora e im-
portantísima hemorragia otros nuevos síntomas han servido a descu-
brir que ^{de la} placenta previa no se habían convocado sino
los casos más graves. Esto ha dado lugar al plantear mu-
cho de un problema diagnóstico todavía por resolver.

"Placenta previa es la que da hemorragia y presencia de la
masa placentaria por delante de la presentación o esta-
unque aquella falte."

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

En donde está la verdad? En donde está siempre cuando

7

de exasperaciones se trata. Entre ellas.

No puede aceptarse el primer criterio diagnóstico pues numerosos como los citados en las historias clínicas VIII, X revelan que hay inserciones vicinas que pueden no presentar hemorragia durante la gestación y parto ni ofrecen un solo cotiledón al alcance de los dedos y cuya realidad demuestra una exploración más detallada; placas cuyos síntomas son reperibles o causas banales y que pasan con frecuencia desapercibidas.

Mucho menos puede aceptarse el segundo criterio defendido 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 adaptan~~ a nivel del orificio interno del cuello; la linea de separación es más veces perpendicular o oblicua al borde de la placenta que paralela al mismo. Las membranas, aun recogidas

2

con el mayor cuidado, no salen intactas, y por fin, las membranas, de típido 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.C., que las membranas salgan en toda su integridad, que la linea de ampliación de la abertura sea paralela al borde placentario, nunca la banda membranosa al obtenerse indicará la distancia que hubo entre el orificio anterior del cuello y el punto a que la placenta alcanzó con su inserción.

Este hecho, hasta hoy por nadie mencionado que seamos, nos fue sugerido por este otro: más de la mitad de las placetas que ibamos recogiendo tenían una sola membrana corta menor de 10 centímetros. Ni anticipación del parto, ni hemorragia o retención en el alumbramiento, ni falta de engarce, ni rotura del hueso espontánea y prematura ni alteraciones en la placenta ni nada en fin de ese conjunto sin-

9

somatico que acompaña a la placenta previa existia: solo la cortedad de la banda membranosa. Y al ver su frecuencia nos preguntamos: Es que la mención anterior será la regla?

Reflexionando sobre ello nos digimos. El huevo, sobre todo en su parte membranosa, es un globo elastico, extensible, que en el útero está sometido a una presión interior líquida que actúa con uniforme intensidad en toda su superficie y lo distiende. Una vez roto, el tegumento elastico debe retraerse y como fuera no podemos reproducir las condiciones dinámicas en que estuvo dentro, las dimensiones que obtenemos 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 delite de nuestros pequeñuelos. Tomese una, midase la ~~an~~ ^{apariencia} en la que sea trazada sobre la superficie, sonarse suspirando el parado, abriendo todos los medios de elongación y antes de haber obtenido la mitad de la longitud del parado

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

Si el huevo extendido al máximo pudiera reproducir 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.

Ahorar bien un útero ^{de tamaño} tiene 30 centímetros de diámetro vertical y 25 de transversal a los que llamaremos D y D'. Una linea que partiendo del O.C. pase por uno de los extremos del D' por el superior del D, por el otro extremo del D' y vuelve al punto de partida representa la longitud L, de la máxima sección uterina de útero bien conformado. Esta longitud está representada ^{en} la formula.

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

11

Si el hueso, 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 pensado. Veinte ~~placentas~~ anejos hemos medido cuidadosamente, de primiparas y de multiparas, todos de término, con fetos bien desarrollados, sin indicios de hidramnios ni hipoamnios, 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 ovular que como
termino medio se ha obtenido - - - - - 57 centim^s

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

Tal 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 sección ovular
ha perdido proximamente $\frac{1}{3}$ de su longitud; y si el total
no es más que los $\frac{2}{3}$ de la dimensión intrauterina, cualquier
porción membranosa medida fuera representará los $\frac{2}{3}$ de la
extensión de útero que ocupó dentro.

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

13

metros como Hoffmeier Waldeyer, Schröder Demelin, el mismo Var-
nir han demostrado. El que tiene 10 centímetros de largo
es el canal ceroico-segmentario y quitandole de 3 a 5 que tie-
ne el cuello al final del embarazo quedara 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.i.c y si suponemos
una placenta a flor de prena, es decir, cuya borde más
bajo toque al a.B, estará separada del o.i.c. por 6 centímetros
de membranas que, después de expulsadas, se habrían convertido en
cuatro a lo sumo: y sin embargo la placenta aun no era pre-
na. Por eso en las prendas de veras, en que la rotura premu-
tura de las membranas espontánea ó 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 privio
o la tiene de un par de centímetros. Por eso una banda membra-
nosa de 8 centímetros p.ej. no arguye inserción del o.i.c. esto es
6 centímetros por encima del a.B, límite superior de la zona pe-

VICIOSA UNO A 12 CM.

15

lignore. Ahora se comprende por qué, aceptando el criterio diagnóstico que acabamos de condenar, Maggiar ha llegado en la clínica Baudelocque a encontrarse con que el 15% por 100 de las placas estaban incorrectamente insertas. Si tal fuera cierto habría que pensar que Dame Nature, como dirían nuestros vecinos, habrá andado en el negocio demasiado distraída.

Por estas razones que nos parecen sin réplica, y no por la que da Garnier en su obra y que es un error geométrico ^{obvio}, no aceptamos el criterio nuevo aunque tempoco el viejo y no nos le insistir más en este punto ya que ~~algunas~~ de nuestras historias clínicas indican claramente el que seguimos.

El cambio que esto supone ^{en} el juicio pronostico no puede ser más completo. Aquella horrible figura de la placenta priva con tan negros colores retratada por Ramsbotham, Rigby, Dexes, Deleurye, Delamotte, Lachapelle, Simpson, Dubois . . . no puede pasar hoy en que los caros más graves

a las inserciones, más premias anudíense las menos premias y por consiguiente las menos accidentadas. Y si a esto se agrega el destino de los tratamientos empíricos y agresivos de aquellas épocas y sobre todo a esas codas por encima de todo, el de las infecciones puerperales que arrebataban a las pocas parturias que la hemorragia perdonaba, comprende cuanto mejorarían las futuras estadísticas, cuanto de apasionamiento existe en los que para preconizar su respectivo método comparan los resultados obtenidos con los que de hace cuarenta años y cuanto de candidez ^{existe} en el que pasea de buena ley argumentos tan delirantes.

He aquí en brevísimo resumen, el concepto que tenemos acerca de las principales cuestiones anejas a la inserción de la placenta en el segmento 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 temor a caer en el pecado que ya condenó Horacio "estos breves fós obscurus".

Tratamiento de la inserción viciosa

tan grande es la anarquía que reina en este punto de la obstetricia que el médico que no haya tenido ocasión de formar juicio propio aplicable a cada caso particular y quiera inspirarse leyendo las o la obra que tenga en su casilla siempre modesta biblioteca, es difícil que encuentre para salir del apuro otra cosa que la confusión y el aturdimiento; y menos mal si solo posee un tratado ~~y este no es el de un sectario~~, porque si tiene varios y contradic托ios en sus apreciaciones terapéuticas la confusión sube de ~~punto~~.

Mucha parte tiene en esto el numero extraordinario de métodos recomendados para combatir el proceso que nos ocupa. Basta leer el cuadro de las obras de ~~Autord~~ con sus 16 métodos y anudar alguno que allá 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 sería, en indicar las afirmaciones ^{atribuidas} a este o el otro autor de tal o cual método y que el autor no hizo; señalar tal indicación que el autor no sirvió, seríauento de nimio acabar. Luego viene el hacer un metodo de cualquiera insignificante variación que en nada modifica lo fundamental de la terapéutica; así vemos tres métodos diferentes (Leroux, Depaul, Pajol-Bailly) y un solo taponamiento verdadero: otro método más cuando este se emplee para provocar el parto (Greenhalgh, Reid, Thomas); otros ~~únicos~~ (Puroj, Devant, Cohen, Gendrin, Pinard) para la ruptura del nido; un método de agua fría, otro de agua caliente, otro de congoñuelo, otro de expreñón, otros de vernion en esta o la otra forma tres o cuatro para acelerar el parto, otro para fijarlo - - -

Huyamos del peligro en que se pone la claridad, que tanto importa, con semejante farrago de metodos y sus combinaciones. Preconizados muchos de ellos, casi todos, en una época ^{que no se} tenía nochon rigurosa de la infección ricina en lo sabido a- cerca de las condiciones antitóxicas de segundas y placenta era equivocado o incompleto, en que se juzgaba mal acerca de la patogenia de la hemorragia en el embarazo, parto y puerperio, de sus orígenes, del mecanismo de la hemorragia. . . . adolescencia de un viejo de orígenes ^{que los hacía,} por lo menos a algunos de entre ellos; ^{disparatados.} La insigne La Chapelle queriendo curar los accidentes de la placenta premia mediante el transporte ^{de la placenta} a otro lugar más conveniente; Bansen propuso reindollar avulsión parcial de la placenta y afirmando tan serio! que operando así en el 3º, 4º, 5º y 8º mes del em- barazo ha conseguido siempre contener la hemorragia y dejar la gestación seguir su curso, nos enseñan el

áquel extremos pueden conducir el desconocimiento de la naturaleza de los accidentes que se trata de remediar. Las sangrias, el cornuesuelo, el parto forzado, están proscriptas, no todo lo que merecen, de la terapéutica de la placenta prematura. 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.

Hecta esta expulsión nos restan para combatir los accidentes de la inserción viciosa

- 1º Proyecciones de agua caliente
- 2º Evaporamiento
- 3º Ruptura amplia del nubo
- 4º Erradicación uterina
- 5º Inyecciones de nero salino.

Otros medios existen como el reposo, las bebidas estimula-

lantes, las inhalaciones de oxígeno, las inyecciones de etér y cajena, las de ergotina, la posición declive, la compresión diafrámica, la autotrasfusión, 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 abstinencia de virgenes frecuentes en perro-carril durante los primeros tiempos del entarazo 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 trágido y abrumador problema que la maternidad vicia plantea. Tener noción exacta de sus indicaciones y adiestrarnos en su ejecución es lo que nos hace falta para salir airosamente de un mal paso poniendo a salvo nuestra reputación la

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

Deamos 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 más co-
munes al menos, en que el práctico puede encontrarse y basando
nos en lo poco que hemos visto y en lo que libros y maes-
tros nos han enseñado indicaremos la conducta que en
nuestro juicio resulta más aplicable y conveniente en cada
uno de ellos.



92

Conducta que debe seguirse en los diferentes casos de insercion viciosa

Al descender de las abstracciones de la patología al terreno concreto de la clínica los tocólogos de todos los tiempos se aperecieron de que no eran placas primas las que habían de tratar, sino enfermas con accidentes provocados, por este vicio de topografía anexial, lo que es tan diferente como lo es el pulmonario de la pulmonia: de aquí que el buen sentido impuniera como regla de conducta en el arte de los partos la que venimos siguiendo en los otros ramales 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 escrupu-

23

lidad es la que nos proponemos seguir. Antes de procurar un procedimiento precisa conocer exactamente el estado de la madre del vivero y del nuevo trijode 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 procederes que en la cirugía viva podamos 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. Siguiendo esta norma con la imparcialidad del que está sustraído a trabajos de escuela y con la instrucción y talento cuya falta lamentamos podría prestarnos un buen servicio al médico general, al médico de partido que al encontrarse con un caso de cirugía viva, únicamente quiras en su vida profesional hallaría el retrato exacto ^{de} él en los que esta clase de trabajos se operarían con un informe sucinto y razonado en que inspiran su conducta.

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

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

L.



1^{er} Grupo

Tratamiento durante el embarazo.

(A)

Tratamiento	El estado de la madre es satisfactorio	1º Inyecciones de agua caliente 2º Preparación de tapones 3º suero artificial
	Es inquietante o peligroso	1º Inyecciones de agua caliente 2º Caponamiento 3º Inyecciones de suero artificial

En el curso de la gestación el síntoma que denuncia la inserción viciosa es la hemorragia que inesperada y silenciosamente ^{se presenta} y a cuyo tratamiento es llamado el médico. Suponemos en todo este primer grupo que el accidente no solo acaece mas o menos lejos del ~~funcionamiento~~ natural del embarazo sino también que esta producida 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 embrión, los datos que sobre su curso se nos faciliten, la palpación, auscultación, tacto y exploración combinada nos informarán acerca de la integridad del hueso, 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 quinás no poca necesidad en lo sucesivo. Estado del hueso.

Faltan 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 sustancias ordinarias, acaso una dia ligera, y cuando acuden al medico es porque la intensidad o la repeticion de las perdidas las ha ~~ha~~ transformado ~~total~~ damente. Otras, mas cuidadoras de su salud o rodeadas de familia mas solicta, acuden desde los primeros momentos y con estos y otros caos intermedios (~~Intervención de matronas, practicantes curanderas ect~~ que las rancocchan e infectan) el practico puede encontrarsel con que la mujer soporta de diferente manera las perdidas precedentes y actuales y que su estado general es satisfactorio o por el contrario alarmante, hasta grave.

Que criterio debemus guiaros en la apreciacion de este factor tan trascendental? La cantidad de sangre perdida? Es muy dificil informarsel acerca de la abundancia del desrame: la sangre es muy escudoriosa 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

28

el anterior, el que presentó ántes de nuestra llegada que puede ocurrir en el instante de la nacicion y engañarnos respecto de tan importante extremo.

La palidez de los tegumentos, el enfriamiento de las extremidades, el estado nausoro, la pérdida de conocimiento, el desvanecimiento de la vista, los sumidos de oídos, la ansiedad respiratoria, la sed, la frecuencia y pequeñez del pulso, nos permitiran 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 decia Pinard en su "Lección de Maternidad Larboisire, Julio 88"; arrepentido sin duda, de pensar y hablar a lo discreto, diez años más tarde en otra "Lección de Baudoloegue, Mayo 1898" comagrada, como la anterior, al trábamiento de la noción viciosa, consideraba al estallo del pulso en los casos de hemorragia uterina puerperal como debiendo y procediendo por si solo imponer la indicacion de ~~esta~~ intervención.

"La abundancia aparente del derriame sanguíneo, la palidez de los tegumentos, los sumidos de oídos, los ama-

gos sincopales constituyen un cortejo sintomático grave, impresionante, lo confeso, que debe ser justamente atendido, y que invita en alto grado a intervenir: pero que no encierra todos los elementos en que debe apoyarse una decisión operatoria: falta el tacto del pulso," Y más adelante,, cuando el pulso de una mujer permanente late 100 veces al minuto o más es peligroso contemplar,,

Esto dicho desde el alto sitial de la cátedra de la Escuela de París, recogido cuidadosamente por sus discípulos, editado y escrito en letra bastardilla para que fije bien la atención del lector pue de hacernos una mala juguerrera. Para Pinard significan poco, poco; aunque él mismo acabe de decir lo contrario, todos esos síntomas que denuncian un peligro positivo e inminente y creyendo sin duda que todas las mujeres con placenta prima y hemorragia están en una Maternidad a la vista del personal apto y preparado, no conceptua grave la situación sino cuando el pulso late permanentemente por encima de 99 al minuto.

utilida para juzgar en asunto de tal interés el síntoma más fácil de los que acompañan la anemia aguda. Si tuviéramos el mal acuerdo de inspirarnos en tan original consejo, el pulso nos engañaría con más de 100 latidos diarios por gravar un estado que no lo es y nos engañaría mucho más y en peor sentido dando por satisfactorio un estado que en pocos momentos puede poner a la paciente en peligro de muerte.

El caso clínico relatado con el n° XII es el mejor argumento que pudieramos esgrimir en contra de tan caprichoso criterio. Tratarse de una señora a quien nuestro sabio y querido maestro el Dr Polo arisca y para la que concepturna utilizable nuestro concurso material. Al examen, entre otras cosas, hallamos un pulso a 85, regular, desenrollado, bien marcado, y recién leída la obra de Pinard (*Clinique Obstétricale*, en donde están las lecciones citadas) juzgamos bien del estado de la enferma. Salimos a una habitación próxima a preparar lo necesario y cambiar impresiones; en muy pocos minutos se nos avisa dos veces, la segunda con grandes apremios porque la em-

C

ferma pierde 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 nacer, bebidas no habrá recobrado la vista. Si, piados en la afirmación del sabio tocólogo francés, hacemos una inyeccióneta de agua caliente y nos vamos a ver nuestros enfermos respectivos el primero que hubiera regresado a casa de la paciente habría disfrutado las primicias de recripciones y reproches justísimos de la familia por dejarnos morir la enferma abandonada.

No es con un síntoma por sí solo que sea con lo que se hacen los juicios clínicos sino con el concurso de todos; siempre que las perdidas sean su intensidad, por su repetición o por la manera de soportarlas el organismo hayan dado lugar antes o lo den en el acto del reconocimiento al conjunto sintomático 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 así como entendemos el modo de fijar en tan inten-

sante cuestión. La mujer no ha experimentado antes ni ahora hipotimia, su color es normal, conserva el natural calor, el pulso bien marcado, oye bien, no ha sufrido alteraciones viscerales. - Su estado es satisfactorio. Ha presentado antes de nuestra llegada ~~si~~ aparece en el acto los síntomas que se acaban de enumerar. Su estado es inquietante o grave. Estado de la madre

A

El estado general de la madre es satisfactorio.

Tratamiento

- | | |
|---|--------------------------------------|
| { | 1º Inyecciones de agua caliente |
| | 2º Preparacion para el tapionamiento |
| | 3º idem .. uso artificial |

Sin presundir, como se desprecia de muchos métodos de tratamiento, de la vida del feto, sino temiéndole por el contrario muy en cuenta, la principal, la sola circunstancia que durante el embarazo debe inflir en muchas determinaciones es la situación 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 Greenhalg pretenden vaciar el útero siempre que el diagnóstico de muerte viaria sea formalmente establecido. Es más, rechazamos en

ntos casos, cuando la mujer soporta bien sus hemorragias, hasta el
taponamiento por los peligros de la provocación del parto y los que
~~se los que~~ se harían coner a un feto prematuramente nacido y su
anidura mal desarrollada. Dos de nuestras historias clínicas las
XI y XX demuestran que no obstante un embarazo bonuscoso con
hemorragias repetidas por inservir oculta puede desusar el per-
nicio o casi el término y salvar al feto al par que la madre. La his-
toria da con el n.º XI es una señora de esta población que sufre hemo-
rragias desde el 5.^o mes varias veces repetidas: al entrar en el 9.^o de-
liver 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
campera, vive con sus padres a los que trata como a sus cone-
cios de ocultar su falta apretando horiblemente el coré, trabajando
en el campo. y sin embargo de todo llega al 8.^o mes ingresa en
nuestra clínica y paré un niño de 2200 gramos que está lactando.
esta misma. En ésta resolución, mientras la madre no corre
peligo la hemorragia debe ser combatida por medios insensati-
vos para el feto. Nuestra conducta en tales condiciones

es muy sencilla

- 1º Inyecciones de agua a 48°
- 2º Preparacion de materiales para el taponamiento
- 3º " para inyecciones de muco artificial.

1º Inyecciones vaginales calientes. Las inyecciones vaginales frias que constituyen la caracterista del llamado método de Leipert han sido en nuestros tiempos reemplazadas por las de soluciones microbioidas a la temperatura de 45 a 50°. Este medio tan vulgarizado en la actualidad, tiene una doble acción muy util en circunstancias como las supuestas en que la hemorragia no reclama un agente hemostatico poderoso. El efecto hemostatico es limitado, excitando la contractilidad de la fibra muscular constriñendo los vasos abiertos y se hace hemostasia; mas no se impide la produccion de nuevos desprendimientos ni seria cuando exponer semejantes resultados conociendo la qieris de la hemorragia en la insercion vicosa. Su accion antisепtica es desole-

luego, mas segura: un 0'25 por 1000 de sublimado o permananganato, un 10-1000 de acido fénico etc etc. Hacen de estas inyecciones un poderoso a gente de desinfección cervico-vaginal muy conveniente cuando, como aqui ocurre, estamos abocados a intervenciones inmediatas más complejas.

Habrá impuesto a estas inyecciones un doble inconveniente: su acción astringente y la oxitocia. La primera, ciertamente, es un pequeño pero, puesto que la aspergencia resultante se corrige bien con solo lubricar con una grasa antiséptica o antiséptica la mano, jabones o instrumentos que más tarde hayán de introducirse. La segunda es imaginaria: muchos creyeron de inyecciones calientes se practicaran en nuestro servicio de la Maternidad y nunca vimos visto durante el embarazo el menor efecto oxitocio. Lo que ha ocurrido en este asunto es que prendida por Krasisch la ducha aterciada para provocar el parto se ha olvidado que lo que Krasisch utilizaba era la acción mecánica del chorro no la temperación del lí-

quido. Las investigaciones de Guequieres y Pinard son concluyentes³⁷
El instrumental y técnica de estas inyecciones apenas si merecen
ser expuestos: tan tratados en todos los libros y tan conocidos son.
Un depósito, un tubo conductor y una cánula constituyen, con un
termómetro ordinario, todo el aparato necesario. El depósito no
ha de ser de los de estanó, de un litro, que en nuestros barrios y farmá-
cias todavía se venden, no sabemos por qué ni para qué pues de
la primera jornada salen inutilizadas para la segunda: las de
porcelana son mejores, pero tienen el inconveniente de que se des-
conchian con facilidad y las partículas desprendidas obstruyen
las cánulas, y que son atacadas por los antisépticos en el pun-
to al descubierto. Los preferibles por su limpia e inalterabilidad
son los de cristal de dos litros de calibra por lo menos. En caso de
accidente se impronía un depósito en pocos momentos. No ha-
ce muchos días que en una tesis de este término practicamos
una aplicación de forceps: la ruptura del hueso y muerte del
feto hacía quizás más de 48 horas exigían inmediatamente
una detenida desinfección ítero-vaginal: el irrigador se ha de
pedir en un descuido; el marido por nuestro consejo ha de

una canita de la oveja en proximidad: la ajustamos a un extremo del tubo lo introducimos por el otro extremo en un orificio abierto en el fondo de una olla grande y sellamos del paso. El tubo condensador se deteriora con frecuencia y cuando se vee poner un irrigador y se va a emplear nos hallamos con que al enchufar el tubo se desgarra; este es un contratiempo para el que no conocemos otro remedio que el proveerse (los que ejercen fuera de los centros de población) de varios tubos de buena calidad. Las mejores canulas son las de cristal; las de caoutchouc que van con los irrigadores ademas de ser menos limpias se deterioran con el calor y el frío inferiores de la espiga de la clavé se desprende con frecuencia con lo que la espiga se sale y la inyección la recibe el que la tiene. Como las inyecciones calientes como medio hemostático se emplean en el alumbramiento y despues de él, claro que entonces son intrauterinas y en tal caso se necesita una canula intrauterina. No podemos menos de condenar la pretension que hemos oido a algunos de nuestros compañeros de ~~hacer~~ una inyección de esta clase con una canula de diez o doce centímetros: como no podemos menos de condenar con toda nuestra alma el modo de practicar las inyecciones intrauterinas con o sin ronda aproposito.

pero estando las nalgas de la mujer nunciadas en el centro de la cama con lo que no es de extrañar que no se obtengán 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 tenemos de apuntar un inconveniente que por tres veces nos ha ocurrido en pocas semanas. En el punto de bifurcación de la rama uterina se desstanan e inutilizan a las primarias inyecciones la sonda de Doleris que construye una cara espumosa. Hace unos meses vimos la esposa de un compañero residente en S. pueblo próximo a esta capital, afectada de endometritis puerperal agudo-pútrida; un comprador de esta le había enviado una sonda de Doleris que desde la primera aplicación empieza a escalar el agua por el punto que hemos indicado; dejamosla la muestra y cambiamos la inútil por otra advirtiendo al expendedor llamar la atención de la casa constructora sobre la trascurrida 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 sacar la sonda por

igual sitio conviene tener esto presente y no dudar el conocido refran de "lo barato es caro". Cuando la sonda se obstruye se sumerge el extremo de salida en el agua succionando fuerte por el de entrada se extrae casi siempre la pequeña partícula que motiva el percance; si no se desobstruye así es difícil conseguirla de otra manera.

Practicada una inyección de cuatro a ocho litros someter 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 nadie hoy que hiceer; pero si fuera transversal se hace longitudinal aquí existe la divergencia entre los tocólogos: mientras Pinard recomienda la transformación en vertical por medio de la versión por maniobras externas, naturalmente, (método de Wigand) y hasta el empleo de una intumisión ento ideo o un vendaje de cuerpo bien apretado para fijar la cabera y encaparla, Baxton, Hicks y los partidarios de su método (versión podálica mixta, versión bipolar) prefieren las nalgas atajo. En realidad esto es segundario y esten abajo las nalgas o la cabera, las maniobras ulteriores son igualmente fáciles.

41

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 1.000.

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 sea que por ello abandone sus quehaceres, que todo hemorragia sobrevinida 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 intervinientes que la paciente está expuesta a la reproducción de las hemorragias y que estas pueden llevarla al sepulcro en pocas horas si un tratamiento inmediato, casi siempre efectivo, no acude en su socorro. La historia III es un ejemplo que no debe olvidarse. Supongamos que la hemorragia es de bursa o paulatina.

mente y que la mujer no sufre nuevas perdidas: su estado general continua, desde luego, bueno y a las 24 horas nos pide permiso para levantarse si no nos espera ya levantada. Que conductor debemos seguir? No es cosa facil 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 mas; esto es lo que mas aleja el peligro de las hemorragias y lo mas provechoso para la madre y para el feto y esto es lo que hemos practicado en las historias de nuestra clinica aunque con moderada severidad; pero en la practica civil esto, fuera de rarissimos casos, es lo ideal y entre lo ideal y lo factible medio siempre un abismo. Recomendamos el reposo, proscriptamos toda fatiga, todo esfuerzo, todo estímulo genital, toda compresión del abdomen que tienda a encajar la presentación y a distender el segmento inferior, advertimos una vez mas a la familia de la uminencia de accidentes hemorragicos en el resto del embarazo y sobre todo en el parto y guardemos el tapón preparado y el nino artificial feticutáneo no luego no los necesitaremos.

B

El estado de la madre es inquietante o peligroso

Tratamiento

- 1º Inyecciones de agua caliente
- 2º Caponamiento
- 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 indicio de trabajo expulsivo. El n úcio integro con presentación longitudinal transversal o no diagnosticable, como en el caso anterior. La madre es la que no puede soportar un gran riesgo ni más perdidas: la abundancia o repetición de estas o la endeblez de su organismo la han llevado a una situación más o menos a punto muerto: para juzgar de la gravedad ni estimación ~~en~~ solo informa ni solo el estado de momento y en ello no hay que in-

44

insistir después de lo dicho en el capítulo precedente.

Que indicaciones hemos de tener? Las de toda humorología sea cual fuere su género y el sujeto que la suple. Una cobertura y evitar su reproducción. Otra contener sus exhalos; en esto hay unanimidad. Con que agentes? Con los más fuertes de aplicar, más eficaces y menos opresivos. También aquí hay acuerdo perfecto. Y cuales son estos? Aquí es donde acaba la harmonia sobre todo si se trata de puntillizar detalles de técnica. 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 confirmándolo con una serie de observaciones en donde los fallecidos son de... pulmonia y las curaciones van al capítulo, bondad del método y destreza del operador.

Nuestro criterio terapéutico en este caso concreto queda expuesto al antemismo, inyecciones calientes, taponamiento e inyecciones de suero: los dos primeros para detener la humorología: el ultimo

para remediar sus efectos.

Deseamos, ya que han sido tratadas en el capítulo precedente las inyecciones vaginalles termo-antisepticas: cuando la gravedad asoma la cura este medio hemostatico es insuficiente y si deben siempre emplearse es porque limpian el canal vaginal de coagulos y de germines. El medio heróico es el taponamiento.

Taponamiento Es el medio inestimable para combatir las hemorragias por invención nictosa cuando en el curso del embarazo el estado de la madre reclama una hemostasia segura que evite el peligro del momento. Permite detener la hemorragia huecuela insignificante: no impide fatalmente la continuación del embarazo interrumriendolo en una época en que el feto no es quirúrgicamente viable: otorga un plazo a la mujer para reposarse y resistir las intervenciones sucesivas, al tocólogo para prepararse sin abusos a realizarlos en caso de necesidad. Es, en suma 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 puecos que pudieran algún tiempo hacernos dudar de su valor aguillatado por casi todos los toxicólogos del siglo pasado, un poco de reflexión y alguno que otro desengaño nos han convencido de que este método es preciso como se practique bien y no se pida puras al olmo: lo que en el lenguaje médico significa: tecnica perfecta e indicaciones bien establecidas.

Técnica del taponamiento He aquí la descripción que de él dan, tomándola de Garnier, 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 nuestra casa un ^{dispuesto para} taponamiento aplicado.

Lo preparáis con pequeñas bolitas de algodón sublimado o fumigado atadas cada una con un hilo aseptico y le envoratáis en un frasco de cristal herméticamente cerrado y lleno de una solución de sublimado al 1-1000 o de ácido fénico al. 20-1000.

Es preciso saber además que el algodón aseptico que

se expende en el comercio con el nombre de algodón antiséptico no
siempre lo es真的, conveniente para lo por la estufa o hacerlo ne-⁴⁷
rir en una solución sublimada o fencicida antes de emplearlo pa-
ra taponar.

El taponamiento vaginal existe proximamente 60 bolitas de pe-
queño tamaño y además cierta cantidad de algodón antiséptico que
se aplicaría 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 suficiente de asepsia. Tomareis para esto
algodón antiséptico sublimado o fencicido que se encuentra en todas
partes y haréis con el ~~forcetas~~ que introduciréis en una solución
antiséptica antes de meterlo en la vagina. Podéis serviros además
con ventaja de la gaza iodopformada o al salol: pero no olvidéis
que la absorción del iodopomo puede en las mujeres que han
perdido mucha sangre especialmente producir ^{los} fenómenos de intoxicación.

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

falta de algodón, pedid estofa. Si tenéis tiempo, que casi siempre lo
tendréis, haced hervir este algodón o estofa en agua fumada 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
estofa estaréis autorizados para introducirlas en los órganos genitales.⁴³

Para practicar el taponamiento se coloca a la mujer en el borde 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 tampones lo más profundamente posible alrededor del cuello, y después se acaba de llenar la vagina con bolas aisladas que se aprietan fuertemente unas contra otras. Terminado el taponamiento se le sostendrá con un grueso tapón de algodón que se mantiene aplicado contra la vulva con una redadge en T.

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

48

de la obra de Garnier "De l'antiseptie et de l'antiseptie en obstetrique", se resiente del exceso en que ^{este} incurre cuando trata de restarle a la infecção puerperal que tantas desgracias le lleva dadas. No empleamos nunca algodón antiséptico sino aseptico, para lo cual lo sumergimos en agua ^{con} bicarbonato sódico durante 18 minutos; inmediatamente lo pasamos a una jofaina esterilizada por la combustión de alcohol exprimiendo bien las bolitas las cuales secas se colocan en otra preparada en la misma forma: las entaburnamos con vaselina boriada y las concepcionamos suficientemente dispuestas para no temer la infecção, como las manos que han de manejarlas o las púmas que han de introducirlas estén bien limpias.

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

1.^a La hemostasia es perfecta. Cuando el fúpon ha sido bien colocado esto es lo común: ni filtra ni hay signos de anemia. Entonces dejase colocado durante 24 horas al cabo de las cuales se retira, se limpia la vagina con una copiosa inyección antiséptica, se deja la enferma en reposo todo el tiempo que de re-

do ciliad pueda obtenerse que no sea mucho, si la tormenta se desvanece y, con un nuevo tapón primariamente dispuesto, se vigila, preventas a una reaplicación.

2º La hemostasia es deficiente El tapón se empapó de sangre, el estado de la mujer denuncia que la perdida continua: hay que retirar el tapón 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 desde luego cuando la perdida continua sin esperar a que el parto avance. En ambos casos estamos fuera del embarazo; ya el tapón debe ser remplazado por otros medios más nacionales y más seguros, de hemostasia y que resuelven definitivamente el conflicto: la ruptura del hueso y la evacuación uterina, cuya técnica valor e indicaciones nos ocuparían más adelante.

Como se ve, para nosotras, la indicación del taponamiento en el embarazo se encerra entre estos dos términos: necesidad de una hemostasia segura e imposibilidad de observarla sin violencia por la ruptura del hueso o la evacuación del útero. Si la hemostasia no apresaria no debe emplearse jamás el

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

En lo defectuoso de la técnica y en lo mal comprendido de mis 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 nacer un 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 nacer 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 quedan rejas ni juego. Si Pinard hubiese podido decir en cada una de sus lecciones al parlamento de la inserción viciosa conmagradas,

"yo no he visto en 20 años más que una mujer procedente de la calle bien taponada: en las demás casos se trataba de tapones embionarios cuya colección podrás ver en nuestro Museo," es porque en París, donde se podrían impedir las calles con Maternidades y Sociólogos de nota, se ejerce la obstetricia poco mejor que en los villorios españoles, sin duda: es por qué 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 miedo a la sangre 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 apostadero con la sonda rectal, con el forceps, y a nadie le ocurre distinar su uso por ello. Nuestro primer taponamiento fue detestable, igual a los que venimos pudiendo a cada paso, como he dicho con miedo: hoy que hemos hecho ya algunos, creemos firmemente que desde el primero pudimos hacerlos siempre 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 desbaratarlo de la práctica.

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

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

Esta objeción arranca 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 tapón en cantidad a veces considerable. Pero el tapón estará bien puesto? Estará bien indicado? Por que si vamos a tratar de ineficaz al taponamiento porque cuando se hace mal y no está indicado no haya un mortal, lo mismo ocurrir con la ligadura. y con todos los recursos de la industria humana.

Los que como Paardes, retiran el tapón a la hora no tienen derecho a tactuarlo de ineficaz sino a tactuarlo de insuficiente y, precipitados. Los que como Depaul, Charpentier y tantos mas, asocian el corneruelo (aqui hemorragico) al taponamiento (hemostatico) han de dar ocasión para que duden de la eficacia de este. Los que, como Pajot en Francia y Brailly en Inglaterra pidan al taponamiento, no una acción ninostática que

84

es lo único que puede dar, sino ^{que} hacen agente activo del parto
no tienen razón para extrañarse de sus fracasos. Los que preten-
den utilizarlo en pleno ^{parto}, con nuevo roto, van derechos a la hemorragia
interna. Los que, aun practicandolo a la perfección, ven en el fa-
ponamiento una especie de panacea para la hemorragia por in-
serción vaginal, hacen en su desacreditio con sus exageraciones más
que con sus dicitas sus mayores adversarios. Es lo que ha ocurrido
en los últimos años con la doctrina tokungica de las estreñeces no-
dias de la parto. No han sido las objeciones sencillas ni los
hechos vigorosamente obrados de los toxicólogos alemanes los
que han dado en tierra con la suprectomía. a ontrance:
han sido sus secuaces, sus fanáticos secuaces los que la han desa-
reditado llevando su oración hasta el punto de recomendar la
supris "en una III para que en dos partos anteriores, de término,
parió espontáneamente": cabera en el estreñimiento superior, bien
orientada: suprectomía y extracción de un feto de tamaño regular,

Gengasel ~~ha~~ siempre preuve, como dice Pinard, aunque
después se rectifique, que el faponamiento no es un

proceder de elección más de necesidad. Como el útero esté cerrado, el hueso íntegro y el tapón sea hermético la hemostasia es infalible. La sangre no puede colectarse entre la pared uterina y el hueso incomprendible más en pequeña cantidad: el tapón le cierra la salida natural, absorbe la parte líquida y detiene la coagulación del resto; la hemorragia se cubrirá siempre en estas condiciones.

Que el tapón sea ciego, como se le reprocha, importa poco; con tal que quien lo emplea tenga ojos en la inteligencia para ver lo que detrás de él ocurre es bastante.

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

El supiniente que a la mujer se occasiona taponamiento es tan peligroso como la intervención manual más delicada que tenga su misma duración, y el que ~~produce~~ ^{que} después de aplicado no excede gran cosa al producido determina un encapamiento cerebral profundo. En lo que afecta a la evacuación

ción del recto si se tiene cuidado de vaciarlo con un enema siempre que la exploración vaginal nos advierte del acumulo de excrementos, no debe preocuparnos, puesto que 12 ó 24 horas sin evacuaciones en mujeres que acaso las tienen cada tres o cuatro días nada significa. Tantanto el vendaje en T, las compresas vaporares y las primarias tornadas vaginales, sondando la vejiga y extrayendo la orina, se remediar el inconveniente de la retención de esta.

Que el tapón infecta. Es cierto, como infectan el forceps, la escama, el bisturi, la aguja o las manos cuando no están limpias. Esta objeción perdió todo su valor con el advenimiento de la doctrina y práctica antisépticas, y esencia que tal argumento se egruna contra el tapón cuando no se han tomado las debidas precauciones. "Cuando no se emplea un tapón antiséptico 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 desprendida sino que despojando la vagina de su epitelio la convierte en pared absorbente,

Desprender el epitelio vaginal con bolitas de algodón o de nulas re-
cultivadas de una sustancia grasa y cuidadosamente aplicadas es muy
difícil: y como estas bolitas hayan sido preparadas conforme al
dagnar quirúrgico que nuncié ~~podremos~~ transgredir, su contacto
con la sangre que puede acumularse por encima de las pri-
meras porciones del tapón, no con los vasos, ni harán zumbas
ni infecciones sifáticas mortíferas, sino hemostasia salvadora.

La acción oxitocica del procedimiento y la posible expulsión
del feto en tiempo inopportuno apenas merece réplica: asun-
to de que el tapón puede permanecer muchas horas sin pro-
tección uterina? Que significa la vida del feto cuando él y la
madre van a perderla.

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

58

ninguna otra rama del saber humano se procede por destrucción sino
por sustitución y además el sustituto ^{para} de sacar ventaja al susti-
tuido. En una mujer embarazada, con hemorragia grave, en que
las inyecciones calientes han fracasado, qué vamos a hacer? Pinard
tiene un procedimiento, como lo tienen Pusot y Guillermare, pero
aun con haber recogido lo mejor de lo viejo encerrándolo en otras mu-
chos, como diría si remitiera su contraparte Rousseau, resulta
infinitamente más difícil en su realización mas nuevo e ineficaz
en sus resultados. Procuremos demostrarlo.

"Cuanto os acabo de decir bastaría para convencerlos de que el papo-
namiento no es un proceder de elección sino de necesidad,"
Y cuáles son esos caos de necesidad, para Pinard?

"Estos medios (el taponamiento y el cornuelo) yo los proscribo y los con-
deno porque nunca han producido más que una seguridad
parapera y engañosa."

Afirmaciones que vienen batalla campal ~~del~~ punto de las doce
páginas que las separan.

Oíron bien: puesto que se rechaza el taponamiento para las

hemorragias graves del embarazo (dando por muestra el cornuelo, el parto acelerado de Puzos, el fosoado de Guillenau) vemos con que lo reemplaza.

"Cuallquiera que sea la abundancia del derrame sanguíneo, seais llamados en el embarazo o en el parto, debéis empeñar por hacer el diagnóstico de la presentación y si es transversal, transformuella en longitudinal."

El precepto es juicioso y debe observarse.

"Mas debéis dirigir hacia abajo la cabecera o las nalgas? Lo sabéis Braxton Hicks y sus partidarios no nacien, dirigen siempre abajo las extremidades pélvicas. Yo no soy de esta opinión. Convencido de que el feto corre más peligro cuando se presenta de nalgas, concepto preferible, cuando las circunstancias lo permiten, dirigir abajo el vértice. Así, cada vez que la exploración del segmento inferior me permite comprobar que no tiene un espesor considerable, cuando ocurren tales yo aprecio el espesor de la pared abdominal y me doy cuenta de la facilidad con que se podrá mantener la cabecera, 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 encapar el nino a deslizarlo 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, razon científica y si parcial o central razon podalicia."

Como se ve el criterio para dirigir al estrecho superior una u otra extensión del otoide fetal varía de una a otra página lo que revela una morilidad de juicio poco aceptable; pero lo que más admira es el que Pinard tiene un duda tan especializada en los dedos que percibe lo que hasta ahora nadie pudo percibir: hasta hoy, que seguimos, para conocer el grosor y dureza de una superficie era preciso apriornarla entre los dedos o al menos comprimirla entre estas y otra superficie resistente; pues bien, a Pinard le basta el juzgar el indicio 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 muy mal, y en rola su parte inferior, que es móvil y que no tiene otra parte resistente en que fijarse) está ocupado y en qué extensión por la masa placentaria, aunque esta sea tan

delgada como puede y suele serlo, 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, ni en qué sitio se halla este y menos podríamos decirlo con la seguridad que se tiene derecho a sacar cuando del diagnóstico van a deducir las consecuencias terapéuticas.

El cambio de la presentación de caballo en nalgas cuando aquella tiene tendencia a deslizarse hacia una de las fosas iliacas, cuando se aplica mal al estrecho superior . . . es una indicación tan tajía que no sabriamos en un caso determinado qué decir de estos extremos.

"Cuando la cabecera 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 prohibido dirigirnos a los parodiando el último párrafo

El mismo nos lo dice más adelante.

"Por qué en igualdad de circunstancias bajo el punto de vista de la inación placentaria tal mujer perdiera sangre en el embarazo o en el parto en tanto que tal obra 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 como 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 me pensando en lo earlas a todas en estas condiciones. - - - - El tratamiento preventivo y profiláctico de la hemorragia debe perseguir la realización de las condiciones mas favorables para que durante el embarazo el segmento inferior sea todo lo menos posible distendido y distendido." //

En los párrafos anteriores podíamos condenar del método con que se pretende sustituir al taponamiento la baguedad de las inilaciones y el drenar continuo de los fetales. Estos dos

últimas encierran una salta grande; para reemplazar al tapón amniótico, hemostático, se recomienda un modus faciendo hemorrágico.

"En vista de este estado grave (hemorragia grave en el embarazo, ni si tomas expulsivas, que es nuestro caso) que acabo de exponeros que debéis hacer, La presentación es longitudinal, las nalgas calientes han sido sueltas: es preciso entonces introducir una mano en la vagina y un dedo a través del orificio esterno hasta alcanzar las membranas y luego rasgar estas ampliamente,

"Otras veces las membranas son fácilmente accedibles, poco resistentes y la rasgadura se hace con facilidad; otras son resistentes y el dedo las rechaza ni poder romperlas. Es preciso entonces tomar un perforador que quede por los dedos actul sobre ellas sin lesionar a la madre ni al feto,"

"En ocasiones las membranas parecen inaccesibles: el dedo no encuentra a nivel del orificio interno ni coágulos o algunos cotiledones flotante. He podido siempre en estas circunstancias procediendo lentamente y con delicadeza encontrar un pun-

27

lo por donde el dedo pudiera pasar entre el muco y la pared
uterina sin desprender nada, y llegar así hasta las membranas.

"Como os he dicho nunca he encontrado una inserción central; mas
si observara alguna no vacilaria; despues de asegurarme de que
lado la placenta alcance menor extensión a fin de producir
menores desprendimientos, iria en busca de las membranas por el
camino más corto y, una vez alcanzadas estas, las romperia. Siguiendo
en esto el precepto de Lerret y Dubois, no intentaria pasar a
traves de la placenta a fin de no exponerme a su arrancamiento
total o a romper la insercion del cordón. Sistemata por otra par-
te que la función de las membranas a traves de la placenta y
la evacuacion del liquido amniotico no bastan para contener
las hemorragias. Ellas en este caso yo combiaría las nalgas
abajo sea por maniobras exteriores sea por maniobras combi-
nadas y conduciendo un pio a la vagina a fin de fijar la
presentacion: porque con la cadera atajo dada la elevacion
de la region fetal nos expoudriamos a que deslizase en

una de las fases clínicas que que la presentación de vestíbulo se transforme en tronco.

" Tal es, Sirs la conducta que os aconsejo durante el embarazo,

Estamos pues en el embarazo, con una mujer en situación grave, para la que no encontramos procedimiento mejor que el uso del tapón. Pinard lo rechaza, como rechaza todo lo demás, y después de exponer a quinientos preliminares lo que hace un momento comentábamos, termina su plan terapéutico "durante el embarazo con hemorragia grave" en la forma que acabamos de copiar.

Fijémonos un momento en lo que Pinard acaba de decirnos:

... "hace falta introducir la mano en la vagina y un dedo a través del orificio externo hasta alcanzar las membranas y rasgarlas luego ampliamente."

La introducción de la mano en la vagina de una mujer si quisiera ser multiplicar ella y la mano la que suponemos fina, delicada de M^{me} Pore, y el paso del dedo a través del orificio externo hasta alcanzar las membranas proporcionaría a la mujer muchos más supuramentos que la colocación del

mai apretado tapón vaginal. En circunstancias favorables de vagina amplia, mujer tolerante, mano pequeña y adiestrada, cuello de multipara, fácilmente paquieable, no será difícil llegar hasta el hueso; pero en una primipara, cómo salvar el anillo vulvar sin que proteste de tal modo que atere a los que la rodean? Porque suponemos ^{que} tal caso no cabe la anestesia cloroformica. Cómo después mover la mano en la vagina sin revolver los supamientos? Engrasandola bien? La entrada de la vagina, que como todo el canal está áspera por las inyecciones antisépticas previas se quedaría con la grasa y contra el resto la mano frotaría descarnando el epitelio. Cómo paquiar un cuello cerrado, de primipara, tal vez desviado y de seis o siete meses?

Supongamos todo esto hecho; supongamos que a través del cuello hayamos caido sobre las membranas no sobre un coágulo o sobre una masa de cotiledones; cómo entonces rasgar ~~las membranas~~ ^{los} cumpliamente? Podremos a lo sumo, perforar el hueso, que es el método de Piso, pero rasgar a uno y otro lado

con la punta del dedo a través de un conducto dilatado artificia-
mente lo justo para dejarle pasar, es tan impensable como que
rasguemos ampliamente el foro de un sombrero con un palito
pasado a través de un orificio-ventubular de los que suelen tener
algunos abiertos en el filtro. Pues bien, esta rasgadura amplia de
las membranas, este hecho mecánicamente imposible constitui-
ye toda la novedad del método de Pinard para las nemora-
gias graves durante el embarazo.

Si después seguimos examinando el resto de su exposición
encontraremos detalles como el uso del perforador, el paso
entre el huevo y el útero en las placenta que llenan el campo
explorabte sin desprender nada, otro nuevo cambio de presenta-
ción que después de roto el huevo puede al evolucionar el feto con-
vertirse en una de boneo una extracción de un fil a través de un
cuello que no está dilatado ni borado siquiera, uno forzado
por el dedo . . .

Véase como el deseo inmoderado de innovas puede llevarnos
a los mayores absurdos. Crátese de proscribir el tañoramiento

por difícil y doloroso y se le busca reemplazar en otro proceder aún más difícil, de más laboriosa aplicación para el profesor e infinitamente más doloroso para la madre. Reprochare el taponamiento de inficiar y se pretende sustituirle con un dedo que fuerre el cuello, que estimula la contracción uterina y que pasa entre estímidones y útero rompiendo adherencias si no es un acto milagroso. Se ha establecido ayer para la vagina, es descriptivo, y se le reemplaza con una mano que prota contra ella durante horas acaso. Tildaré de infectante y todos saben cuán lo más difícil es aspitir la mano que el algodón o las pilas. Se ha establecido en cara en acción oxitocica y se le suplanta! con la mano amplia del nudo!

O estamos completamente obsecados o este es uno de los malos preceptos que en obstetricia se han formulado. Esto es mi más ni menos que el método de Puros y aun el de Guillemeau con riostas al de P. Hicks.

El que en un caso de hemorragia grave durante el embarazo siguió el consejo de Pinard, de fijo que no volvería a nacer.

haeido. Quien, por el contrario, taponarse bien obtendria el beneficio de contibir la hemorragia permitiendo alguna vez continuar el embarazo en provecho del feto, y si el parto se declaraba, llegaria a él con ánimo y cuerpo descansados, con la mujer repuesta y confiada, y con todo preparado para atender al lleno de las numerosas indicaciones que en el parto surgen.

Inyecciones de suero artificial Es un recurso de tan multiples como útiles aplicaciones y entre las circunstancias en que de él puede el toxicólogo esperar un efecto eficaz ninguna como las en que le coloca la anemia aguda. Feliz simplificación de la peligrosa transfusión de la sangre pocas veces utilizable y de las inyecciones intravenosas, tocados de igual achaque, las inyección de algunos cientos de gramos de suero artificial en el tejido celular subcutáneo es una práctica corriente, casi familiar entre los médicos de parto, que exige un instrumental que casi todos poseen y que todos deben poseer, de poco costo y cuyo material de inyección puede prepararse en poco rato donde haya agua clara, y nel comun, es decir, hasta en despoblado.

Siempre que hayamos de tratar una mujer con placenta pri-
maria es conveniente prepararlo: que si de momento no necesita-
mos este recurso imprescindible, tal vez no tarde mucho en sernos
de absoluta necesidad.

Durante el embarazo pocas veces llegan las hemorragias a
producir esos estados animicos extremos y, de ordinario, obtenida
la hemostasia la paciente se recupera de un modo pronto. En
tal casos las bebidas abundantes bastan; mas si el estado gene-
ral flaquea, sin vacilacion debemos proceder a las inyecciones,
seguros de que el efecto beneficioso no ha de hacerse esperar.

En las historias clinicas al final moliciales podra verse
cuando hemos necesitado hacerlas y con que resultados.

71-72

2º Grupo

Tratamiento durante el parto.

A Madre en buen estado o medianamente grave	Huevo íntegro	- - - - -	Ruptura del huevo
	Huevo roto	<div style="display: flex; align-items: center;"> Utero franguable - - - Evacuación uterina </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 10px;"> Utero infranguable { <div style="display: flex; align-items: center;"> Dilatación digital o instrumental Evacuación uterina </div> </div>	
B. Madre en inminencia de muerte	Huevo íntegro	- - - - -	<div style="display: flex; align-items: center;"> Inyecciones de suero { <div style="display: flex; align-items: center;"> Taponamiento </div> </div>
	Huevo roto	- - - - -	<div style="display: flex; align-items: center;"> Inyecciones de suero { <div style="display: flex; align-items: center;"> Evacuación uterina, </div> </div>

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 aquél, bien porque la inserción viciosa lo determine prematuramente.

El parto en la inserción viciosa puede hacerse un accidente alguno y hasta pasar esta desaparecida. 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} la exploración del segmento inferior no se habían diagnosticado. Claro que esta benignidad es cosa exclusiva de las placas 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 placentación prematura tienen una significación muy secundaria, estamos en el caso de formular un diagnóstico detallado que nos permita aplicar discretamente los medios que el arte posee para, con el menor peligro posible, salvar las dos existencias comprometidas.

74

De nuevo necesitamos informarnos pronto y bien, que estas cosas sue-
len ser muy urgentes, del estado de la madre, del núero y del utero.
Pues, como veremos, no solo las grandes indicaciones, sino el modo espe-
cial de satisfacerlas y el orden en que han de ser atendidas varia 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 ins-
uficiencias siempre para ella. Si su estado general es satisfactorio, si la
gravidad es solo inminente o moderada la mujer podrá soportar
bien la coagulación del líquido amniótico, la extracción o expulsión
del feto, la de los anejos y aun alguna hemorragia inmediata
al alumbramiento de anestesia. Si su estado es angustioso casi a-
gonico como en nuestras historias clínicas III. IV y V. cualquiera
de estas intervenciones acaba con la poca vida que resta. Más ade-
lante insistiremos en esto.

El utero ha de fijar un poco nuestra atención: necesitamos saber
exactamente si el cuello está borado, si hay dilatación y de qué
grado, calcular con exactitud si podrán penetrar la mano o los in-
strumentos en la cavidad uterina y salir el feto un forzar el canal cervical
segmentario.

Del núero nos importa conocer principalmente su integridad

í rotura, la variedad de insercion placentaria, la vida viabilidad y actitud del feto.

El estado de la madre es satisfactorio ó medianamente grave.

Fractamiento	Huevo íntegro	- - - - -	Ruptura
	útero franguable	- -	Evacuación
Huevo roto	útero infranguable	Dilatación digital ó instrumental	Evacuación
	útero infraqueable		

I

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

33

prenda una inyección vaginal antiséptica y caliente se procede a la.

Ruptura amplia del hueso. Es a las hemorragias del parto lo que el taponamiento a las del embarazo, el remedio por excelencia. Si el arte ha de ser copia de la naturaleza, nada más natural que conjurar las hemorragias por inserción de la placentita en el segmento interior del útero rompiendo ampliamente el hueso, todo ver que la observación secular enseña que éste es el medio del que la naturaleza se vale para evitarlas. No es de admirar pues que Píñar, que ni temía idea de la inserción recta, preconizase, comprendiendo del natural, un método que eventualmente es el seguido por todos.

Píñar, con un buen sentido que contrasta con sus distucciones anteriores, aboga por la ruptura, pero por la ruptura amplia, condición indispensable para obtener de ella y con seguridad todo el valor hemostático. Apoyarse tal precepto en la patología 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 píl que vamos a calzar es empujado al in-

78

terior de la bota (Duncan): mientras la misma contraccion elata, alarga y distiende al segmento inferior del útero y al cuello que se le va incorporando, como tirando de los tirantes de la bota se eleva se ensancha y se alarga ésta. Entre el segmento inferior del hueso y el segmento inferior del útero se rompe la continuidad lo que en el parto normal da lugar a la hernia del hueso a fines del orificio externo del canal amnioc-segmentario (bolsa de las aguas): pero si la placentita está inserta en el segmento inferior del útero la ruptura de dicha continuidad se traduce por una hemorragia. Roto el hueso, la presión que el líquido recibe por el efecto de la contracción uterina ya no lo transmite al segmento inferior del hueso vivo que se escapa por la abertura que hace oficio de válvula de seguridad. Ya no hay impulsión del hueso hacia abajo, ya no puede haber tampoco nuevos desprendimientos, por este mecanismo y si la hemorragia persiste será otra en general.

El líquido es expulsado y el útero, que tiende a reducirse con rapidez, actúa sobre el efecto el cual, no como el líquido, conforme al principio de Pascal vivo por una mecanica más compleja, transmite al segmento inferior del hueso con la cabecera (si ésta es la que se halla abajo) la presión que ejerce en las nalgas y tramo colajirdos por encima del anillo de Baudot

De nuevo el segmento inferior del hueso en donde está inelásticamente la placenta se impulsado hacia la vagina, no por el líquido y es, sino por el feto, mientras la contracción uterina eleva, empuja y des-
 gana cada vez más el segmento inferior del útero. Otra vez rompe el
 peligro de ruptura de la continuidad con su secuela ineluctable, la hemorragia. Pues bien: para conjurar el peligro que encierra la in-
 pulsión transmitida por el líquido basta un orificio que dura solida-
 mente el medio transmisor, orificio que la naturaleza se adelanta a veces
 muchas veces. ¿Qué hará falta para evitar el desprendimiento pro-
 cesado por la transmisión al segmento ocular inferior inferior y provocado
 del feto, de la impulsión uterina? Hacer otro orificio bastante
 grande en el segmento inferior del hueso para que el feto pueda
 salir como por su naturaleza salió el líquido: sin tropezar con
 las membranas, sin ponerse las para goma, sin arrancarlas durante
 la presentación, sin producir tracciones, en una postura. De aquella
 utilidad, confirmada por los constantes resultados, de la ruptura
 simple de las membranas con la que sin excepción, se evitan los des-
 prendimientos indirectos. No puede haber otros que los directos, los

20

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

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

La rotura del hueso puede suceder casi siempre a través de la membrana
mas ya francamente expuestas al dedo en el campo explorable ya
en pose alijadas pero al alcance; solo una vez hemos dejado de
encontrarlas fácilmente y como el feto no era viable y el estadio del
útero permitía la evacuación en el acto, rompimos el hueso a tra-
ves de la placenta; claro que con feto vivo y viable hay que buscar a
todo trance el borde placentario por el camino mas corto para
romper el hueso sobre las membranas como hacia Grindin.

Rotas las membranas el líquido come al exterior y si con la mano
se maloxamos y fijamos el útero la presentación viene al contac-
to de los dedos. Si de nalgas se hace un pie a la vagina. De
necesario se abandona el parto a la naturaleza.
Entonces la hemorragia desaparece; con vigilar la vida

81

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



II

No obstante la ruptura del hueso mayoral mucha espontáneamente o la hayamos nosotros practicado la mujer sigue perdiendo sangre. Que hacer?

Nuestra conducta variará según el estado del útero.

Si el canal cervico-segmentario no es franqueable 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 un vejiga-violín, Pinard los globos de Chambatier e Ribes, Braxton Hicks siempre utilice un miembro fetal. Cuando no tengamos comodidad para emplear estos medios tendremos el ampliado en la historia n.º XII, los dedos, que paulatinamente irán sucediendo la dilatación más inteligente y menos peligrosa. Cede esto la hemorragia? dejemos terminar el parto a la naturaleza siguiendo la otra existencia, la fetal. Persiste? lo que es rarísimo; estremos en el caso siguiente.

Si la hemorragia ^{continua} no obstante la ruptura amplia del hueso con un canal cervico-segmentario franqueable, procedase sin temor a la extracción; con la mano si la presentación

es de nalgas ó tronco, si no se tiene forceps y la version podálica
no estuviera formalmente contraindicada; con el forceps ó el ba-
notibio si de vrtice. Alguna vez en presentacion de vrtice puede
el fisiólogo encontrar presensible la version podálica y extraccion
manual, como ocurrí en la historia XI.



B

La madre se encuentra en inminencia de muerte

Tratamiento	Huevo íntegro	{ Inyecciones de suero artificial Caponamiento
	Huevo roto	{ Inyecciones de suero artificial Evacuación

Estos son los casos que — ponen a prueba la serenidad y la paciencia del médico: etapa final en todas invenciones vicinas en la naturaleza y el arte se descuidan, no son infrecuentes como no es infrecuente el que la naturaleza se olviente o el arte ronque. Para es la clínica donde no ingresa de cuando en cuando alguna pobre parturienta a quien el abandono y la impaciencia en colaboración con la hemorragia pusieron los dedos de la muerte; los relatos de hechos de esta clase son innumerables y nosotros contamos tres de las diez y nueve placenta tristes que hemos visto y tratado.

La mujer no puede ya sangre, ni pueden perder punto que apenas le queda. Está pura, formando un lazo en la cama, empapando coletines y jirgones de donde gotea sobre el charco

que muy bajo el lecho. La paciente pálida, inmóvil, helada, sin pulso, ni sentido, nadando en su propia sangre, es como dice Pinard de una de sus historias un cadáver. & caliente.

Tres veces hemos tenido ocasión de presentar este horribil cuadro y juntas relatamos los tres historios clínicas.

En el primero el hueso estaba introyo, lo rompimos, extraímos el feto y los anejos, no salió una gota de sangre más; pero la cráferma se nos quedó en las manos, que es lo más desastoso que en tocología puede ocurrir. La congestión abdominal ex vacuo determinó una anémica fulbar que acabo con la paciente (historia III)

La lección no cayo en saco roto y pocos meses después el casco se apagó también casi despoblado. Lijamos los miembros, taponamos... y gamamos dos horas: inyectamos suero salino, líquidos líquidos en abundancia y gamamos dos horas más; y cuando ya remitida la empiema quitamos el tapón, rompimos el hueso, se vacío el útero irrigamos con agua caliente y sulfatada, inyectamos rivotina... y a los 15 días la mujer estaba cuidando de su numerosa familia.

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

nico de Varner y Ch. de Rabot.

"G... de 29 años, multipara, es conducida a la enfermería del Hospital Tenon a las 6 de la mañana. Padece 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 segmentos decolorados, acostada al lado se muere perdiendo si G. se presta mal el examen. El pulso es impalpable.

"Cacto. El cuello está incompletamente borado, blando, despi pasa fácilmente dos dedos. En el momento de las contracciones las membranas se perciben temblor a través del orificio; se nota a través de las membranas y a la derecha una cabra pequeña, móvil incompletamente encajada; a la izquierda una mano blanda, gruesa, sobre todo hacia abajo.

"El interino de nacimiento M. Mayniáux rompe las membranas con los dedos ensanchando la abertura cuanto puede. Por esta abertura el líquido amniótico se derrama y la hemorragia cesa. Se suele ensayada la soletilla de los órganos genitales, se envuelve la enferma en ropas calientes y se la transporta a

la sala de trabajo. Le debilita cada vez más y muere en pocos meses.

Todo esto ocurre en muy poco tiempo del que se necesita para escribirlo. La brutalidad del desvío hace imposible la toma de antecedentes así como todo tratamiento de la anemia aguda".

Si en este caso el utero de servicio en el Hospital Tresor, como naradas en los muertos, hubiera empesado por rotar la anemia aguda y antes de romper el hueso ni trasladar a la enferma la hubiere invertido o poco menos, ligando los miembros, inyectando suero artifical; si luego la hubiera taponado para gran tiempo, sin mas perdidas, es probable que no hubieran tenido ocasión de suer Ch. de Ribes y Varnier con el hueso y el utero de esta desgraciada sus hermosas e instructivas planchetas.

La conducta que en vista de los propios y agudos fracasos (conocemos varios) creemos que debe requerir ya queda expuesta.

Si el hueso está intacto y debe estarlo con inviolable mente como lo estata en los cuatro casos citados autotransfusion ligando los miembros: inyecciones de suero abundantes y repetitivas taponamientos, en este orden. Intervenciones

radical aplazada hasta que la mujer este repuesta.

Si el hueso está roto el mismo proceder niñas el taponeamiento que no hará más que ocultar el hueso un apagar el fuego, convertir en interna la hemorragia externa.

El reposo absoluto, la posición declinie de la cadera los catopros, las inhalaciones de oxígeno las lepidas estimulantes, las inyecciones de eter y eufemina — — — coadyuvaron al mejor resultado.

3 Grupo

89

Conducta en el alumbramiento.

Accidentes del alumbramiento e inmediatos	Retención	{ Inyecciones intravaginales a 48°c. Alumbramiento artificial
	Hemorragia	{ Inyecciones intravaginales 48°c Alumbramiento (si no se ha hecho) Ergotina Capionamiento utero-vaginal

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

Durante el parto una verdadera 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 adegaza; en tanto que el cuello se acorta, se bolla y crece por dilatarse. Al final del parto, como la dilatación exigida haya sido la necesaria para dar paso a un feto de término o poco menor, bien desarrollado, el cuello y el segmento inferior forman un canal flácido, pináculo, panizo. La fibra muscular está rendida, paralizada y si la placenta impide este segmento inferior, no tiene energía para desprendes la porción ^{perínea} ni, después del desprendimiento, para ocultar la red vascular de la zona de inserción. De aquí dos hechos patológicos: la retención parcial y la hemorragia, que nosotros llamamos paradoxal. Es decir, una hemorragia continua, inmediata al parto, voluminosa, profusa, tenaz, de origen segmentario, exterior y que coincide con un íntero segmento duro y contractil. Esta clase

21

de hemorragias uterinas no se encuentra, que sepanos, más que en el caso, en el de rotura del segmento inferior y aun se han indicado en los de degeneración. fibrosis del útero. Yo las vienio a indicar Gooch, Rugby y Velpeau pero no acertarán ni podrían acertar a explicárselas, porque para ellos, como todavía para muchos de nuestros contemporáneos, la placenta prima no existía si no daba hemorragias y no se alcanzaba por la exploración durante el parto: como estas hemorragias paradoxales del alumbramiento son patrimonio casi exclusivo de las placentas poco bajas, de las que ocupan el segmento inferior a un solo lado del cuadro 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 emplearemos las inyecciones ^{intram.} uterinas calientes apenas ha salido el feto. Seguidamente, Pinard y otros han indicado que el agua hace el alumbramiento tan rápido que sus manos y rodillas son arrastradas de la curvatura fuertemente traída: si algun resto de contractilidad queda en el

92

segmento inferior, las inyecciones lo despertarán y si no, la mano desprnde la porción prima cuando ésta no sea arrastrada (y que esto es el que este primamente desprendido es lo común) por la gran mano placentaria corporal.

Estas mismas inyecciones calientes y las de ergotina nos han permitido dominar en todos los casos de invención ricoria 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 Servoux recomendaba hace más de un siglo: lo que hace 18 años preconizó Duhrssen después de dos aplicaciones afortunadas en hemorragias gravísimas e inconvenientes post-partum, lo que con tanto entusiasmo ha defendido Chavard: el taponamiento utero-vaginal.

Para practicarlo se tomán varias bandas de gasa codoformica o simplemente aséptica mejor. Si tomamos una sola banda de seguro que la rocaremos con ropas o algodón ~~no~~ limpio que hará peligrosa su permanencia en el útero; varias y bien contadas. Prender la limpieza del canal utero-vaginal, como tantas veces he hecho, con la mano y con pinzas largas o a falta de estas

con la misma sonda de Dolens se introduce la goma en el útero retacándolo, 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 rayma y se aplica al vientre un vendaje de cuerpo o una toalla fuerte muy apretada; a las 24 horas, premie 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 nuestros casos de inserción vaginal: pero la logica del procedimiento y lo que hemos visto en dos ^{casa} ~~casos~~ ^{casos} ~~nos~~ nos permitiría aplicar en aplicarlo como no vacilamos en recomendarlo. Trataré en unos de estos casos de la experiencia del Dr Laurent de Cervano, ilustre Profesor auxiliar de esta Escuela de medicina, la cual señora tiene la mala costumbre de perder excesivamente ^{después} del alumbramiento ^{un poco} por discurrir, otras ^{poco} por inercia: en su penúltimo parto la hemorragia se hizo tan impertinente, tan inlocalizable a ergotina y agua caliente, que para acabar con ella echamos mano de la goma iodoformica y taponamos, pudiendo pasar una noche tranquila después de un dia de zozobra. El segundo es mucho más curioso y si bien seguro

26 breve de la memoria de nuestro condiscípulo el Dr Bercial, médico
del Hospital de Huesca, que accidentalmente nos acompañaba en la visi-
ta. Trataba de una muchacha que había dado a luz en la Mater-
nidad y el caso es un hermoso ejemplo de las puerperias que acostumbran
a hacer las retenciones parciales. Despues del alumbramiento la comadrona
que encargada del servicio de la clínica habiendo, como siempre, exami-
nado los anejos, halló algo que no supo si era o no una falta de un
hilo en la placa placentaria; tuvo guardar la placa anatómica mas
no tan cuidadosamente que no fuera robarleada y medio descompon-
ta por lo cual nuestro juicio fue tan indecio como el de nuestra
colaboradora, por lo que nos abstuvimos de intervenir, sometimos
la puerpera a una vigilancia extremada y preparamos todo
para una intervención inmediata a cualquiera hora del día
y de la noche. La puerpera marchaba perfectamente, el cuello
se retiró pronto y el útero, aunque tenía más volumen del ordi-
nario, era esto atribuible a su enorme distensión en el embarazo
que había sido de gemelos. Apenas pasada la primera sema-
na la paciente, como todas, nos pedía con creciente insis-
tencia el alta que con creciente deseo le negábamos (Re-

mamos muy presente un cotiledon accesorio que estuvo 19 días jugando primero con el Dr Motis que había asistido al parto, después con el Dr Polo llamado en consulta con motivo de nictomas de infeción, después con nosotros encargadas por el último de tratar la enfermedad. Al 16º día ecclimos por fin permitiéndola saliera de la clínica al riguroso no me hacerle las advertencias oportunas. A la mañana siguiente la encontramos todavía en la clínica: durante la noche había tenido una abundante hemorragia y aunque ~~si~~ ^{jamás} trató de ocultarla, la comadrona se enteró reteniéndola en la enfermería. Todo estaba preparado y en pocos momentos extrajimos un trozo de placenta friso, de forma irregular, del tamaño de una media mandarina. Las inyecciones calientes profunas no pudieron controlar la hemorragia no obstante el vaciamiento total del útero, y cuando el estado de la enferma era agónico, ni siquiera en mano taponamos, pusimos la cabecera abajo ligamos los miembros, inyectamos suero artificial y aquella pobre que estaba dando las boqueadas abrió los ojos, volvió a la vida y salió de la clínica ~~sin~~ 15 días después. Si alguna vez las hemorragias del alumbramiento por inerción viciosa se hicieran rebeldes

a las inyecciones intramusculares y a los subcutáneos de ergotina suponiendo sin vacilación, 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 caído también el topogramiento. Varnier y Gossel en una reciente comunicación a la Sociedad de Obstetricia de París citan casos de rotura practicadas por la histerectomía felíamente. Es intervención dolorosa en litigio, inferior al topogramiento evacuativo según autoridades oposiciones y vedada siempre a los tocólogos modestos.

Algunos otros hechos patológicos coincidentes con la invención viriosa y que pueden venir a complicarla / embarazo gemelar, hidrocefalia, procedencia del cordón y miembros, estrecheces pélvicas, fibromas, cáncer, eclampsia) no modifican fundamentalmente el tratamiento del proceso.

Durante el puerperio la mujer debe ser solicitamente cuidada tratándose la anemia subaguda con los medios comunes a todas las anemias post- hemorrágicas. Muchos motivos

de infeccion puerperal tienen estas enfermias y ~~en~~ así han de ser
objeto de una exquisita vigilancia.: la temperatura debe tomarse
cada 6 horas puesto que el pulso no rítmico en estas puer-
peras, a diferencia de lo que ocurre en las no hemorragicas,
para sorprender la infeccion en sus primeros paros.

Hemos dado fin a la tarea que nos habiamos impuesto:
exponer el tratamiento razonado de la infección vírica en
cada una de las circunstancias que en clinica se presentan.
No tenemos la pretension de haber apreciado todos los casos
que al tocólogo pueden ocurrir, pero si los más comunes:
y aun menos la tenemos de haber acertado en nuestros pri-
meros sujetos, más que obvi alguno a la eterna ley de la vida:
la rectificación.

Historias clínicas

I. R N de 40 años VII para su temido cuatro primeros partos normales; desde el 4º prolapsus uterino y endometritis. El 5º y 6º partos terminan prematuramente, precedidos de hemorragias de repetición. El 7º que es el primero en que solicita nuestra asistencia ha llegado el 2^o my en el que tiene una hemorragia coincidente con síntomas de parto. Preparamos para hacer el taponamiento, rompe el muero, cesa la perdida y en pocos momentos expulsa feto illo muerto no macerado y anejos débiles. La placenta inserta a la derecha, marginal, muy extensa: la ruptura tangente al borde placentario. Que período normal.

II R N nubre a hacerse embarazada al año siguiente (1894) temido hemorragias que ceden al reposo ~~mycecuras~~ calientes y enemas blandeadas. Al mitad del 7º mes vuelven a presentarse y no obstante el mismo tratamiento no se cubren iniciando el parto. El estado general es bueno, el útero de gran multipara permite ulcerar el muero del que toda la zona explorable es placentaria.

Taponamos pero como el taponamiento estaba mal hecho, además de mal indicado, la sangre sigue aumentando con las contracciones; a las pocas horas quitamos el tapón encontrando el cuello bastante dilatado para rayar las membranas sobre el borde derecho de la placenta. Cesó la hemorragia: expulsión espontánea de un feto vivo pero no nublado, en vértice: 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 inserciones y el venir la cabra explican la procedencia de la expulsión con relación al parto anterior.

III Maydalena N de 29 años, tendida, de vigorosa constitución, para. A raíz del último parto infección muy marital gonococcia. En el 6.^o mes hemorragia controlada con inyecciones calientes, reposo intenso de hidrantes primero, con el taponamiento luego; este controló las hemorragias, como ^{que} testaba 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 abrimos
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^o días nueva he-
morragia colubida en igual forma. Como vive en las afueras y
muytas ocupaciones oficiales en la F. de Medicina nos impiden aten-
derla, le exponemos así a la familia para que decida entre los
varios medios que proponemos: el marido, las curandas y la me-
jor se rie de nuestras inquietudes y toman el salvador particular
de resarcirnos con una comadrona que pretende contibir las
hemorragias, si vuelven, con el sulfirio. Et liz mudriyada rigue-
te viene el marido acongojado a buscarnos a la F. de M. en don-
de estabamos de guardia. A nuestra llegado encontramos la ce-
lebre ^{partur} con el profesor X. que nos dice se han roto las aguas. La ex-
graviada enferma, a quien por todo tratamiento se habia colocado
un tapon con perclorato entre los grandes labios, estaba expri-
te: el cuello dilatado, muero intago, placentita por todos lados
rompemos el muero, extraemos el feto muerto y los amijos

y la infeliz se queda en la manos.

IV. Juliana N IV 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 5º mes se despierta bañada en sangre: la hemorragia aumenta al amanecer con dolores de parto y se nos avisa. Al su llegada se nos dice que ha muerto: tal es 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: taponamos, inyectamos 300 gramos de huevo de una vez. Al examen habuimos encontrado el cuello dilatado como un escudo, placiente por todo, feto en vértice 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 hueso: a las 12 horas de esto la enferma estaba respiro y pariendo con decisión: quitamos el tapón, sacamos rompimos el hueso y el parto y alumbramiento se hicieron bien. Inyecciones ferro-antisepticas, de eryotina, de huevo, betiolus... Puerperio normal.

102

V. su de X. hermana del profesor Y., proxima paciente del profesor Z., que envia en nuestra busca para una distocia ³ en el pueblo de B., media hora antes de la nulidad del parto. Multipara en el 7.^{mo} con larga tanta 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} ~~ha~~ cogotina en piezas.

El utero dilatado, el hueso íntegro, la placenta cubriendo la cabecera por todas partes, el feto muerto. No obstante el estado de la enferma aun sigue habiendo sangre por lo que desarmados para un suponamiento inmediato y contando con ^{que} el encapuchamiento de la cabecera evitariá esta pequeña perdida y el vaciamiento del liquido amniótico con los peligros de congestión exsanguis y anemia ~~abstacta~~, rompemos el hueso dejamos los miembros inyectamos eter y todo en vano. La enferma al ser ludida para arrancarla del mar de sangre en que agoniza, debla la cabecera y expira.

VI. N N primipara. A la entrada del 9º mes ruptura de la bolsa.
 vien el parto, la cabecera no desciende a la excavación y el Dr. dala
 solicita mucha concurrencia. Estado de la madre es caliente, el hueso
 roto, el utero dilatable el feto vivo en OII P: la cabecera apoyada
 en el estrecho superior que es normal tiene una bolsa sero-sanguí-
 nea que hace necesaria la introducción de la mano para diag-
 nosticar la posición. Al sacarla encontramos la causa de
 la falta de encapuchamiento, de la ruptura espontánea y pre-
 matura de las membranas y del parto anticipado: la plae-
 centa cubre la región posterior del segmento inferior. Torceps
 directo arriba y obliga en la excavación, desprendimiento en
 O.P. de un niño vivo y viable. La ruptura de las membranas fu-
 yente a la placenta. Puerperio normal.

VII. Hija de A. VI para, los cinco anteriores normales. Album
 maria en el embarazo. Parto a término. El principio del
 periodo de dilatación hemorragia que no altera el estado
 general. Entre la presentación, vertical, y los dedos pesci-

bene la region posterior y derecha del segmento inferior gruesa
 y blanda mientras por delante la cabera ha distendido de tal modo
 el tejido uterino que parece libre: el cuello dilatado como un
 dho, despejado descubriendo membranas por todos los lados y solo exploran-
 do muy profundamente y abajo se alcanza una pequeña masa
 placentaria. Inyecciones calientes y ruptura del hueso. El parto
 continua sin hemorragia y en una nueva exploración encontramos
 la cabera con tendencia a extenderse: sin embargo el
 encajamiento se hizo en flexión y todo terminó sin mas acci-
 dentes que el aturdimiento del feto. La placenta de inserción
 lateral tiene el cordón inserto punto al borde bajo: probable-
 mente su compresión puso en peligro al feto.

VIII B de P de 39 años I para: a la entrada del 9º mes rompió
 la bolsa cuando apenas empujaba á bajar el cuello: el
 feto en vértice OIIA móvil por encima del estrecho. Periodo
 de dilatación de 26 horas: agotada la enferma y temiendo
 por el feto aplicamos el forceps en la excavación

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

IX Llu 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 coincidio con el descenso a fugar por las molestias que experimento la enferma y por su efecto de haberse bajado el vientre. Difiere tambien en que despues de hecha el alumbramiento espontaneo, asi como el parto, hubo hemorragia con utero contruido: inyecciones calientes y de ergotina. Niño vivo. Placenta con la rotura membranosa rasando el borde, un caracteres especiales. Puerperio normal.

X Llu de L I para. En los primeros días del 9^{mo} mes rotura espontanea del hueso, sin dolores. Feto vivo en OIDA, no encapado: despues de 15 horas de violentos dolores termina la dilatacion y por igual motivo que en la VIII se aplica el forceps extrayendo un niño vivo con cabera asimetrica: al nacerlo se evidencia lo que una tactacion profunda hubiera revelado;

106

la placenta invadía el segmento inferior. Alumbamiento espontáneo seguido de hemorragia paradojal. Rotura al ras del borde placentario. Purpuria febril desde el 2º dia: maxima 38 $\frac{1}{2}$ inyecciones intrauterinas: curación rápida.

XI. A.C. de 27 años II para: el primero terminó con un forceps propuesto por el Dr Polo que le asiste también ahora. Desde el 9º mes del embarazo en que apareció la primera hemorragia durmiendo la noche hasta el final del 8º las tiene cada 15 y hasta cada 8 días: tratando con reposo y enemas laudanicos. Al fin del 8º mes coinciden con síntomas de parto y se hacen rebeldes.

De la exploración resulta Madre en buen estado. 88 pulsaciones, llenas y regulares, buen color, calor normal... pero un poco rebelde al reconocimiento. El Dr Sen, médico de la prima, advierte muy discretamente la excitabilidad que siempre ha observado en esta señora. Utero completamente frangüela. Hueso íntegro, la bocina formada casi en su totalidad por la placenta invertida atrás y a la izquierda mien-

tras por delante y a la derecha hay una franja de membrana.
Teto en OIDA, nro. En el acto del reconocimiento no pierde;
muchas se prepara lo necesario y se cambian opiniones respectuas
dolores y hemorragia.

Se decide: 1º Romper ampliamente la bolsa. 2º 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 vesción ya que, alta la cubera y con gran parte de placenta
por delante de la presentación el forceps hubiera sido difícil y
laborioso; en cambio la vesción con hueso íntegro, con feto de 3
meses y móvil y en una multipara es operación relámpago: a-
ñadir que estábamos en las altas horas de la noche y que dispo-
nemos de un trubil tocólogo. 3º Anestesia: exige la temperatura
muy nerviosa de la enferma y la decisión de acabar en el acto;
su buen estado no la hace peligrosa y eso de las hemorragias
consecutivas al cloroformo no ^{reza} ~~está~~ con anestesias fugaces. El
Dr Polo ~~está~~ en medio minuto rompe el hueso y extrae el

103

el feto masculino, vivo y viable. Inyecciones calientes inmediatas. El alumbramiento se hace espontánea y rápidamente; pero queda en la vagina una banda membranosa: si quemadola se encuentra y extrae un trozo de placentita retenida. Dos horas de loura cloroformica. Puerperio normal.

XII Sra de E de R. Viana. Los partos anteriores han sido seguidos todos de infecion hasta que en el ultimo, causada de tantas sobras de leche acudió al Dr Polo que tuvo la fortuna de que no se repitieran los anteriores accidentes. En el 6º mes del embarazo aparece una ligera hemorragia con síntomas de parto. Martorno: ineluble, 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. Utero dilatado permitiendo pasar holgadamente el indicie y el medio. Bruno integro con bolta mixta de placentita y membranas estas delante y a la derecha. Feto en vertice. Mientras preparamos coagulatio (migador, suero, antisépticos) se nos avisa que la pacien-

se pierde y se desmaya; acudimos y parece como si nos hubiera cambiado la enferma: un dolor, un mero desprendimiento y la hemorragia consiguiente bastaron a trastornarla. Rompe la balva y el feto ofrece la cabera a la exploracion: inventan varias litras de agua caliente y sin embargo la enferma continua con perdida aunque ligeramente. En vista de la tenacidad de la hemorragia se acelera la dilatacion, digital por no tener globos disponibles: esta dilatacion se hace en plena migracion caliente saliendo el agua siempre fria. Al cabo de una hora la cabera ajusta bien y no obstante la hemorragia no termina del todo. dejamos el puerto al Dr. Polo quien extrae el feto, haciendo el alumbramiento espontaneo y completo con lo que acaba la hemorragia. Inyecciones de mero y ergotina. Puerperio sin accidentes; restablecimiento lento.

XIII. N. N. II para: los vomitos de mi bomescom gestacion y la miseria la han dejado en esqueleto. Al 7.^o mes dolores y hemorragia. Una comadrona la hace acostar, la coloca un tapón con perclorato en la vulva y se va. Un medio llamado

en vista del mal giro de los naceros, formula ergotina y se retira.
 Así permaneció unas veinte horas hasta nuestra llegada: donde hace
 cuatro horas no hay dolores y hemorragia. Del reconocimiento
 resulta placentita por todo, cuello dilatado como un duro: roto el hue-
 vo vienen a la mano un fetillo tan mezquino que después de vol-
 teado lo extraemos... expulsando a seguida los anejos. Unas vecinas
 le prepararon un caldo y canaria... (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 intratrunca ca-
 liente y antiséptica. Puerperio normal. Placentita rota en el centro.

XIV. N N VI para En el 6º y 7º meses hemorragias: en el 8º se
 repiten con signos de trabajo. El Dr. Salas ha desinfectado y pre-
 parado lo necesario. La enferma bien el útero completamente
 dilatado, el hueso íntegro abre placentita y membranas, completamente
 muerto y de nalgas. Ruptura y recuento completo del útero.
 Inyecciones calientes, ergotina. Puerperio un poco febril. Algu-
 nas semanas después la venus con cervicitis.

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

111

maña 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 las tres Leboller y Polo encuen-
trase la paciente en buen estado, el cuello paquimétrico al todo, el
núvo íntegro, el feto vivo y de vértice y la hemorragia pequeña,
pero existe al reconocimiento. Ruptura, evacuación uterina com-
pleta, hemostasia definitiva. El feto aturdido no puede ser mu-
rinado. Puerperio febril. Al 12º día alta.

XVI. N II para. Ingresó en la Maternidad en Septiembre
de 1897. No recuerda la fecha de su última regla. El 10 de Octubre
primera pérdida abundante y rebelde a las inyecciones calientes.
El taponamiento la domina y permite algunos días de reposo
sin hemorragia el 24, con dolores. Ruptura del núvo, feto muerto
y fision prodigiosa matriz y extracción del feto muerto. Al re-
animiento y puerperio normales.

XVII. N I para de 21 años ingresa en Agosto 98. A los
241 de su última regla hemorragia intensa sin dolores ni mo-
dificación del cuello. Inyecciones calientes taponamiento nulo.
El feto vivo de vértice no encapado, en OI D.P. A las pocas

horas se inician los dolores sin signos de hemorragia: dejar el colo-
do el tapón hasta bien formado el parto: retirado se encuen-
tra el cuello borado y dilatado como la palma y bolsa intacta que
se rompe sobre las membranas. Con el derrame, el parto continua
pero habiendo tendencia a rodar la cabeza hacia atrás se apli-
ca el forceps y se extrae en OP una niña viva y viable. Placenta num-
ginal recta. Puerperio normal.

XVIII N. IV para: los dos primeros sin novedad: el tercero con
hemorragias en el embanozo y el parto prematuro. Rotura esponta-
nea de la bolsa: a nivel del orificio cervical penible por delante
de la presentación el borde placentario: el parto se hace con
rapides (6 horas) expulsando un niño vivo. En el alumbramiento
retención primaria y hemorragia después que la piso en aprieto.
Inyecciones calientes y de ergotina. Puerperio normal. Placenta con
dos lóbulos separados por un puente membranoso.

XIX. N Vpara: este caso recogido por nuestra comadrona
en la clínica obstétrica del Hospital, es notable porque la plae-
centa se desprende en totalidad por delante del feto muerto.
Es un hecho mas que añadir a los citados ^{por} Simpson.

113

X. N. f. pura. 19 años, campesina: después de un interrogatorio
que hace difícil su ignorancia (no sabe el nombre de los meses) avisa-
guamos que por San Juan reglo 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 diflataban también por
la duración, intensidad y presencia de coágulos. Estas hemorragias
la siniaron, con la falta del coroel, para ocultar su estado. Al 8:
mes ingresa en nuestra clínica en donde nada de cierto se dice
siquiera y en donde se toma nota de la falta de encapamiento y
pulsación del puto. El dia 1: de Abril 1902, bien cumplidas las multas
de nubes, se inicia el parto con una hemorragia formidable. La
expulsión calentita y ruptura sobre las membranas por la Sta. Caridad.
Desparece la hemorragia terminando el parto y alumbra
ninho espontáneamente. Niño es O III desprendido en 0:5.
de 2, dos gramos de peso, lactado por su madre en la fuerza
de nuestro cargo. La placentita es un moraico. Inspección al
parto, parcial.

Fin

Admisible
José Donald

Admisible.

Admisible
B. Fernando

A. Alonso Grando

A. Alonso Grando

Martes 29 de Junio de 1902
Verificó el ejercicio del grado de Director
y fue calificado de Aprobado.

M. H. R.
M. R. G.

Bento Fernando

Cajal

Hernández

A. Alonso Grando.