

N. 3269

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Mr. B. 21.6
C. 2

DESPRENDIMIENTO
PREMATURO DE PLACENTA
NORMALMENTE INSERTADO

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

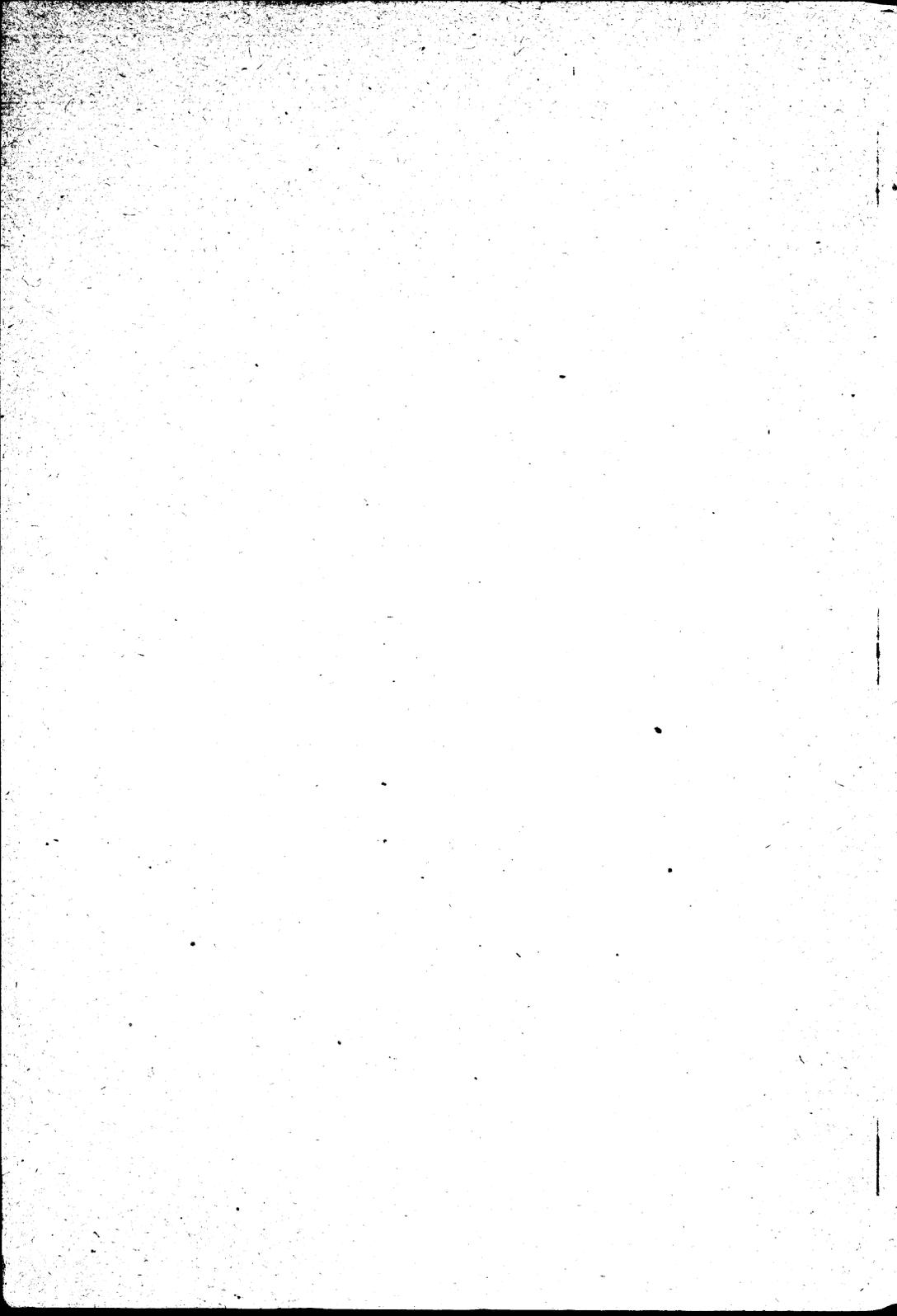
EDUARDO M. BARÓ



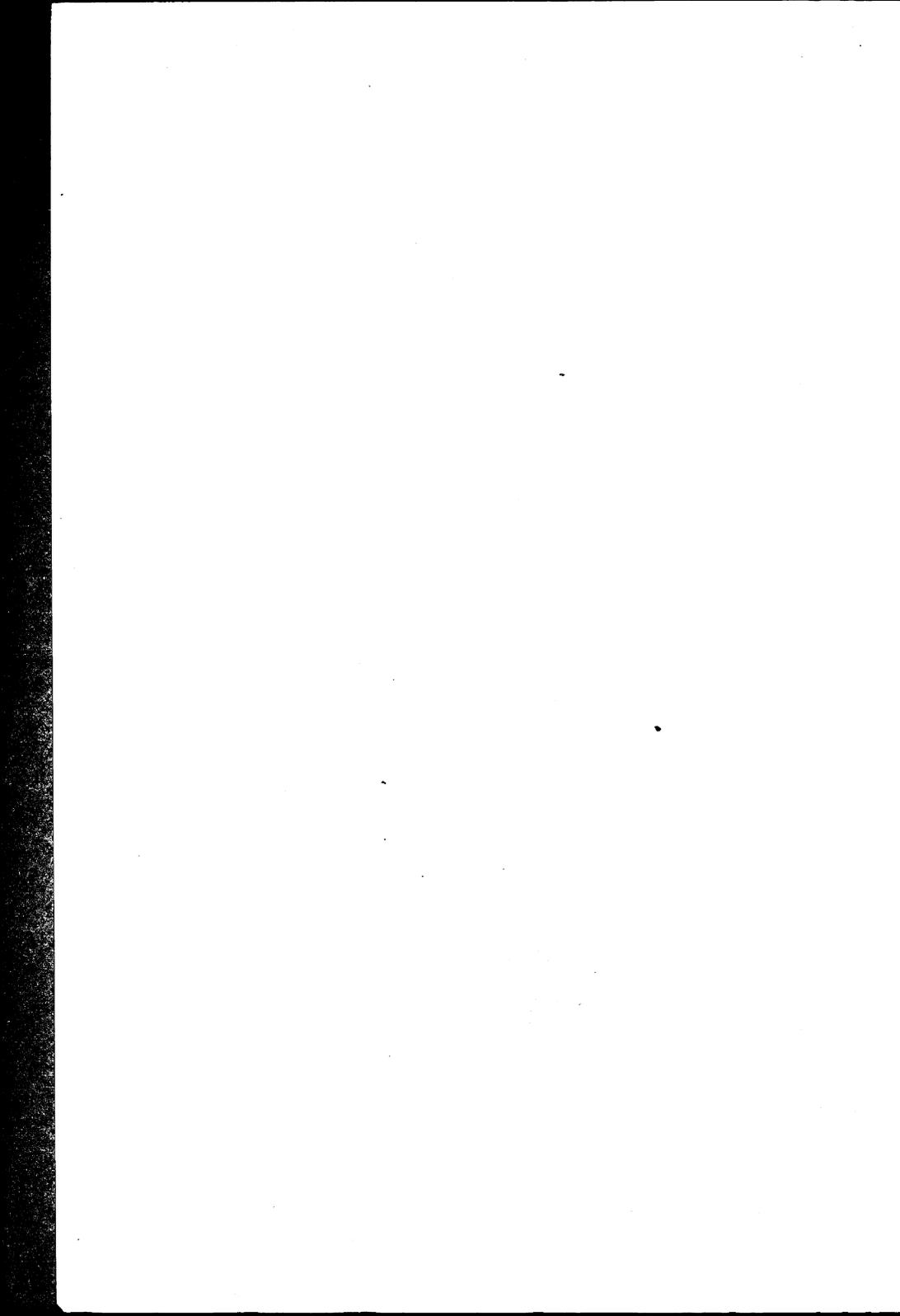
BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151

1917



Desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertado



Año 1917

N. 3269

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DESPRENDIMIENTO
PREMATURO DE PLACENTA
NORMALMENTE INSERTADO

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

EDUARDO M. BARÓ



BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI — CORRIENTES 3151

1917

Handwritten notes:
11/10
11/10

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

Artículo 162 del R. de la Facultad.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

Vice-Presidente

DR. D. DOMINGO CABRED

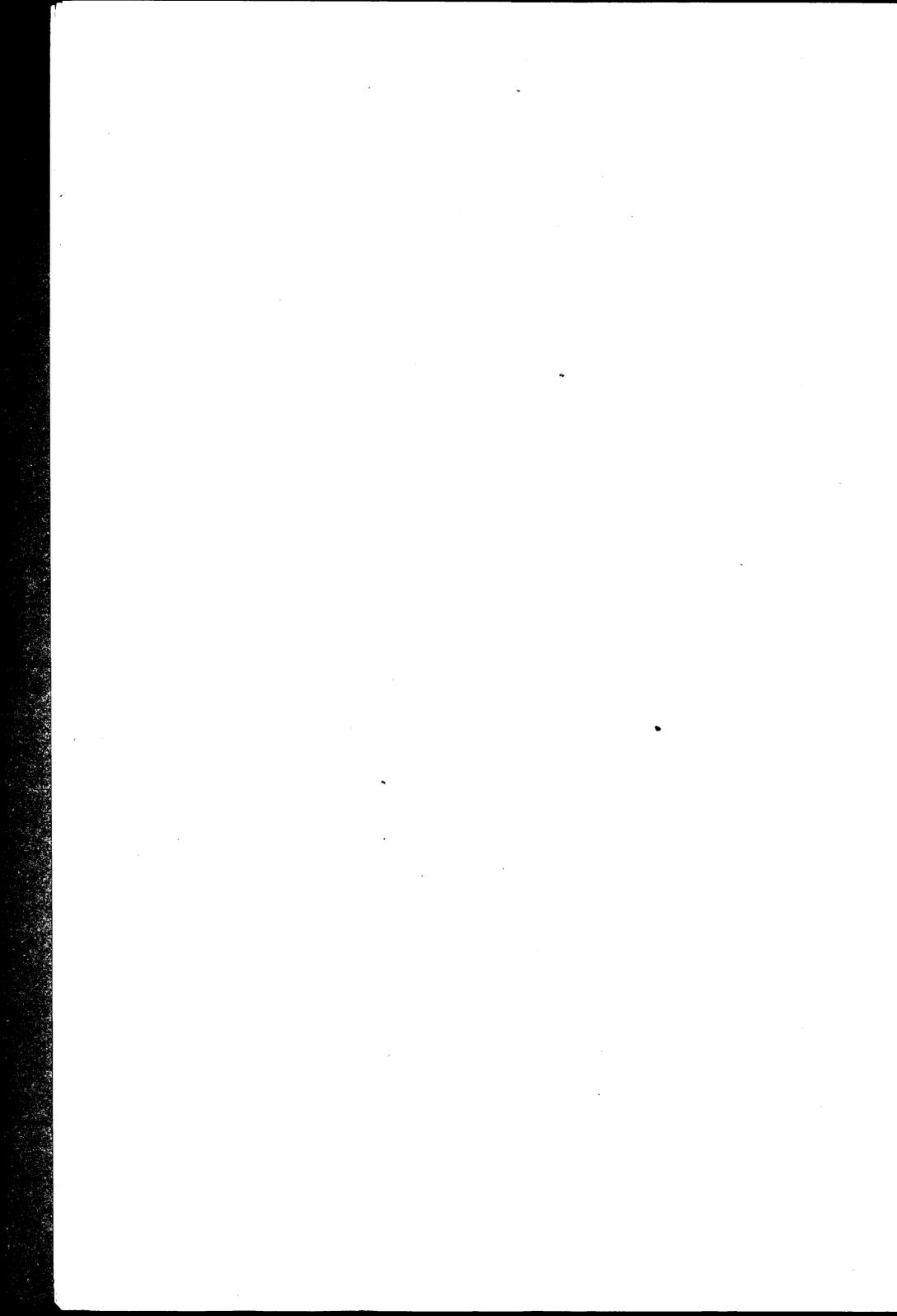
Miembros Titulares

1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSÉ PENNA
5. » » LUIS GÚEMES
6. » » ELISEO CANTÓN
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZTERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL
10. » » HORACIO G. PIÑERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRÁN
14. » » M. HERRERA VEGAS
15. » » ANGEL M. CENTENO
16. » » FRANCISCO A. SICARDI
17. » » DIÓGENES DECOUD
18. » » BALDOMERO SOMMER
19. » » DESIDERIO F. DAVEL
20. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
21. » » DOMINGO CABRED
22. » » ABEL AYERZA
23. » » EDUARDO OBEJERO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

» » MARCELINO HERRERA VEGAS

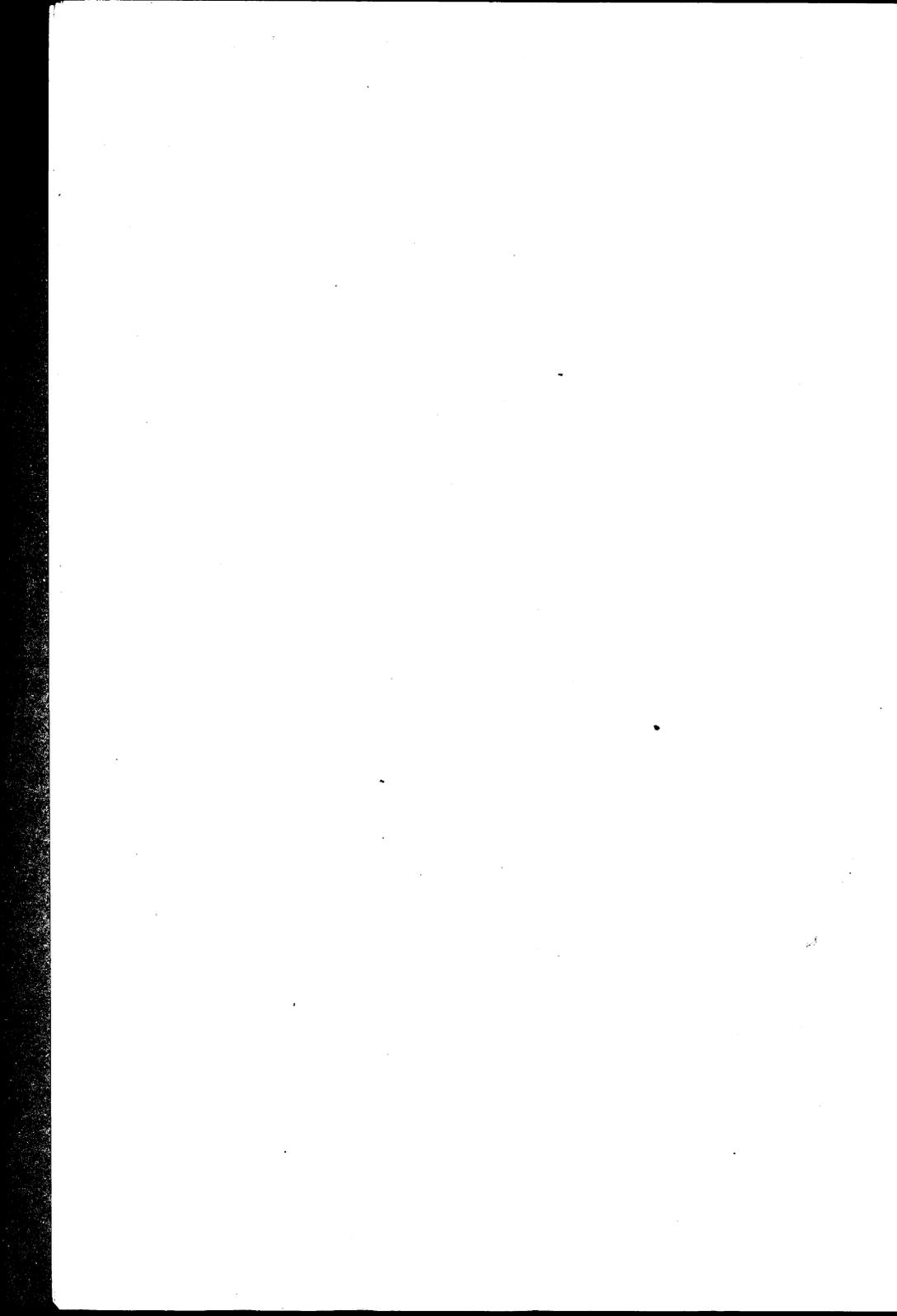


FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. > > EMILIO R. CONI
3. > > OLHINTO DE MAGALHAES
4. > > FERNANDO WIDAL
5. » > ALOYSO DE CASTRO



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRAN

Consejeros

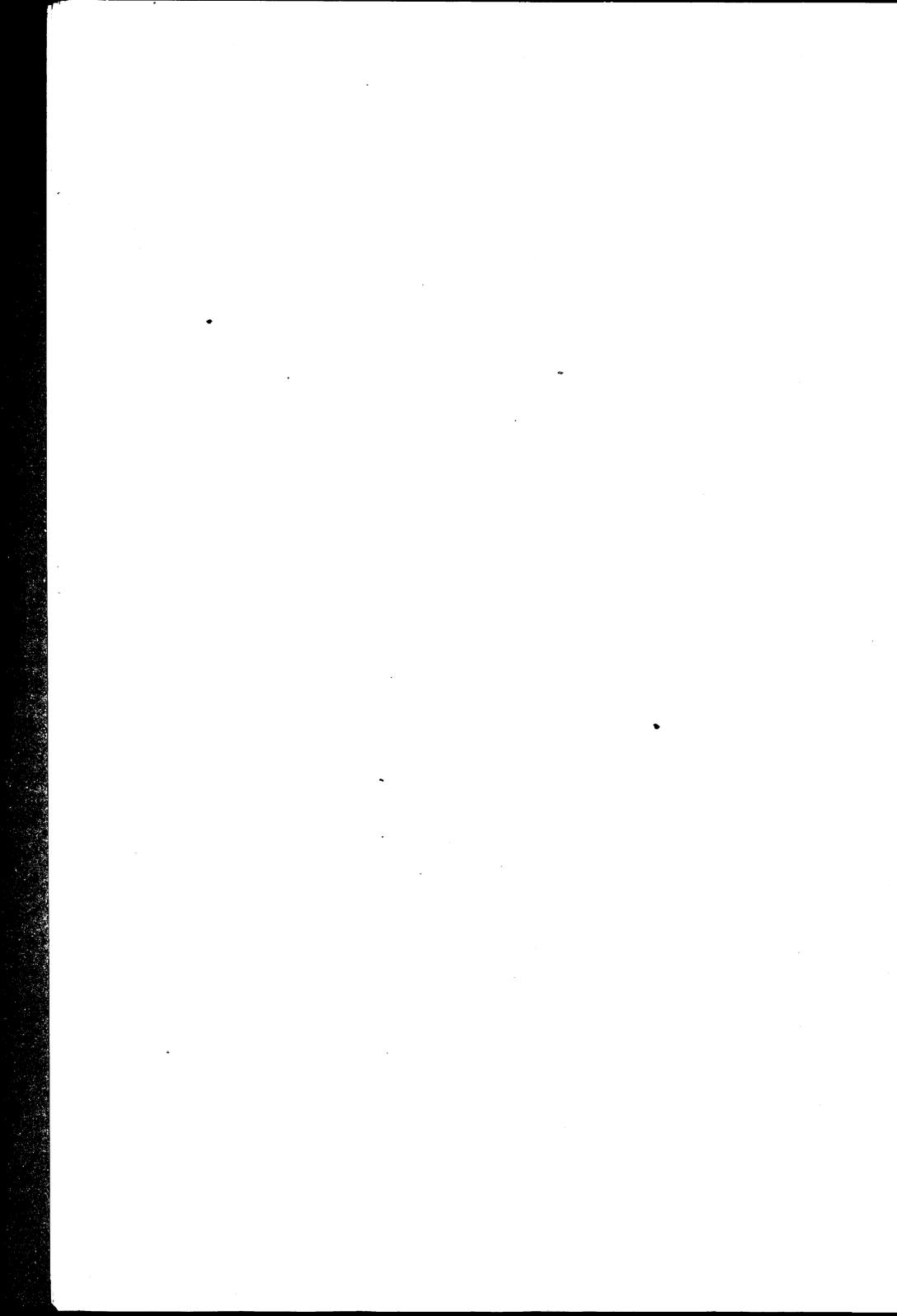
DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

- » » ELISEO CANTÓN
- » » ANGEL M. CENTENO
- » » DOMINGO CABRED
- » » MARCIAL V. QUIROGA
- » » JOSÉ ARCE
- » » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
- » » DANIEL J. CRANWELL
- » » CARLOS MALBRÁN
- » » JOSÉ F. MOLINARI
- » » MIGUEL PUIGGARI
- » » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)
- » » FANOR VELARDE
- » » IGNACIO ALLENDE
- » » MARCELO VIÑAS
- » » PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA

- » » JUAN A. GABASTOU
-



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

» PEDRO N. ARATA

» FRANCISCO DE VEIGA

» ELISEO CANTÓN

» JUAN A. BOERI

» FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURANONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica .	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicio clínico.	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	» TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica..	» BALDOMERO SOMMER
Clinica Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
Clinica Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Oftalmológica.....	(vacante)
	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	» JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
	» JUAN CARLOS DELFINO
Bacteriología.....	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica..	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
	» JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Neurológica.....	» MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
	» JOSÉ T. BORDA
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
	» MANUEL A. SANTAS
	» FRANCISCO LLOBET
Clínica Quirúrgica.....	» MARCELINO HERRERA VEGA
Patología Interna.....	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica..	» ELISEO V. SEGURA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica.....	» GILLESIMO SEIBER
Anatomía descriptiva.....	» SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	» EUGENIO GALLI
Bacteriología.....	» FRANK L. SOLER
Química Biológica.....	» BERNARDO HOUSSAY
Higiene Médica.....	» RODOLFO RIVAROLA
Semiología y ejercicios clínicos.....	» SALVADOR MAZZA
Anatomía patológica.....	» BENJAMIN GALARCE
Materia médica y terapéutica.....	» FELIPE A. JUSTO
Medicina operatoria.....	» MANUEL V. CARBONELL
Patología externa.....	» CARLOS BONORINO UDAONDO
Clinica dermato-sifilográfica.....	» ALFREDO VITON
» Génito urinaria.....	» JOAQUÍN LLAMBIAS
» epidemiológica.....	» ANGEL H. ROFFO
» oftalmológica.....	» JOSÉ MORENO
» oto-rino-laringológica.....	» ENRIQUE FINOCCHIETTO
Patología interna.....	» CARLOS ROBERTSON
Clinica quirúrgica.....	» FRANCISCO P. CASTRO
» Neurológica.....	» CASTELFORT LEGONES
» Médica.....	» NICOLÁS V. GREGO
» pediátrica.....	» PEDRO L. BALBUENA
» ginecológica.....	» JOAQUÍN NIN POSADAS
» obstétrica.....	» FERNANDO R. TORRES
Medicina legal.....	» FRANCISCO DESTÉFANO
	» ANTONINO MARCÓ DEL PONT
	» ENRIQUE B. DEMARIA
	» ADOLFO NOCETTI
	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARTIN CASTRO ESCALADA
	» PEDRO LABAQUI
	» LEONIDAS JORGE FACIO
	» PABLO M. BARLARO
	» EDUARDO MARINO
	» JOSÉ ARCE
	» ARMANDO R. MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» ROBERTO SOLÉ
	» PEDRO CHUERO
	» JOSÉ M. JORGE (H.)
	» OSCAR COPELLO
	» ADOLFO E. LANDIVAR
	» VICENTE DIMITRI
	» RÓMULO H. CHIAPPORI
	» JUAN JOSÉ VITON
	» PABLO J. MORSALINE
	» RAFAEL A. BULLRICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	» MARIANO R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCÍA
	» JOSÉ DETEFANO
	» JUAN R. GOYENA
	» JUAN JACOBO SPANGENBERG
	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» ARTURO ENRIQUEZ
	» JUAN CARLOS NAVARRO
	» JAIME SALVADOR
	» TORIBIO PICCARDO
	» CARLOS R. CIRIO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
	» FAUSTINO J. TRONGÉ
	» JUAN B. GONZÁLEZ
	» JUAN C. RISSO DOMÍNGUES
	» JUAN A. GABASTOU
	» ENRIQUE A. BOERO
	» JOAQUÍN V. GREGO
	» JAVIER BRANDAN
	» ANTONIO PODESTÁ



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc. DR. J. C. LLAMES MASSINI

Segundo año:

Parto fisiológico DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clínica obstétrica DR. FANOR VELARDE

Puericultura DR. UBÁLDO FERNÁNDEZ



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general, Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada.	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada.....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	SR. JUAN A. DOMÍNGUEZ
Física farmacéutica.....	DR. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicoló- gica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicoló- gica (segundo curso) y en- sayo y determinación de drogas.....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ
Asignaturas	
Técnica farmacéutica.....	SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razonadas.....	» PASCUAL CORTI
Física farmacéutica.....	» OSCAR MIALOCK
Farmacéutica.....	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica.....	SR. PEDRO J. MÉSIGOS
Química analítica.....	» LUIS GUAGLIAMELLI
Química inorgánica.....	DR. JUAN A. SÁNCHEZ
	» ANGEL SABATINI
	» EMILIO M. FLORES

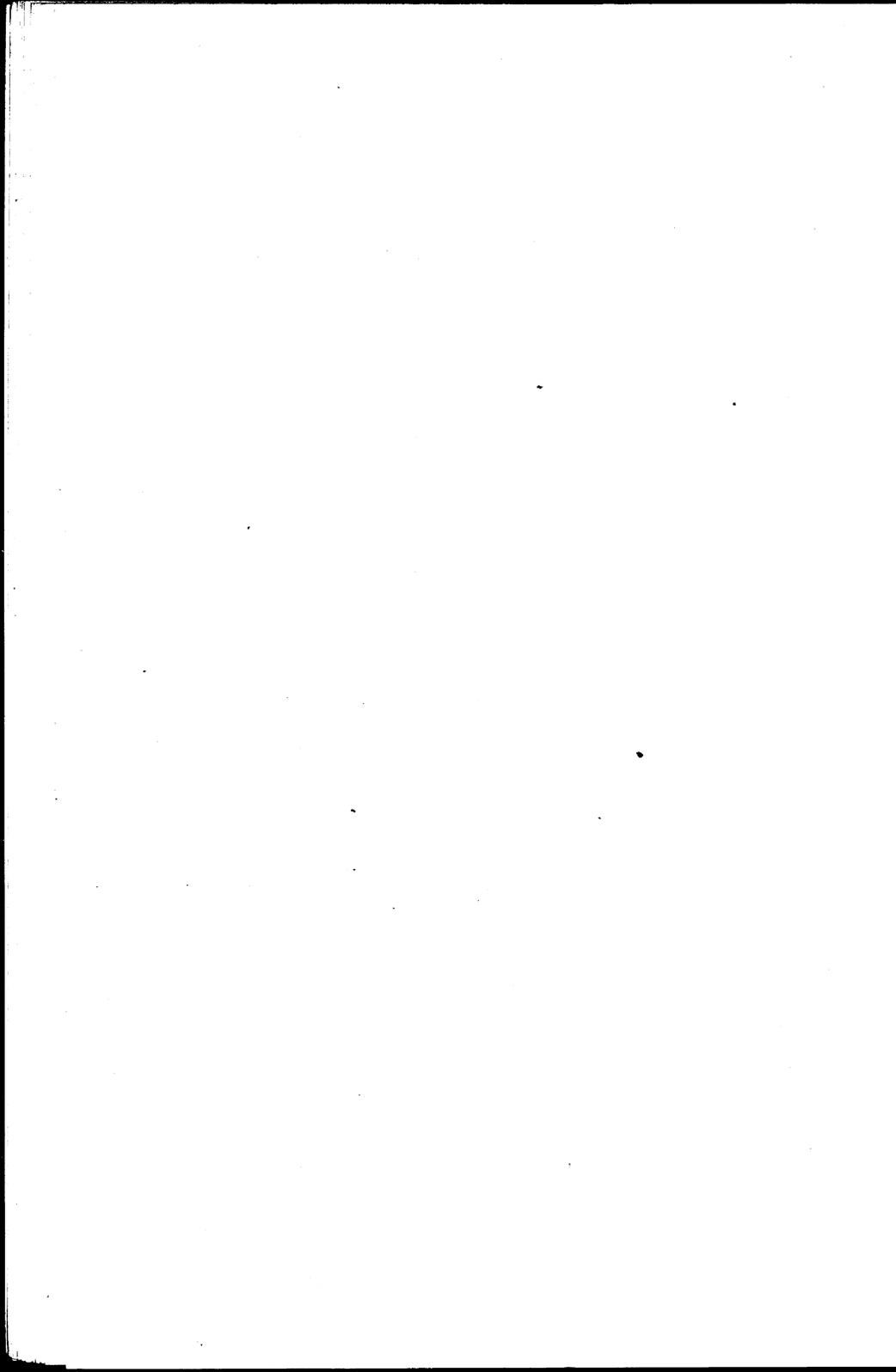


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año.....	» LEÓN PEREYRA
3.er año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos suplentes

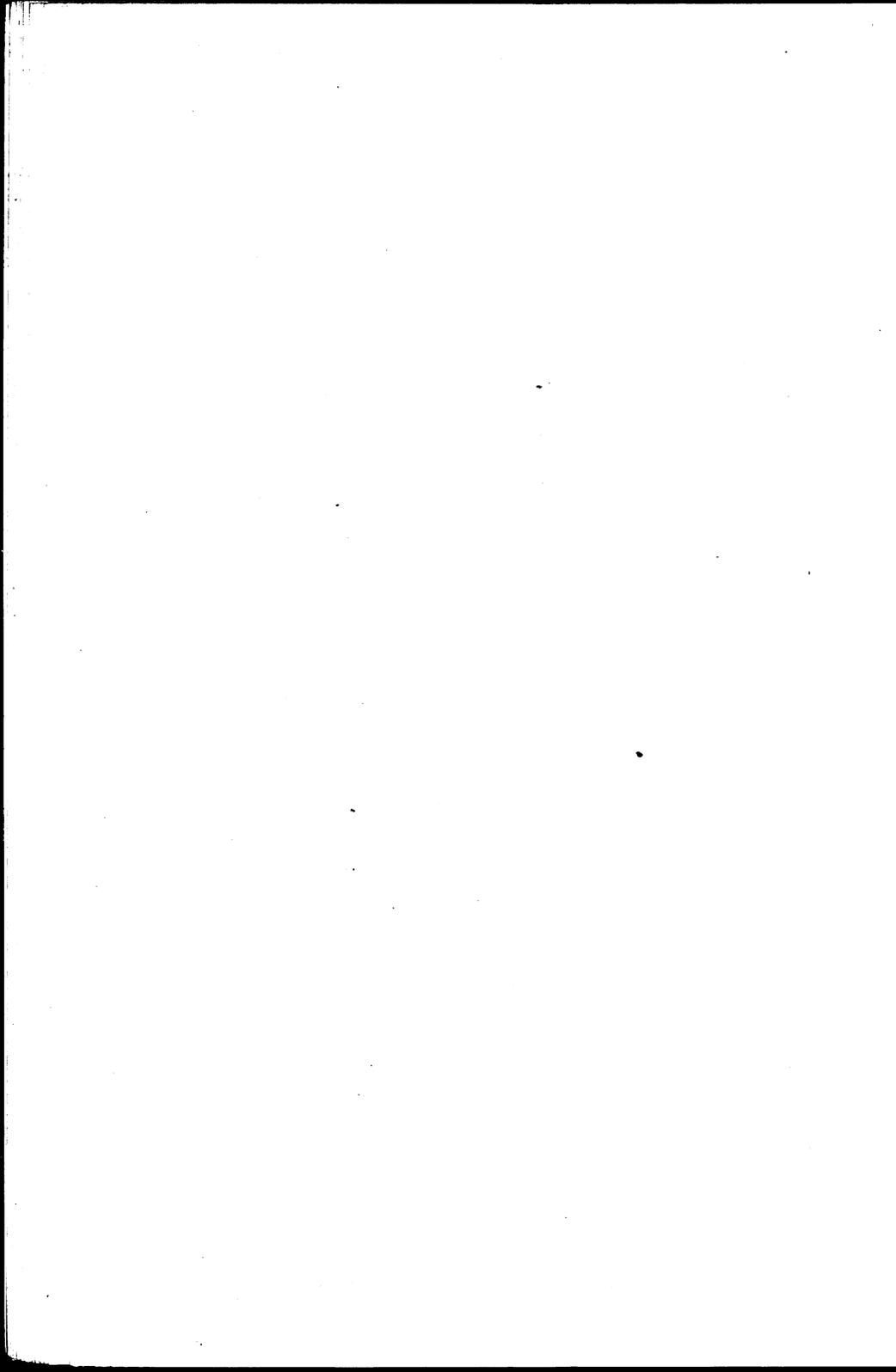
DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMÁS S. VARELA (2º año)
SR. JUAN U. CARREA (Protesis)



PADRINO DE TESIS :

DR. S. MALDONADO MORENO

Médico interno de la Maternidad del Hospital «Ramos Mejía».



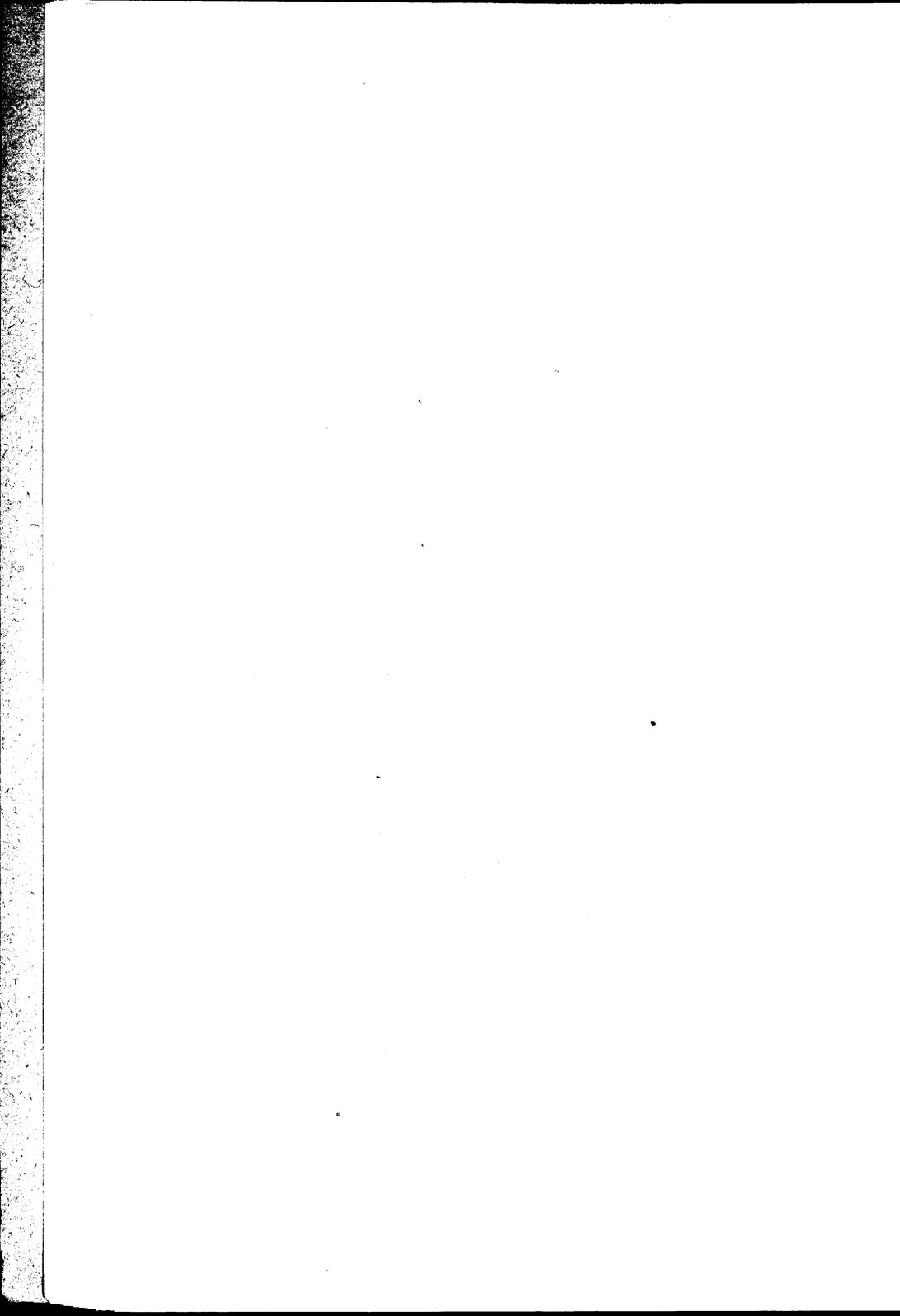
AL DOCTOR TOMÁS A GARZON

Académico y Profesor de Materia Médica y Terapéutica de la Facultad Nacional
de Córdoba

GRATITUD.

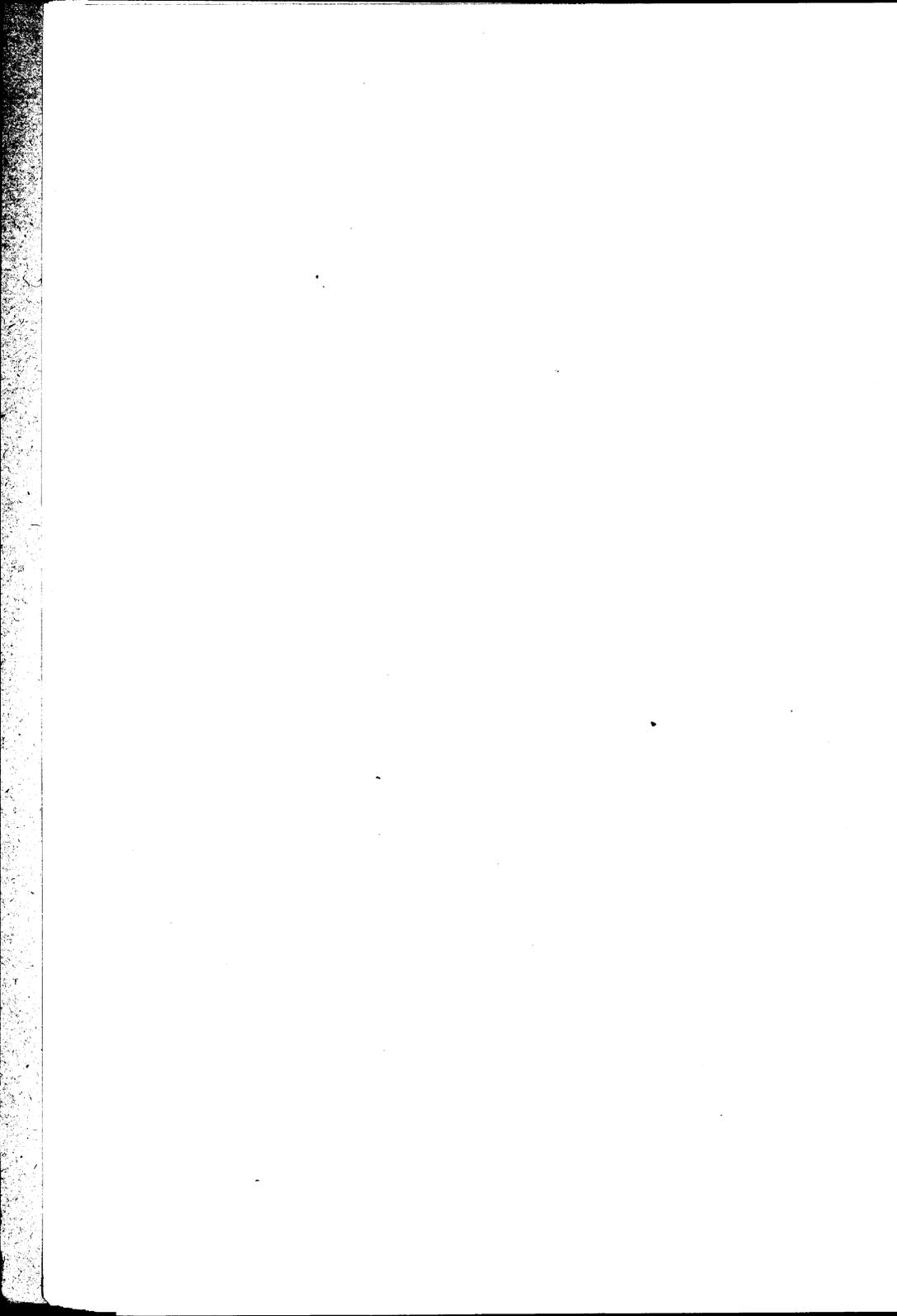
A MIS PADRES

VENERACIÓN.



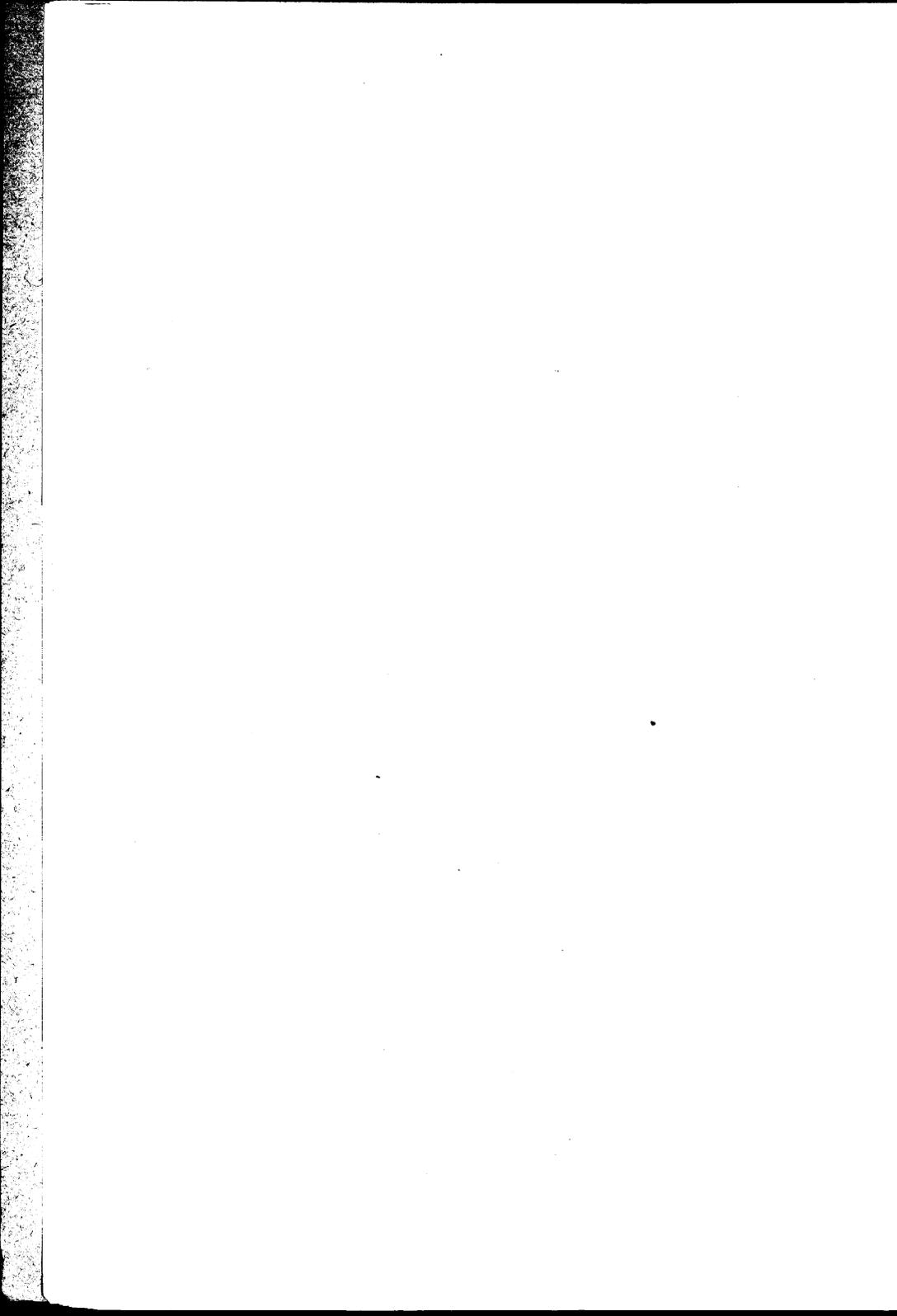
A MI ESPOSA E HIJOS

CARIÑO.



A MIS HERMANOS

A LOS MIOS



A LOS DOCTORES:

ALBERTO MUSANTE

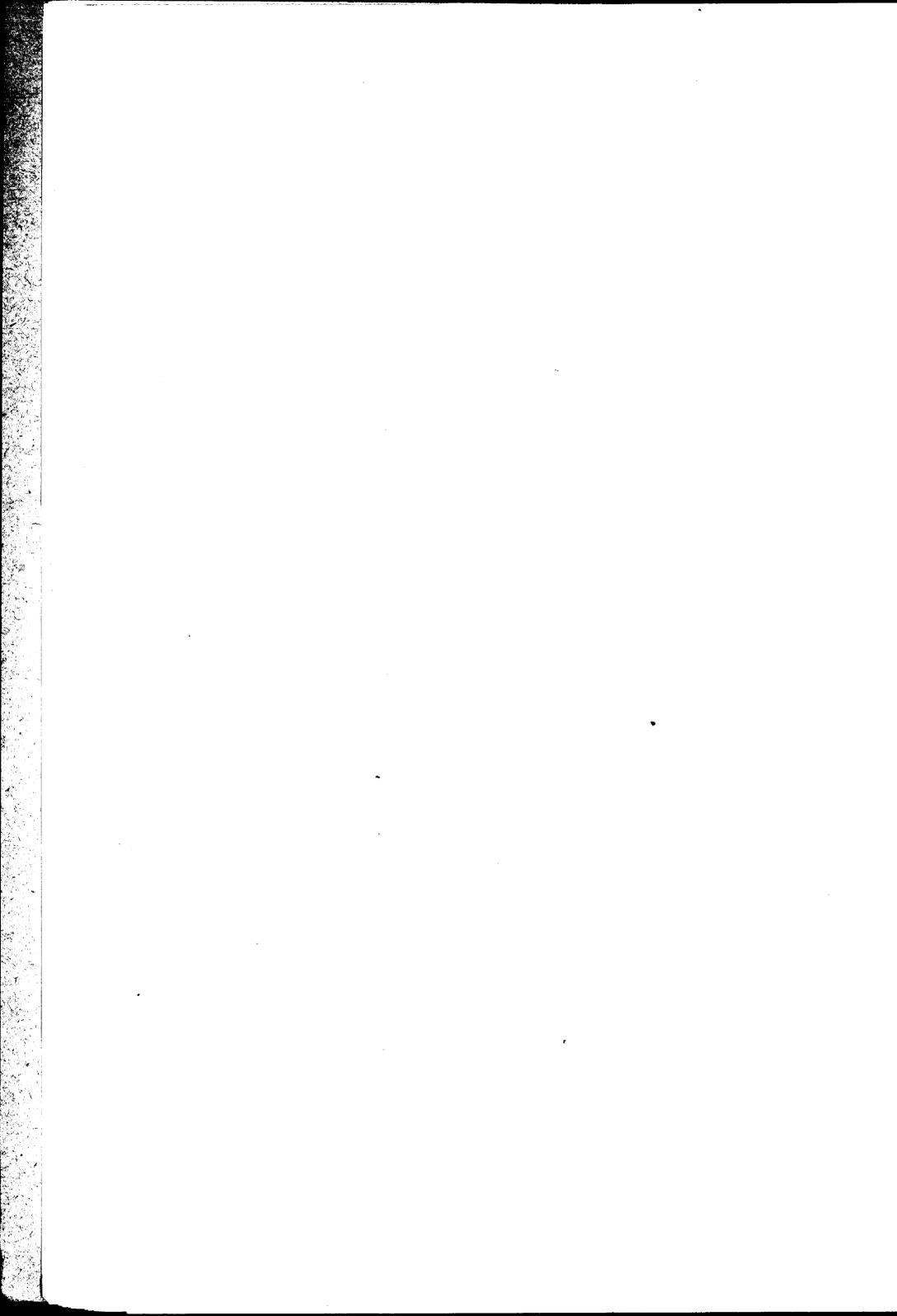
AMADEO SABATTINI

ROBERTO ADARÓ

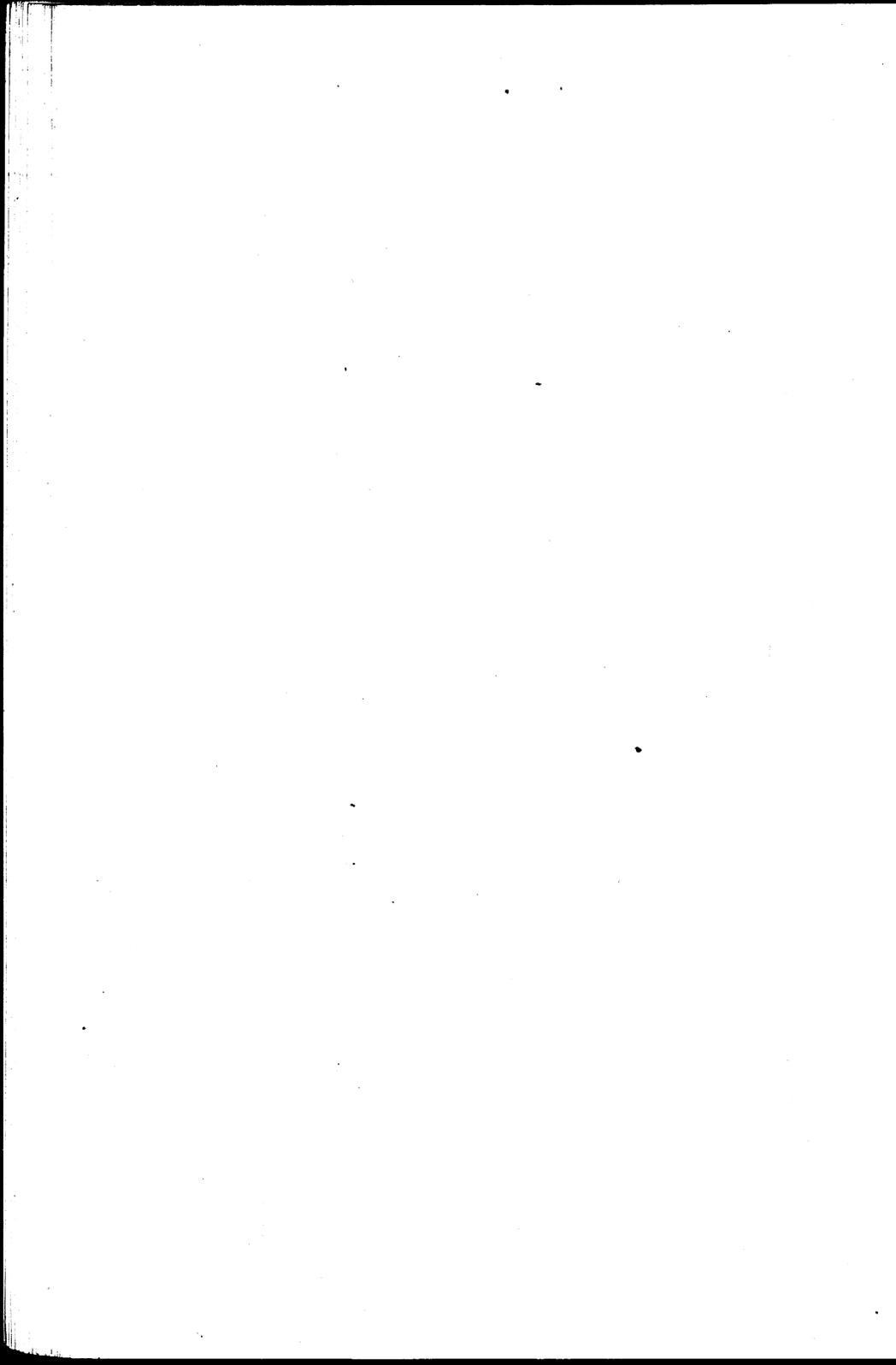
RAMÓN R. BARÓ

A MI PRIMO

FARMACÉUTICO ERNESTO LASERNA BARÓ



A MIS AMIGOS



Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Cumpliendo con las prescripciones reglamentarias de esta Facultad, tengo el honor de presentar a vuestra consideración, el presente y modestísimo trabajo sobre *Desprendimiento prematuro de placenta, normalmente inceptada* a objeto de optar al título de Doctor en Medicina y Cirujía.

Antes de abandonar esta casa, que tantos recuerdos gratos tiene para mí, séame permitido dejar constancia de mi profundo agradecimiento hacia mis grandes maestros por sus sabias y provechosas lecciones.



Histopia

Antes del siglo XVIII, este accidente casi no se conocía, y pasaba comprendido entre las distintas formas de hemorragias a que puede dar lugar el parto o el aborto. Sobre todo, en este último caso, pasaba como aún hoy día sucederá quizá con mayor frecuencia de lo que parezca, completamente desconocida.

Entre los primeros parteros que sospechan y mencionan la hemorragia placentaria, encontramos a Guillemineau (1643) y Primorose (1645).

Pero no es sino al partir de 1781 en que el profesor J. L. Baudelocque, en su célebre tratado «El Arte de los Partos», describe estas hemorragias producidas entre la cara uterina de la placenta y la cara interna del útero, puesto a desnudo, y que pueden permanecer ocultas, encerrada dentro de los bordes todavía adherentes de las membranas.

Esta concepción de Baudelocque encuentra acogida entre los parteros de su época. Se publican nuevos casos y parecía una cosa ya aceptada defi-

nitivamente, cuando aparecen los célebres trabajos de Mme. Lachapella y su colega Mme. Boivin (1818), quienes basándose en la observación de muchos miles de casos, niegan en absoluto la existencia de la hemorragia retro placentaria. A esta opinión se adhiere, poco después, Velpeau.

La autoridad de estos tres autores hacen disminuir el entusiasmo por las teorías sustentadas por Baudelocque.

Sin embargo, algunos años más tarde, otro Baudelocque (A. C.), en 1832, apoyándose en numerosas y concluyentes observaciones, comprueba la efectividad de esta clase de hemorragias inter-útero-placentaria y la formación de una cavidad entre estos dos órganos por rechazo de la placenta, donde se alojaría la sangre derramada.

En apoyo de esta manera de ver y confirmando estas observaciones, Jacquemier, en 1846, publica, en su Manual de Partos, otras parecidas y clasifica estas hemorragias en internas y mixtas, es decir, que pueden permanecer ocultas o abrirse paso al exterior, desprendiendo las membranas.

Trata además y en la misma época que Cruveilhier, de la etiología de esta afección y atribuyen su causa, en gran parte, a la albuminuria, que, así como puede producir hemorragias en distintos órganos (hígado, riñón, cerebro, etc.), podría producirlo en la placenta.

Chantreuil, muestra bien pronto, que estas lesiones apoplégicas, pueden impedir la nutrición del feto y provocar el aborto o parto prematuro, por decolamiento de la placenta.

Todos estos trabajos se ven corroborados más

adelante por las publicaciones hechas por muchos y distinguidos autores, tales como Braxton Hick (1880), Goodell (1870), Winter (1889), y en Francia por los trabajos de Tarnier (1888) y Mme. Henry (1891), que prueban hasta la evidencia la existencia de esta afección, nos dan su etiología, su anatomía patológica, y sobre todo, nos hacen ver la gravedad que entrañan.

Todo esto, en contra de las célebres publicaciones que, en 1878, había hecho Stoltz, y que calificaba al accidente de Baudelocque como basado en pura teoría, que en la práctica no era dado observar.

Pinard y Varnier, en 1892, describen esta afección en todas sus manifestaciones, y establecen que un lazo muy estrecho, unía la albuminuria a la hemorragia placentaria, y que, a su vez, esta hemorragia jugaría un rol principal en el parto prematuro de las albuminúricas. De esta opinión fueron Fehling, Wiedow, Rossier, Charpentier, etcétera.

La célebre tesis de Rouseau-Dumarcet, que trata, sobre todo, de la etiología, y deja sentada la causa de estas hemorragias, la albuminuria, sobre todo, y la brevedad del cordón.

Baker, 1891, atribuye el desprendimiento prematuro de la placenta en cinco casos observados, a una degeneración del tejido placentario. Al mismo tiempo, publica varios otros, que atribuye a una endometritis gonocócica.

El año 1895, Fehling publica la importancia que puede tener el gonococo, en la producción de

esta hemorragia, a la que puede dar lugar sin que haya lesión del riñón.

Maslowsky observa casos parecidos que publica en 1896, señalando la influencia de la endometritis decidual gonorréica.

M. Guerin Valmale (de Montpellier) trata de la influencia de la ruptura prematura de las membranas, y da indicaciones sobre el momento de intervenir y la influencia que puede tener sobre la hemorragia la cabeza del feto, cuando está encajada.

Lehman, en 1898, se ocupa del hidramnios, como causa etiológica, ya mencionada por Barnhein, en 1893.

En 1904, G. Guicciardi, trata de la anatomía patológica, y señala las alteraciones de la placenta, en el curso de la albuminuria gravídica.

El mismo año, G. Shickelé, hace estudios histológicos, y escribe sobre las alteraciones de la caduca, los depósitos de fibrina, sobre todo, comprueba la trombosis de los espacios intervellousos y, en 1905, Biacardi insiste sobre la importancia del examen histológico, como un medio de llegar a un diagnóstico etiológico, cuando la causa no se encuentra.

A. Leroux (1905) publica un estudio sobre la ruptura del seno circular, capaz de confundirse con un desprendimiento prematuro de placenta, a la que, por otra parte, puede dar lugar.

Bar, hace notar las lesiones celulares del riñón y del hígado, en los casos de hemorragia retro placentaria.

Crasson F., estudia, en su tesis de 1906, las

diferentes causas etiológicas y la posibilidad en los casos difíciles, de llegar a un diagnóstico por el dosaje de la hemoglobina.

J. Gařtou, en su tesis de Lyon (1906), trae un estudio completo, en que trata de la sintomatología, e insiste sobre el pronóstico fatal para el niño y siempre grave para la madre. Trae también importantes indicaciones sobre la anatomía patológica y el tratamiento, aunque agregando muy poco a lo ya conocido.

A. Chevaldycheff (1907), escribe sobre la eficacia de la cesárea vaginal, en los casos de hemorragias graves retro placentaria.

M. Lepage (1908), hace resaltar la necesidad de intervenir urgentemente, cuando se produce esta clase de hemorragia.

El mismo año, J. P. Hartmann, de Copenhague, trata del rol de las nefritis en la mayoría de los casos, sin negar en otros un origen mecánico. Trata además de la dificultad del diagnóstico, cuando la hemorragia es puramente interna.

Fabre y Gonnet (1910), atribuyen dos casos por ellos observados, a una endometritis alveolar. Señalan también la influencia que puede tener la endarteritis específica.

Couvelaire, en 1911, pone de relieve la apoplejía útero placentario, en dos casos que él ha observado.

Por último, el doctor Essen Möller, se destaca entre los autores europeos contemporáneos, por sus trabajos que son de los más completos.

Entre nosotros, no son muchos, los que han tratado este tema.

El primer autor nacional que lo menciona, es el doctor Enrique A. Boero, que, en 1907, en la revista argentina titulada «Revue de la Clinique Obstetricale et Gynecologique» (Julio y Agosto), publica, en la página 172, los dos primeros casos de desprendimiento prematura de placenta, normalmente insertada, y que fueron observados en la Clínica Obstétrica del Hospital Ramos Mexías; el primero, el 5 de Marzo, y el segundo, el 10 de Abril, de ese mismo año.

Es el primero, además que estudia la disminución del líquido amniótico, que se observa en muchos casos.

El 22 de Agosto de 1908, este mismo autor, expone una conferencia en la Asociación Obstétrica Nacional, sobre el mismo tema, donde, entre otras muchas consideraciones, señala y estudia un síntoma importante, que denomina «Pulso Paradojab», y que es común encontrar en estas enfermas.

En 1908, el doctor Gabastou, en su tesis al doctorado, estudia este accidente, dándole el nombre de «Accidente de Baudelocqué».

Por último, nuestro distinguido profesor de Clínica Obstétrica, doctor Enrique Zárate, el año 1914, publica en los «Anales de Gynecologie et D'Obstetrica», de París, bajo el título de «Decollement du Placenta Normalmente Inséré et Eclampsia», dos casos de apoplejia útero-placentarias, seguida de muerte.

Etiología y Patogenia

Numerosas son las causas a las cuales se les ha creído, con más o menos fundamento, capaces de dar origen al desprendimiento prematuro de la placenta.

Pasaremos, someramente, en revisia algunos de ellos.

El estado patológico de la mucosa uterina, la endometritis, sea puramente local o relacionada a una enfermedad general, tal como la tuberculosis, sífilis, diabetes, etc. Maslowsky señala un caso, en que él mismo pudo encontrar el gonococo al nivel de la caduca enferma.

El paludismo, las afecciones cardiacas, etc., se les ha creído causas eficientes para poder producir por sí sola, la hemorragia placentaria.

El músculo uterino mismo, en ciertos estados patológicos, propios de este órgano, podría ser el origen de la hemorragia que habría de separar la placenta, de su cara interna. En casos análogos, Bar ha demostrado, que todas estas mujeres presentaban lesiones del hígado y de sus

riñones, que eran albuminúricas, en mayor o menor grado, pudiendo manifestarse esta albuminuria, en unas con ataques eclámsicos, y en otras pasar con sintomatología menos aparatosa, y aún sin ella, constituyendo ese grupo que Brindeau denomina «eclámsicas sin crisis.»

El hidramnios, también se ha mencionado por muchos autores, como causa eficiente que podría dar lugar a la hemorragia retro placentaria, sobre todo, el hidramnios agudo, a causa de su rápida formación.

He aquí la forma como se produciría este accidente:

Ai distenderse el útero, a causa del líquido que se acumula dentro de su cavidad, la placenta, a pesar de ser un órgano elástico como aquél, lo seguiría en su distensión, pues debido a estar formada por lóbulos aislados, éstos podrían separarse hasta un límite bastante extendido, sin sufrir mayormente en sus relaciones con la pared uterina, sobre todo, cuando la distensión de este órgano se efectúa con lentitud.

Pero si sobreviene una dilatación rápida, o si los lóbulos están adheridos entre ellos por tractus fibrosos, o por cualquier proceso inflamatorio, que impida su separación, la placenta no podrá seguir en su excursión a la pared uterina, rompiéndose los puntos de adherencia entre estos dos órganos, trayendo, como consecuencia, la hemorragia, la que sin ser muy grande en su principio, podría contribuir también al decolamiento placentario.

A la inversa, cuando el útero hidrámnico, su-

fre una descompresión rápida, cual puede suceder después de la ruptura de la bolsa de las aguas, en que el líquido se precipita al exterior, el útero, órgano elástico, por excelencia, se retrae con una rapidez que no puede tener la placenta, trayendo, al decir de algunos autores, su desprendimiento, con la hemorragia y todas sus consecuencias.

El traumatismo. es otra causa, sobre cuyo rol, en la patogenia de esta afección, quizá se halla exagerado algo, como agente capaz por sí solo de producir un desprendimiento prematuro. Un traumatismo, de cualquier naturaleza que sea, una caída sobre el vientre, un golpe dado sobre el abdomen, una patada de un caballo, el chocar contra un cuerpo anguloso, podría, según opinión de muchos, producir el desprendimiento de la placenta, sin lesionar mayormente la pared del abdomen ni el cuerpo del útero, de la misma manera que una contusión en el hipocondrio derecho, puede desgarrar el hígado, sin lesionar la pared.

Como un traumatismo podría considerarse el efecto producido por un esfuerzo brusco, como podría ser el hecho de levantar un cuerpo pesado, saltar desde un lugar elevado, el acto de defecar, y del mismo modo obrarían las emociones en general, cólera, terror, etc. En estos casos, el efecto sería debido a la contracción brusca de los rectos abdominales sobre el útero, que obrarían a la manera de un traumatismo.

El Dr. Gabastou, en su tesis al doctorado (1908), cita un caso observado por Bonnaire, en que se

produce el desprendimiento de la placenta a consecuencia de la emoción sufrida por la paciente, al presenciar la amputación de un dedo. Sin embargo, el mismo doctor Gabastou se pregunta, y con mucha razón, si no podría ser esta mujer una albuminúrica.

A la teoría del origen traumático de estos accidentes en mujeres embarazadas, sin ningún otro proceso morboso, se le ha hecho muchas y fundadas objeciones, pues siendo los traumatismos que pueden sufrir estas mujeres, relativamente frecuentes y en todas las formas, llama la atención que se observe tan raramente en ellas el desprendimiento prematuro de la placenta.

Por otra parte, la gran mayoría de los casos observados, corresponden a mujeres en cuyo anamnesis, no figura el traumatismo, y aun en muchas que habianlo sufrido, en una u otra forma, un examen atento de sus orinas, ha constatado la presencia de albúmina en mayor o menor cantidad.

La brevedad del cordón, brevedad que puede ser real o accidental, es otra causa capaz de provocar el accidente de que tratamos.

Sabido es, que la brevedad del cordón, puede llegar hasta no tener sino muy pocos centímetros, y, aún se han señalado cordones que tenían tan sólo uno. O bien; un cordón normal, puede sufrir un acortamiento sensible de muchos centímetros, a causa de circulares que pueden envolver al feto, ya sea por el cuello o por alguno de sus miembros.

Ahora bien; un feto en estas condiciones, con

un cordón corto o acortado, y animado de una fuerza impulsiva que puede ser notable hasta el extremo de rechazar la mano que lo palpa, puede y se explica, tironeando la placenta, por medio de este cordón, que por su brevedad le impide seguir su ruta normal, o sus desplazamientos, desprenderla en una mayor o menor extensión.

Este cordón, como se comprende, podrá estar insertado sobre el borde superior de la placenta o sobre su borde inferior. En el primer caso y en igualdad de condiciones, fácilmente se comprende que el desprendimiento y, por lo tanto, la hemorragia, será mayor que en el segundo. En este último, es decir, cuando el cordón se encuentra insertado en su borde inferior, el desprendimiento de la placenta puede ser tan tímido, que no entrañe un peligro serio para el niño, que puede seguir viviendo a expensas del resto placentario, y menos para la madre.

La brevedad del cordón, como causa única capaz de traer un desprendimiento prematuro de placenta, ha sido en todo tiempo aceptada.

Ya Mauriceau, se mostraba partidario de esta manera de ver, y creía que un cordón corto por cualquier causa, podría traer un desprendimiento placentario. Este autor escribe: «He observado que la longitud del cordón estaba muy acortada por varias vueltas que envolvían a veces el cuello del niño, haciendo que este tironeara la placenta a donde estaba atado, lo que produciría su desprendimiento de la matriz, causando entonces la hemorragia, que será tanto o más abundante cuanto mayor ha sido el desprendimiento.»

El Dr. Boero cree, que la brevedad del cordón no dejaría de ser una causa eficiente, sobre todo, si la relación entre la caduca y la pared uterina, se encuentra debilitada por una endometritis de cualquier naturaleza.

El profesor Essen Möller no acepta que la brevedad del cordón pueda por este solo hecho desprender la placenta, puesto que tironeando de él, en todos los casos, se rompería antes que desprenderla.

En los partos gemelares, también es dado observar el accidente de Baudelocque, sobre todo en la segunda placenta. En opinión de muchos autores, se observaría el desprendimiento de la segunda, cuando está adherida a la primera por tractus fibrosos, o por cualquier otra causa. En este caso sucedería más o menos lo que con un cordón breve. La segunda placenta sería tironeada por la primera, que la desprendería de sus inserciones uterinas, lo que traería la hemorragia y la muerte del feto.

Sin embargo, es probable que la acción sea más compleja, y que se reúnan varios factores. El Doctor Boero cree que obraría la retracción, y sobre todo las enérgicas contracciones del útero que suceden a la salida del primer feto, sobre todo dice, cuando este se halla mal acomodado.

Albuminuria.—Pero sobre todas las causas que acabamos de enumerar, y la que debe temer y buscar siempre el médico si quiere evitarse sorpresas desagradables, está la albuminuria.

Es en la mujer albuminúrica, con o sin mani-

festaciones de tal, con edemas, con zumbidos de oídos, con ataques eclámpicos, con hemorragias viscerales, o sin ellas, que se observan en mayor número de desprendimiento prematuro de placenta. Y probablemente en la mayoría de aquellos casos que antes se inclinaron al paludismo, al traumatismo, afecciones cardíacas, y a muchos otros estados morbosos ya señalados, probablemente digo, en todos estos casos, un examen atento de estas mujeres y de sus orinas, hubiera mostrado quizá, en cada una de ellas, otras tantas albuminúricas.

La albuminuria, permanente o transitoria, Bríctica o debida simplemente a una intoxicación gravídica, es común en las embarazadas, pudiendo producir en unas los fenómenos aparatosos de un eclampsia y en otras pasar en estado latente hasta que una hemorragia placentaria, viene a ponerla en evidencia.

Brindeau y Nattan Larrier, piensan que la mayoría de las hemorragias retro-placentarias, pueden ser consideradas como una forma frusta de eclampsia puerperal, lo que viene en apoyo, del origen etiológico común, en estas dos afecciones.

¿Cómo obraría la albuminuria para provocar estas hemorragias retro-placentarias, y por ende el desprendimiento de este órgano de la pared uterina?

Probablemente de dos maneras: intoxicando el organismo y aumentando la presión sanguínea.

Por causa de la primera, la caduca se encuentra enferma, los vasos placentarios, sufrirían una alteración real de sus paredes que se tornarían

friables, perderían su elasticidad y no pudiendo luchar contra la presión interna aumentada, es decir por la segunda de las causas apuntadas, la hipertensión sanguínea, terminarían por desgarrarse, dando lugar a hemorragias más o menos abundantes, en diferentes sitios de la placenta, contribuyendo a formar, bien núcleos hemorrágicos, hemorragias difusas o francamente una hemorragia retro-placentaria.

La cantidad misma de la hemorragia puede depender de los obstáculos que encuentre para extenderse, y es indudable que quien puede oponerse mejor a la difusión, es la caduca, la cual podría contribuir a circunscribir la hemorragia dentro del tejido placentario lo que constituiría la «Apo-plegía Placentaria.»

La influencia de la hipertensión sobre las hemorragias placentarias y como causa del desprendimiento prematuro de la placenta, ha sido estudiada por muchos autores, entre los cuales puede figurar Ballautyne (1885), Vinay (1894), Vaquez y Nobecourt (1897).

Éstos autores han demostrado que la hipertensión precede siempre los accesos eclámpicos y que ella permite prever su inminencia, fuera de otros síntomas prodrómicos que pueden faltar, o pasar desapercibidos.

La existencia de la hipertensión, estudiada por Saratoff, Chapón Reynaud, ha sido confirmada por Pinard (1900) para quien «la hipertensión es la regla de las albuminúricas gravídicas.»

Wallich, sostiene que las hemorragias placentarias resultan de la hipertensión vascular, que

obra mecánicamente sobre la parte menos resistente de los vasos de la madre, los lagos sanguíneos.

El Dr. A. Blain en su tesis de 1908, llega a la conclusión, de que «no es sino en las mujeres albuminúricas, con hipertensión, que ellos han encontrado focos hemorrágicos, antiguos o recientes, al nivel de la placenta» y en su tesis de 1912 M. Bruslon, dice: «es necesario en todas las mujeres embarazadas albuminúricas, vigilar periódica y regularmente la tensión del pulso, como se vigila el análisis de las orinas, establecer una cura de desintoxicación por el régimen purgante, y si es necesario, practicar una sangría, antes que la hipertensión cause la hemorragia placentaria.»

Como una causa rara, de desprendimiento de placenta, está la observación sexta, que publicamos, y que ha sido observada hace pocos días en la Clínica Obstétrica del Hospital Ramos Mejía, y que actualmente lo tiene a estudio, nuestro distinguido padrino de tesis, Dr. Maldonado Moreno.

Se trata de un caso, que según todas las probabilidades, el desprendimiento de la placenta, es debido a la resistencia grande, de las membranas, rechazadas por el feto en presentación pelviana, animado de una fuerza impulsiva notable. La resistencia de las membranas, impedía que el parto se llevara a cabo, para lo cual hubo necesidad de romperlas artificialmente.

El desprendimiento de la placenta, se produjo

en los últimos momentos del trabajo por lo que el feto sale con vida, sin haber sufrido mayormente.

Anatomía patológica

Pasaremos en revista, rápidamente, las distintas lesiones que pueden encontrarse en la placenta y en el cuerpo uterino, en los diferentes casos de hemorragia retro-placentaria.

Al examinar una placenta por su cara uterina, se comprueba muchas veces, que su coloración es normal, sin que a simple vista no se encuentre nada que pueda hacer pensar en una hemorragia. Sin embargo en la inmensa mayoría de los casos, se nota que uno o varios cotiledones sobresalen del nivel de los demás, y esta salida, en muchos casos puede ser notable. Otras veces la caduca se encuentra desgarrada en un punto culminante del núcleo, por donde se ve escapar, coágulos negruzcos.

Estos núcleos no son fáciles de percibir a la palpación, cuando aun la placenta no ha sido incidida. Es necesario tomarla entre los dedos palpando al mismo tiempo sus dos caras, fetal y uterina. Se nota de esta manera algunos cotiledones más duros que los demás, siendo precisa-

mente los que han sido atacados de hemorragia nodular.

En los cortes placentarios, es fácil conocer los caracteres de estos nucleos hemorrágicos y de observarlos en diferentes períodos de su evolución. Se observan algunos que ocupan el centro de los cotiledones, más aproximados a la cara uterina que a la fetal, no estando separados de la caduca, sino por una delgada lámina de tejido placentario. Su volumen es variable desde un nucleo de cereza al de una nuez. Su coloración oscila del rojo oscuro al negro, constituyendo la placenta que Pinard denomina «truffé», debido a su aspecto característico.

Algunas veces de estos nucleos parten prolon- ciones, que irradian hacia los tejidos vecinos, pero generalmente sus límites son netos. Tales son los caracteres cuando los nucleos hemorrá- gicos son recientes.

Cuando son más antiguos, se presentan de una consistencia dura y elástica, aplastan al tejido placentario en su periferia, formando una especie de casco, de donde es fácil enuclearlo.

A medida que el nucleo envejece, su tamaño disminuye y su consistencia aumenta, aparecien- do formado por un tejido fibrilar, que cruje bajo el filo del bisturí. Están fuertemente adheridos al tejido placentario, y su enucleación se torna difícil.

Otras veces la hemorragia no es visible sino después de seccionar la placenta, encontrándose entonces anchas zonas de congestión, donde las vellosidades están disociadas por la sangre que

se ha coagulado en ellas. Tomando el tejido entre los dedos, el coágulo se escapa, presentando el aspecto de gelatina de grosella.

Tal estado se debe a las hemorragias difusas de que es asiento la placenta.

Sin embargo este estado, parece ser más frecuente en la eclampsia aguda, con tendencia a la forma convulsiva. No es raro en efecto encontrar en estos casos, núcleos hemorrágicos, pero la placenta está muy congestionada, y cuando se le comprime, deja escapar una sangre negra, siruposa.

La hemorragia retro-placentaria, según Essen Möllen, podría ser considerada como un núcleo hemorrágico gigante, que hubiera desprendido varios cotiledones, formando entre la placenta y la pared uterina una especie de bolsa, donde se alojaría la sangre derramada y donde se coagularía.

Cualquiera que sea la forma de la hemorragia, la porción de la placenta desprendida, puede variar enormemente, en cuanto a sus formas y dimensiones, desde el tamaño de un cotiledón o aun de una parte del mismo, al de la totalidad de la placenta, encontrándose ésta, en este último caso, completamente desprendida.

Sucedé a veces que la placenta sólo es desprendida en su parte central, quedando sus bordes adheridos a la pared uterina, formando un saco cerrado por todas sus partes, donde se aloja la sangre, que de esta manera, no podrá derramarse al exterior y dando lugar por lo tanto a una hemorragia puramente interna.

Otras veces la hemorragia no queda circuns-

crita en este espacio, sino que desprendiendo las membranas en toda su extensión, se abre una vía hacia al exterior, mostrándose en los órganos genitales externos y dando lugar a una hemorragia mixta.

Se han señalado algunas observaciones, por lo demás muy raras, en que la placenta completamente desprendida, cae al orificio cervical, contribuyendo a formar lo que se ha denominado *prolapsus de la placenta*, y que sería fácil en algunos casos, confundir con una placenta previa.

Cuando la placenta, sólo se encuentra desprendida en una proporción que no llegue a la tercera parte de su superficie, la vida del feto puede ser más o menos factible.

En cuanto al número y volumen de los coágulos, es variable, pudiendo ser únicos o múltiples y desde el tamaño de una nuez hasta el de la casi totalidad de la placenta, llegando muchas veces a tener un peso de mil doscientos, mil quinientos y dos mil gramos.

Este coágulo se presenta con una consistencia sólida, y su color varía desde el rojo oscuro, casi negro, al amarillo. Todo depende de su antigüedad. Está adherido a la placenta y esta adherencia aumenta a medida que el coágulo envejece, a tal punto, que muchas veces no se le puede destacar sino a expensas de desgarraduras más o menos grandes del tejido sub-yacente.

Sin embargo nunca se encuentran coágulos aislados, pues estos por lo común, están mezclados con sangre líquida.

Una vez despojada la placenta de la sangre y

coágulos que la cubren, se nota sobre su cara uterina una impresión clara, que corresponde al coágulo extirpado, que ha ejercido sobre ella una presión tal, que en ciertos puntos queda reducida a un espesor de escasos milímetros, haciendo la impresión de que los cotiledones hubieran desaparecido.

Este tejido placentario así oprimido, ofrece al corte un aspecto característico, que el Dr. Leopoldo Meyer, lo compara con el tejido pulmonar hepatizado.

Los surcos intercotiledones no existen, están borrados o por lo menos muy disminuidos.

Cuando la placenta sólo es desprendida en su parte central, quedando sus bordes adherentes, toma una forma especial por lo que se la ha denominado *placenta cupuliforme*.

Al microscopio, es dado observar en algunas placentas, placas de necrosis más o menos extendidas y depósitos de fibrina (Schikele).

Estas lesiones, junto con la sangre coagulada y las vellosidades alteradas, pueden transformar la placenta, en un bloc compacto, incapaz de cumplir ninguna de sus funciones. Cuando se llega a estos casos, los vasos sanguíneos han disminuido notablemente hasta el extremo de desaparecer.

Hartman estudiando detenidamente las lesiones que puede presentar la caduca, ha llegado a la conclusión, de que en muchos casos se constata en ella focos de degeneración, bien netos, y de naturaleza hialina, mientras en otros, también numerosos relativamente, la caduca no presen-

taba lesión alguna, en la vecindad del derrame sanguíneo.

El interior de los vasos está por lo general, afectado por un proceso de trombosis.

En cuanto a las lesiones del músculo uterino son variables, y los autores no están enteramente de acuerdo. Así, a la par que V. Weiss describe procesos inflamatorios del músculo, como casi constante, otros, basándose en estudios histológicos, lo niegan absolutamente.

El mismo V Weiss clasifica las lesiones que pueden encontrarse en el cuerpo uterino, en dos grupos. En el primero coloca las lesiones secundarias, es decir, lesiones cuyo origen sería la caduca enferma y que se extenderían luego al útero, quedando siempre aquellas en primera línea. En el segundo grupo, estarían colocadas las lesiones uterinas que primarían, las que estarían caracterizadas por un proceso inflamatorio, pudiéndose encontrar infiltración muscular, células redondas, sufusiones sanguíneas y una proliferación marcada del tejido intersticial. En estos casos la endometritis no sería nada, ante la miometritis, que dominaría.

Todas estas lesiones del cuerpo del útero, pueden traer en el momento del parto, una atonía de sus paredes, y ello sería la causa de las hemorragias secundarias, a veces mortales, que no es raro observar en el accidente de Baudelocque.

El año 1910, M. Lequeux, publica un trabajo en que pone de relieve las hemorragias difusas que pueden observarse, no solamente al nivel de la placenta y de la caduca, sino también en toda

el aparato genital interno, y en 1911 Couvelaire da a la publicidad una observación personal, donde al hablar de la anatomía patológica, dice: «El conjunto del aparato útero-ovariano, aparecía tapizado de manchas negruscas. La pared uterina, en su zona de inserción membranosa, tanto como en su zona de inserción placentaria, era el sitio de una infiltración sanguínea colosal, rechazando los manojos musculares y disociando otros, fibra a fibra. Los ovarios estaban cribados de sufusiones sanguíneas, puntiformes. Los ligamentos anchos estaban infiltrados de sangre.» A este estado Couvelaire da el nombre de «Apoplejía útero-placentaria.»

En la superficie del útero puede observarse numerosas manchas azul oscuro, debidas a hemorragias musculares sub-serosas. Estos derrames tienen macroscópicamente, la forma de pequeños puntos negros, o bien forman grandes manchas oscuras, que se les encuentra con mayor frecuencia en la parte superior del útero. La serosa que los recubre puede estar intacta. En algunos casos se observan desgarraduras que se atribuyen a la tensión exagerada del útero.

En resumen: el útero es el sitio de una hemorragia difusa. La sangre se insinúa entre las fibras del músculo, aislando unas de otras. Estas sufusiones sanguíneas pueden encontrarse en todas las capas de la pared. El edema es abundante. En la trompa se observan equimosis y la superficie de los ovarios puede estar cribada de hemorragias puntiformes.



Síntomas

Dolor, anemia intensa, dureza y aumento del tamaño del útero, tales son los síntomas guías de la afección que tratamos, a los que se puede agregar la hemorragia por las vías genitales.

El dolor es variable, pero por lo común es intenso, continuo, con exacerbaciones paroxísticas, abarcando el abdomen y extendiéndose hacia los riñones, pero manifestándose con mayor intensidad a un costado o al otro, del útero. Aparece de una manera brusca, en una persona que hasta entonces puede haber visto transcurrido su gestación de una manera completamente normal. Al mismo tiempo, todos los síntomas de una hemorragia grave se manifiestan. La enferma está postrada, pálida, angustiada. Sus mejillas, sus mucosas están descoloridas. Los ojos grandemente abiertos y hundidos; las pupilas se encuentran dilatadas. Es presa de un malestar general, que cesa tan solo en los casos graves, para dar lugar a síncope o lipotimias. La piel se pone rugosa y se cubre de sudores fríos, dando al tacto una

sensación viscosa especial. La inteligencia en algunos casos puede permanecer normal, pero ya en los de mediana gravedad se encuentra disminuida, respondiendo mal o no respondiendo a las preguntas que se le hacen. Cuando el estado se prolonga, la vista se nubla, y la enferma termina por no darse cuenta de lo que en se alrededor pasa. Puede observarse en algunos casos el edema de los maleolos, de los párpados, traduciendo el estado albuminúrico por el que pasa la enferma.

El pulso es pequeño, filiforme y su número aumenta hasta llegar muchas veces a hacerse incontable. En los casos comunes oscila de noventa a ciento veinte o ciento treinta.

El Dr. Boero hace observar un hecho notable y que él llama «pulso paradójal». Consiste en que a pesar de que en ciertas mujeres la hemorragia ha sido abundante, su pulso oscila entre ochenta y cinco o noventa por minuto, con una tensión normal, contrastando con la palidez y el mal estado general de la enferma.

El vientre aumenta de volumen, y este aumento puede alcanzar proporciones notables en el intervalo de poco tiempo. Las mismas mujeres lo notan, y al que observa por primera vez a la paciente, puede inducirlo a error en lo relativo a la edad del embarazo. Hasta se ha llegado a practicar una cesárea, con el objeto de salvar un feto que se creía viable, cuando éste no tenía sino tres o cuatro meses. Sin embargo el volumen del útero, hacía pensar en un embarazo a término. Se han visto úteros aumentar de dos, cuatro

y seis centímetros en el espacio de pocos momentos.

A la palpación, se nota al músculo uterino contraído, tetanizado, de una dureza leñosa. Al mismo tiempo es sumamente doloroso, por todo lo cual, se hace muy difícil, sino imposible el diagnóstico de posición del feto, por este método.

Bar y Mme. Henry, sostienen que esta dureza no es uniforme, pudiéndose encontrar muchas veces una zona blanda, postosa, que para estos autores correspondería al sitio de inserción de la placenta y lugar donde se ha hecho el desprendimiento. Podría en esta forma, llegarse a un diagnóstico referente al sitio de la hemorragia, especialmente cuando la placenta está insertada en la cara anterior.

Las contracciones uterinas no se observan, sobre todo, al principio del accidente, y cuando el útero adquiere rápidamente esa dureza leñosa que hemos mencionado.

A la auscultación, los latidos fetales no existen, por lo menos en el noventa y cinco por ciento de los casos, pues el feto muere rápidamente. Cuando se llega a tiempo para observarlo, lo que pocas veces sucede, se nota que al principio van aumentando, de ciento cuarenta a ciento sesenta y aun ciento setenta por minuto, para disminuir bien pronto, a cien, noventa, etc. y desaparece por completo.

Algunas enfermas manifiestan que en los momentos que siguen al principio de este accidente, sienten, los movimientos activos exagerados. Es probable que estas sacudidas sean debido a las

convulsiones asfíticas del feto, que cesan bien pronto.

Examinando los órganos genitales, se vé en la mayoría de los casos un derrame sanguíneo, que muchas veces insignificante hasta el extremo de quedar reducido a un poco de suero teñido apenas de sangre, puede llegar otras, a constituir una violenta hemorragia.

Sin embargo, debe tenerse presente, que no debe rechazarse el diagnóstico de una hemorragia placentaria, por el solo hecho de no verse la sangre hacer salida al exterior. Al tratar de la anatomía patológica, hemos visto que el desprendimiento de la placenta podría quedar limitado a su parte central, sin llegar a desprender los bordes, formando entre ella y la pared uterina una bolsa perfectamente cerrada, donde se acumulará la sangre extravasada, constituyendo una hemorragia puramente interna.

En cualquier forma que sea, nunca la hemorragia externa, es tan abundante para explicar los fenómenos tan alarmantes que se presentan, ni nunca podremos juzgar la cantidad de sangre perdida, por solamente la que vemos escurrir por la vagina. En efecto, en la gran mayoría de los casos, es la hemorragia interna la que predomina. Ya hemos visto que se pueden llegar a encontrar coágulos con el peso enorme de mil quinientos y dos mil gramos.

La violencia de esta hemorragia interna, o mixta, es tal, que puede llevar rápidamente al síncope, a lo que no sería ajeno la distensión bru-

tal que sufre el útero, lo que provocaría graves trastornos nerviosos de origen reflejo.

Además, en opinión de Bar, en el sitio del desprendimiento placentario, tendrían lugar absorciones tóxicas, que junto con la causa mencionada, contribuirían todas ellas a hacer más sombrío el cuadro que presentan estas enfermas.

Por el tacto, es fácil comprobar en la vagina la existencia de numerosos coágulos. El cuello puede permanecer normal, pero por lo general se encuentra reblandecido y entre abierto, para permitir por lo menos el pasaje de un dedo, con lo que se puede llegar a palpar las membranas, siempre prominentes y en una constante tensión, debido a la presión que soportan. El segmento inferior está distendido, doloroso, tenso, ocupando el área del estrecho superior, y llegando hasta la mitad de la excavación.

Por lo general el trabajo de parto es provocado por el aumento rápido de la presión intrauterina, que trae aparejada la hemorragia.

Al romperse las bolsas de las aguas, aparece el líquido amniótico, que puede ser de cantidad normal o disminuido. Esta disminución del líquido amniótico, sería debido a fenómenos de absorción del lado del organismo materno, cuya presión sanguínea ha descendido, cuando lo contrario pasa con el líquido amniótico.

El Dr. Boero trata también de esta disminución del líquido amniótico, en varios casos por él observados. En las historias que presentamos no ha sido posible observar este fenómeno, habiéndose notado por el contrario, que en uno de

ellos, el líquido amniótico estaba ligeramente aumentado.

El color que presenta este líquido, nunca es normal. En vez de ser opalescente, presentando su color característico, está por el contrario, teñido en rosa, lo que se atribuye a la sangre que ha infiltrado la placenta y las membranas, hasta ponerse en contacto con él.

Una vez el cuello dilatado, y rota la bolsa de las aguas, el parto se efectúa rápidamente y en una forma especial, pues inmediatamente después de salir el feto y casi junto con él, aparece la placenta con los coágulos a ella adheridos y la sangre derramada atrás de su cara uterina. Los parteros ingleses han dado a esta forma de parto, el nombre significativo de «parto en avalancha.»

Una vez desocupado el útero, no por esto ha pasado el peligro para la mujer. Son de temer ahora las hemorragias secundarias bastantes comunes en estas enfermas, sobre todo cuando la hemorragia ha dado lugar a lo que hemos denominado apoplejía útero-placentaria. En estos últimos casos sobre todo, estas hemorragias secundarias son continuas, desesperantes, por el fracaso que sufren generalmente los medios terapéuticos que se ponen en juego, (lavajes calientes, ergotina, pituitrina, masajes, etc.) y que por lo general son los que llevan a las enfermas, anemiadas ya por la hemorragia reintro-placentaria anterior.

Según ciertos autores, estas hemorragias tendrían por causa una atonía del músculo uterino, atonía debida a su vez a procesos inflama-

torios que sufriría el músculo, disminuyendo o aboliendo su poder retráctil.

Toda esta sintomatología que acabamos de describir, puede presentarse bruscamente, como ya hemos mencionado, en una mujer hasta entonces en perfecto estado de salud. Pero lo más comúnmente, el decolamiento prematuro de la placenta, se observa en las mujeres que ya presentaban el cortejo sintomático del estado de toxemia, que Pinard designa bajo el nombre de «hépato-toxemia», y Bar con el nombre de «eclampsismo.»

Hasta aquí los síntomas clásicos, comunes del desprendimiento prematuro de la placenta. La observación quinta que transcribimos a continuación, es un cuadro típico, que encuadra perfectamente dentro de la descripción que precede, en el que se produce la hemorragia completamente interna y en que la mujer sucumbe llevada por una de esas temibles hemorragias post-partum.

En cambio, en los otros cuatro casos, vemos que en todos ellos falta uno o varios de los síntomas que hemos llamado capitales, sea el dolor, la dureza y aumento del útero, los síntomas de anemia intensa, etc.; por lo que es nuestra idea en la presente tesis, hacer resaltar, que no siempre se debe esperar tener todos estos síntomas reunidos, para recién llegar a su verdadero diagnóstico, que le indique a su vez, la necesidad urgente de intervenir, único medio en la mayoría de los casos, que puede hacer tener esperanza de éxito.

En la observación primera, vemos a una mujer presentarse a la Clínica por el solo hecho de

perder sangre. Se constata en ella su facie anémica, pero el pulso dice muy poco, puesto que su tensión y su ritmo es normal. Su vientre es poco globuloso, sin tensión exagerada. El dolor no existe, o si existe no llama en absoluto la atención. Ni siquiera se encuentra albúmina en sus orinas.

Sin embargo, una vez efectuado el parto se comprueba que se trata de un desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertada.

El segundo caso, no es más demostrativo. En él, además puede haber la sospecha de un parto prematuro, por tratarse de una mujer afectada de sífilis. Por la hemorragia continua se pudo creer en una placenta previa, sin embargo, ni el tacto revela nada, ni la ruptura de las membranas disminuyen el derrame sanguíneo. Y lo mismo que en el caso anterior, falta ese dolor agudo, espontáneo, que mortifica y que quizá es el síntoma más llamativo que presentan estas enfermas.

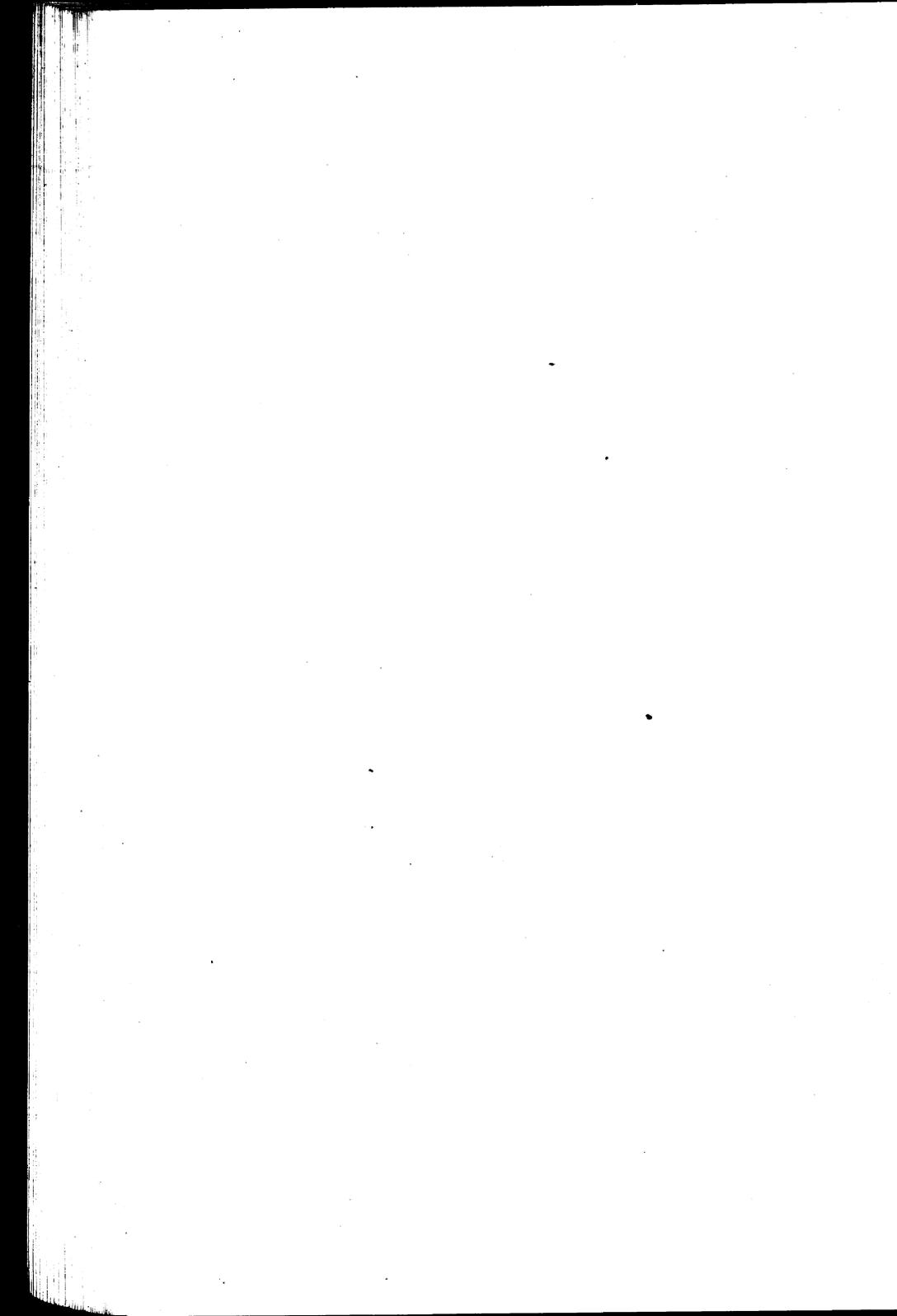
En el tercer caso, solo tenemos como síntoma de esta hemorragia, el derrame brusco de sangre por los órganos genitales, y la tensión exagerada del útero. Por lo demás ni pulso, ni dolor pueden hacerlo sospechar, mas si aun agregamos que, en el rápido análisis que en estos casos se hace de las orinas, falta la albúmina.

El cuarto caso prueba aun más las dificultades con que se puede tropezar para llegar a un diagnóstico. En este caso no se constata ninguno de los síntomas clásicos. No hay dolor, ni dureza ni aumento del tamaño del útero, ni los síntomas de una anemia intensa, ni siquiera albúminas

en la orina. No hay más que una hemorragia, y una hemorragia tenaz, que no se detiene ni aun con la ruptura de las membranas. La cantidad del líquido amniótico es aun mayor que lo normal.

Hagamos notar de paso sin embargo que la hemorragia se suprime al encajarse la cabeza fetal. Esta influencia sobre la hemorragia que puede tener la cabeza fetal al encajarse, ha sido estudiada por M. Guerin Valmade, quien creía que en muchos casos se la podría obtener facilitando el encajamiento.

En resumen, es este un caso de desprendimiento prematuro, en que no es dado observar como síntoma clínico nada más que una tenaz hemorragia, y que termina por un parto espontáneo y en avalancha tal como se producen estos casos.



Diagnóstico

En los casos en que se encuentran reunidos todos los síntomas que someramente acabamos de describir, es decir en aquellos casos típicos, el diagnóstico es fácil, se impone. Pero en estas condiciones, no se encuentran, quizás, la mayoría de los casos, y es entonces cuando el clínico, debe desarrollar toda su sagacidad, a objeto de despistar todas las causas que pueden hacerlo fracasar, en el diagnóstico rápido, tanto más necesario, cuanto que de su precocidad puede depender la vida de la paciente.

Existen en verdad, varios accidentes, cuya sintomatología, puede en alguna forma y en ciertos casos, prestarse a confusión. Entre estos y en primer lugar está la ruptura uterina, que puede presentarse a su vez con síntomas variados. Por lo común, esta afección sorprende a la mujer en los últimos meses del embarazo. Bruscamente la enferma exhala un grito, debido al agudo dolor con que primeramente se manifiesta este grave accidente. La sensación de arrancamiento, de desgarró es neta, y tan violenta que la mujer rueda

inerte, en estado de síncope. Su estado general es rápidamente grave.

Otras veces, el cuadro no es tan alarmante, sin dejar de revestir gravedad. Se manifiesta en un lugar determinado, un dolor continuo, pero más o menos soportable, que viene a reemplazar a los dolores vivos e intermitentes del trabajo. La sangre que se derrama por los genitales externos, es de un color negro, viscosa, pegajosa, desprendiéndose con dificultad de los dedos.

Estos caracteres de la sangre derramada, y en los cuales se ha pretendido basar un diagnóstico diferencial, no siempre se observan, y algunos autores lo niegan. Para Pinard, por ejemplo, la hemorragia causada por una ruptura uterina, no tendría nada de particular, que le hiciera diferenciar de la sangre perdida por cualquier otra causa, en las diferentes hemorragias, que en el curso del embarazo o del parto puedan producirse. Según este autor, esta sangre sería de un color rojo, arterial, y no podría fundarse en sus caracteres, un diagnóstico serio.

Es indudable que en la sintomatología de estas rupturas, se debe tener en cuenta la extensión de la misma, la situación, el que estén o no interesados los grandes vasos, o según en fin que el útero esté retraído o en estado de inercia completa.

Si la desgarradura es algo extendida, el feto pasará más o menos a la cavidad abdominal, donde, a la inversa de lo que sucede en las hemorragias retro-placentarias, su palpación será su-

mamente facilitada, dando la sensación de que se tiene el feto bajo la mano. Las contracciones uterinas cesan, y el trabajo se detiene. El vientre es irregular y se encuentra deformado, pero nunca se observa esa dureza y menos esa tetanización que se produce en el desprendimiento de la placenta, y que impide se pueda reconocer a la palpación ninguna parte fetal.

La auscultación puede ser también, otro signo diferencial. Mientras en la hematoma retro-placentario, y sobre todo en los casos que revisten alguna gravedad, la auscultación es negativa, pues como hemos visto, el feto muere rápidamente, en cambio en la ruptura uterina, es más fácil encontrar el niño vivo, cuyos latidos son más netos, notándose que el foco está mucho más aproximado al oído que ausculta.

El tacto, hace sentir el segmento inferior y al cuello retraídos como arrugados y el dedo no llega a percibir ninguna parte fetal. La bolsa de las aguas, tampoco presenta esa tensión exagerada ni abomba en el orificio del cuello, como hemos visto en las hemorragias placentarias. Y por último, nos da un signo patognomónico, como es el llegar a tocar la ruptura, pues por lo general esta se encuentra en el segmento inferior, con lo que la duda no puede existir.

Si todos estos accidentes remontan a algunas horas, el diagnóstico se aclara aún más, pues los síntomas de una peritonitis aguda se manifestarán.

Puede confundirse también esta hemorragia placentaria, con la ruptura de un quiste fetal, en un

embarazo extrauterino, con la que puede presentar bastante analogía.

En efecto, también comienza bruscamente con dolor, que puede rápidamente llevar al síncope, y con los síntomas de una hemorragia interna. (Palidez, pulso frecuente, etcétera.)

Hay que tener en cuenta en primer lugar, el tiempo en que se produce este accidente. Por regla general el quiste fetal, se rompe antes del tercer mes del embarazo. Por lo demás, el tacto podrá dar algunas indicaciones. No se encuentra segmento inferior, ni bolsa de aguas, además revela por lo común un empastamiento, una renitencia, en los fondos de sacos y sobre todo en el posterior, que es donde se acumula en mayor cantidad la sangre derramada. Del lado del útero no se observa alteraciones de ninguna clase. Y en fin, como para la ruptura uterina, una peritonitis aguda no tardará en declararse, sobre todo, si el feto está macerado.

La ruptura del seno circular, que por lo demás podría ser una causa del desprendimiento prematuro de la placenta, se distinguiría de esta última, según M. Maygrier, en que la sangre sale con intermitencias. Sin embargo, esto no podría ser un carácter diferencial absoluto, por cuanto estas intermitencias, pueden también producirse en la hemorragia de origen retro-placentario. Podría también contribuir al diagnóstico, el estado del feto, que por lo general se le encuentra vivo, y sus latido, aunque más sordos, se le pueden oír claramente en un número más o menos normal. El estado de la mujer no llega

a ser tan alarmante, estando casi siempre en relación con la sangre derramada al exterior.

El diagnóstico con una placenta previa, puede ofrecer a veces, cuando la hemorragia es mixta, algunos inconvenientes, pues los coágulos que podrían encontrarse en el cuello, en su orificio interno, pueden muy bien confundirse con los cotiledones.

El la placenta previa la hemorragia puede haberse repetido varias veces durante el embarazo. El útero aunque puede presentarse retraído sobre el feto, su volumen no está aumentado, y la palpación de aquel casi siempre puede efectuarse, lo que no sucede nunca en el desprendimiento prematuro. Además la hemorragia es siempre silenciosa, y el estado de la mujer nunca es tan alarmante. Estos derrames sanguíneos obran sobre todo por su repetición, que paulatinamente anemian a la mujer.

Por el tacto además, puede notarse el espesor del segmento inferior, y desbarrasando prolijamente al cuello de los coágulos que lo llenan, podrá constatarse la ausencia de toda porción de la torta placentaria.

La hemorragia producida por la ruptura de una várices vaginal, ha sido causa de que se halla llegado a practicar una cesárea abdominal, creyéndose en un desprendimiento placentario. Para evitarse este error, sería suficiente un examen previo y prolijo de los órganos genitales externos. Se vería de este modo el vaso que sangra, que con una terapéutica apropiada se corregiría inmediatamente.

El hidramnios agudo puede en ciertas condiciones hacer dudar del diagnóstico. Debe buscarse con cuidado el signo de fluctuación.

Además una vez rota la bolsa de las aguas se vería a ésta, precipitarse en torrente hacia el exterior.

Pronóstico

Depende de muchas circunstancias. Para nosotros, todo setado de desprendimiento prematuro de placenta, debe ser por lo menos reservado desde el punto de vista de la mortalidad materna.

Debemos tener en cuenta, ante todo, la cantidad de sangre perdida. Una hemorragia que no exceda de 700 a 800 gramos, podrá ser un pronóstico benigno. Una vez efectuado el parto, estas mujeres se reponen rápidamente, salvo complicaciones, se comprende. Una hemorragia de 1000 a 1500 gramos, es ya de un pronóstico serio.

Pero tampoco se podrá basar un pronóstico tan solamente en la cantidad de sangre perdida. Efectivamente, hay siempre que temer a las hemorragias secundarias, que pueden terminar con la vida de una mujer, que durante el trabajo, solo ha tenido una hemorragia, que puede ser despreciable.

La apoplejía útero-placentaria y aquellos casos de desprendimiento de placenta que se manifiestan súbitamente, brutalmente, que llevan a

las enfermas a un estado sincopal grave, son siempre de temer, y si no se interviene rápida y radicalmente, la muerte de la paciente, puede sobrevenir en un lapso de tiempo más o menos breve. Se han visto mujeres sucumbir a este accidente, en el espacio de tres cuartos de hora.

Como caso de apoplejía útero-placentaria rápidamente mortal, podemos citar los casos de Couvelaire, los dos casos publicados por nuestro distinguido profesor, el Dr. Enrique Zárate y muchos otros. Nosotros mismos, presentamos un caso de apoplejía útero-placentaria, seguida de muerte.

Debe tenerse en cuenta—para formular un pronóstico—el momento y aun el lugar de la intervención. Por regla general, el pronóstico será tanto más grave, cuanto más tiempo haya transcurrido, desde el momento de producirse el accidente, hasta el momento de intervenir a la enferma. Además, en la clientela particular, y sobre todo en los hogares humildes, donde todo se ha de improvisar, nunca se podrá tener el éxito que se puede conseguir en la Clínica, donde la observación constante de la enferma, las comodidades para operar, y la espectación armada, en los casos que se presentan con caracteres benignos, y que en un momento dado pueden convertirse en gravísimos, hace que se les pueda prestar a estas enfermas, todos los cuidados que la ciencia aconseja.

El desprendimiento de placenta, puede ser muchas veces, tan nimio que en nada comprometa la vida de la madre llegando también a respetar

la vida del feto, que puede seguir viviendo a expensas del resto de la placenta.

No solamente es la hemorragia la que agrava el pronóstico de estas pacientes. Es de temer también el chock nervioso que experimentan estas enfermas por la distensión tan rápida que sufre el útero. De todo lo cual se deduce, que debemos tener muy en cuenta para el porvenir inmediato de la enferma, su estado general, a pesar que no siempre se puede confiar en él, y así por ejemplo, se han observado, enormes hematomas, que no se traducían sino por ligeras molestias, por una palidez poco marcada, y que en un momento dado han llevado a la mujer, rápidamente al síncope y a la muerte. Hasta el pulso mismo, puede muchas veces engañarnos. Ya hemos hablado del pulso paradójal.

Analizando las diferentes estadísticas, vemos, que si no podemos sacar un porcentaje exacto sobre la mortalidad materna de todas ellas, notamos al menos que este porcentaje va decreciendo a través de los tiempos.

Entresacamos de la tesis de París de Leo Mauran, la siguiente estadística, que no es sino la recopilación de las de diferentes autores, en los numerosos casos por ellos observados. Como decimos arriba, véase por ella que la mortalidad materna decrece sensiblemente.

Braxton Hicks sobre 23 casos, tiene 15 muj. muertas					
Goodell	»	106	»	»	55
Hery Coé	»	152	»	»	71
Dumareet	»	13	»	»	5
Mme. Henry	»	28	»	»	2
Lehman	»	31	»	»	2

Por su parte el Dr. Boero en los casos por él observados, trae una proporción de mortalidad materna de 11 a 12 por ciento.

De la estadística que hemos recogido de la Clínica Obstétrica del Hospital Ramos Mejía, vemos que de 8 casos atendidos en esa Maternidad durante el año 1915, se cuentan dos muertes. De siete casos habidos en 1916 se cuenta una muerte. Y de cuatro casos registrados en la misma Clínica, en lo que va del año 1917, no se cuenta ninguna muerte.

En resumen, de los diez y nueve casos últimos habidos en el Hospital Ramos Mejía, nos da una mortalidad materna de 15,78 por ciento, y esta tres muertes, en la que va incluida el caso que presentamos en la observación quinta, se deben a apoplegias útero-placentarias.

En cuanto al pronóstico sobre la vida del feto, no puede ser más malo. El niño por lo general, muere casi inmediatamente de producirse el accidente, dado que queda aislado de la madre. Y aun el pronóstico de los que llegan a nacer vivos, debe ser reservado, pues según Butto, nacen en estado de menor resistencia, debido no sólo a la sangre que han perdido, sino también a que el feto, inmediatamente de producido el desprendimiento, empezaría a ceder parte de su oxígeno a la madre.

Hay autores que ni siquiera tienen en cuenta la vida del feto, una vez producido el hematoma retro-placentario.

He aquí una estadística sobre la mortalidad fetal, observada por autores extranjeros.

Goodell sobre 107 casos tiene un porcentaje de mortalidad fetal del 93 por ciento.

Dumaret, sobre 13 casos, 13 muertos, es decir el 100 por ciento.

Fery Coe sobre 126 casos, 118 muertos, es decir, el 91 por ciento.

Mme. Henry, trae un 92,8 por ciento de mortalidad fetal.

Leman, trae un 93,7 por ciento.

El porcentaje que trae el Dr. Boero, es de 100 por ciento de mortalidad fetal.

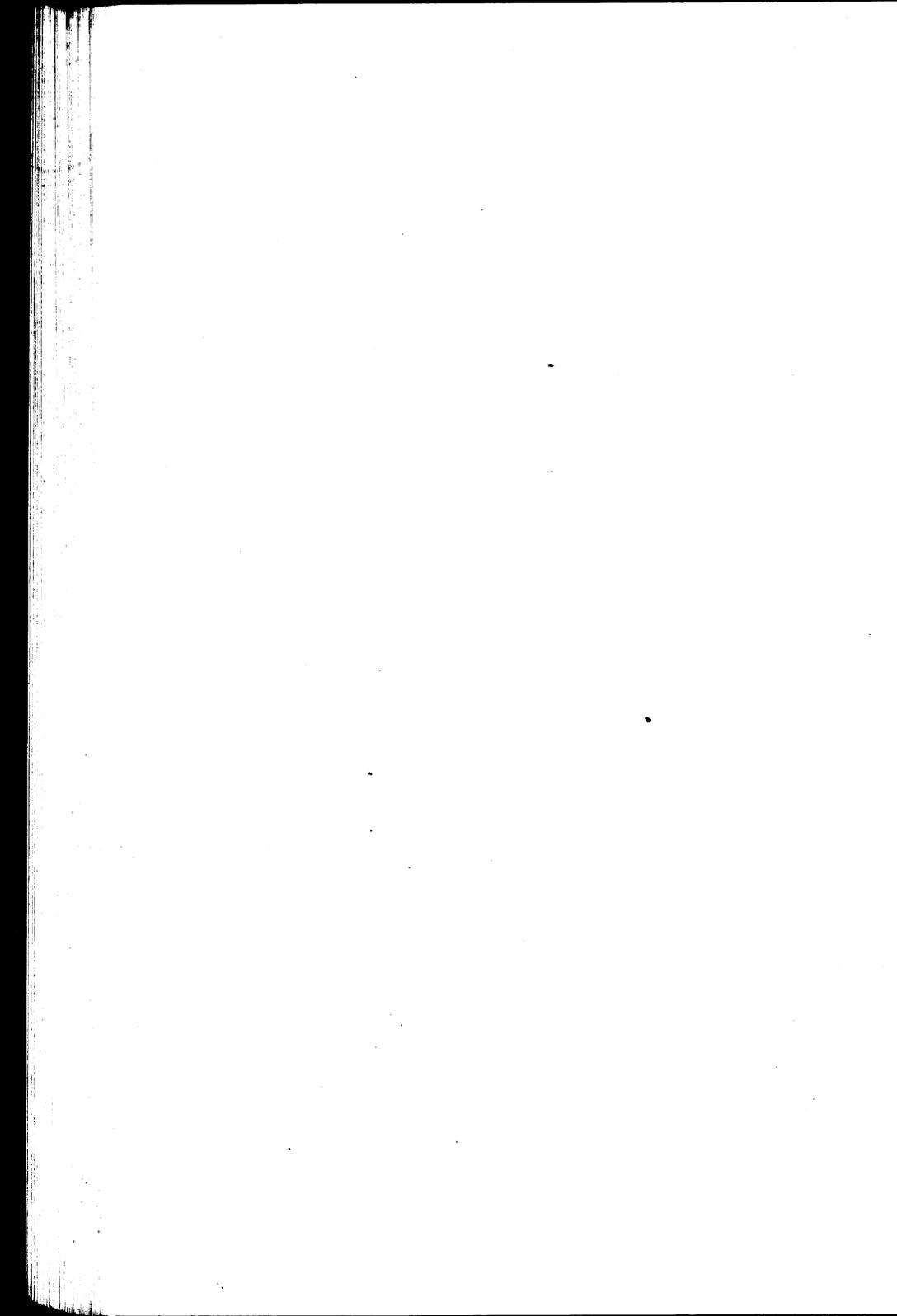
En los diez y nueve casos observados en el Hospital Ramos Mejía, durante el año 1915, 1916, 1917, tres niños nacieron vivos, es decir el 15,78 por ciento.

Debe de tenerse en cuenta, que la vida del feto es factible sobre todo cuando el accidente se produce durante el trabajo de parto, y que este se termine rápidamente. Es precisamente lo que ha sucedido en los tres casos que mencionamos, de sobrevivencia fetal.

En tesis general, los autores dan un 95 por ciento de mortalidad infantil.

En resumen, el pronóstico del desprendimiento prematuro de la placenta, debe ser reservado, aun en los casos que parecen benignos. Una hemorragia secundaria, puede ensombrecerlo mucho. En los casos muy graves, la intervención quirúrgica, de urgencia, es la única que puede salvar la vida de la mujer.

Desde el punto de vista de la viabilidad del feto, es casi fatal.



Tratamiento

Imposible sería dar un tratamiento clásico para los diferentes casos de hemorragia retro-placentaria, dependiendo este, de las exigencias de cada caso en particular.

Dividiremos el tratamiento, al igual que la mayor parte de los autores modernos, en profiláctico y curativo.

El tratamiento profiláctico, consistiría en combatir los síntomas de eclampsismo, que la mayoría de las enfermas presentan, en el curso de su embarazo.

Hay que vigilar atentamente las orinas de toda mujer en estado de gestación, instituyendo un régimen apropiado, no bien se compruebe la existencia de albuminuria, sobre todo si esta va acompañada de retención clorurada o azoada y evitar en lo posible quizás el peligro mayor, como lo es la hipertensión.

Ya hemos dicho la importancia que tiene ésta, en la producción de las hemorragias placentarias.

Por lo tanto, en toda mujer que se presenten los

fenómenos de la albuminuria, debe desde luego someterse al régimen lácteo, mitigado o absoluto, según los casos. Reposo en el lecho, laxar y aun purgantes y hasta la sangría cuando la hipertensión sea tal, que se pueda temer una hemorragia.

No es, sino vigilando atentamente las orinas, en diversos períodos del embarazo, siguiendo atentamente el estado del pulso, y todos los demás síntomas de la albuminuria, zumbidos de oídos, hemorragias diversas (nasales, esplánicas, etc.) e instituyendo rápidamente una cura de desintoxicación, es decimos, la única forma que evitaremos en la mayoría de los casos, este accidente temido.

En resumen, hay que tratar el estado patológico general, ya que al decir de Couvelaire, la hemorragia retro-placentaria no es sino una determinación local de aquel.

En cuanto al tratamiento de la hemorragia propiamente dicho, podemos dividirlo en obstétrico y quirúrgico.

Respecto al tratamiento obstétrico, se han aconsejado diversos procedimientos, tales como la dilatación bimanual de Bonnaire, seguida o no de la versión de Braxton Hicks, la ruptura de las membranas, la embriotomía, la cefalotripsia y aun el taponamiento, preconizado por Leroux.

Digamos de paso que este último método es rechazado por la totalidad de los parteros. Es indudable que con él, lo único que se conseguiría sería traumatizar la vagina y abrir puertas de entrada a infecciones sobreañadidas. Además

como alguien ha dicho, sería tratar de detener el curso de un río en su desembocadura. En fin que con el taponamiento vaginal lo único que se conseguiría, sería hacer más crítica la situación de la enferma.

En cuanto al tratamiento quirúrgico, dos son los métodos empleados, la cesárea abdominal, y la cesárea vaginal. Podemos agregar la operación de Porro que tan importantes servicios presta.

¿Cuál de todos estos métodos es preferible?

Hay siempre que tener en cuenta, que el resultado de la intervención, está subordinado al estado general de la operada.

La cantidad de sangre perdida es variable. Como ya hemos dicho, el síndrome clínico, no está siempre en relación con la cantidad de la hemorragia externa. Además después de la evacuación fácil del útero, se pueden ver fallecer en algunas horas, a mujeres que no han perdido una cantidad tal de sangre, como para explicar su muerte.

Ahora bien, para estas mujeres, cuyas hemorragias durante la gestación o el parto, es mínima, o por lo menos no es muy abundante, claro está que una intervención quirúrgica en esos momentos no puede estar indicada.

Pero si después del alumbramiento, como se observara muchas veces, aparece una de esas hemorragias graves, que facilmente pueden ser mortales, y no pudiéndola cohibir por los medios obstétricos, la histerectomía de urgencia, se impone, y ella será en la mayoría de los casos la única que podrá salvar a la mujer, de una muerte cierta.

Felizmente, en la mayoría de los casos, y tan solo por medios obstétricos bastantes simples, el parto por las vías naturales es factible. Vemos así que Pinard aconseja en casi todos ellos, la simple ruptura de las membranas. La estadística que trae, es alentadora, pues de veinte y cuatro casos, en diez y siete de ellos bastó este simple procedimiento, para llevar a feliz término el parto.

Pero existen casos, por fortuna menos frecuente, en que la sola ruptura de las membranas no basta, pues el útero sigue tetanizado y la hemorragia persiste con mayor intensidad. Es entonces cuando se presenta la necesidad urgente de evacuar el útero rápidamente. Hay que recurrir a dilatar el cuello, urgentemente, si este es dilatable, y si la dilatación aun no ha empezado, o a terminarla, en caso contrario.

¿Qué procedimiento debe preferirse para dilatar el cuello uterino? La mejor manera, y así lo aconseja Pinard, Couvelaire, y la mayoría de los maestros es la dilatación bimanual. Sin embargo la dilatación por medio del balón de Charpentier de Rives da buenos resultados.

La dilatación del cuello está indicada, cuando es fácil llevarla al máximo. Pero por poco que presenta resistencia, constituye un peligro serio, y muchas veces es preferible, recurrir a la intervención quirúrgica.

En los casos de consideración leñosa, o de difícil dilatación, al querer practicarla de urgencia, se lleva el peligro de las rupturas, que pueden extenderse por el segmento inferior, y traer consécuencias serias. Tal es el caso observado

en la Clínica «Baudelocque», en que la mujer muere a consecuencia de un desgarró de esta naturaleza.

De lo expuesto se desprende, que las indicaciones terapéuticas serán sacadas del estado de la mujer, de la abundancia de la hemorragia, interna o mixta, y del estado del cuello.

La ruptura de las membranas ha dado resultado en algunos de los casos que publicamos. En la observación segunda y cuarta, se consigue que el parto se haga espontáneo, cohibiéndose la hemorragia. En la quinta se apresura el encaje. En la tercera no da resultado debido a ser una presentación pelviana. En la observación primera, la hemorragia no se detiene por este solo procedimiento, y se efectúa una versión por presentarse en condiciones fáciles, de llevarla a cabo.

Y a propósito de este caso, ¿debe efectuarse la versión interna en los desprendimientos prematuros de placenta? Por regla general, está formalmente contraindicada. Ya hemos visto que estos úteros se presentan en un estado de retracción, de tetanización permanente, por lo que practicar una versión en estos casos, sería efectuarla en las peores condiciones y se correría el riesgo de hacer estallar el útero. Además, en los casos en que el feto viviera, lo que se conseguiría sería desprender en su totalidad la placenta, con lo que la muerte del niño sería inevitable.

En los casos comunes en que el feto se encuentra muerto, sería preferible abreviar el trabajo por medio de una embriotomía, que no presentaría los peligros de la versión.

Se ha indicado también la versión de Braxton Hicks. La ventaja que podría tener esta maniobra, sería que la pierna del feto vendría a obrar como tapón, cohibiendo la hemorragia externa, y al mismo tiempo, ayudaría a la completa dilatación del cuello.

Este método no nos parece tener ninguna ventaja. En primer lugar, él presenta todos los inconvenientes y peligros que hemos mencionado al tratar de la versión interna, y en segundo lugar, que la hemorragia interna puede continuar. Podría intentarse en aquellos casos muy benignos, en que el útero no está retraído o cuando se presenta junto con el desprendimiento de placenta, una inserción baja.

En las presentaciones de vértice y en caso de cuello dilatado o dilatado, y con mayor razón, cuando la cabeza está encajada, la aplicación de un forceps, tiene la ventaja de abreviar el parto, sobre todo, en las primerizas, sin mayores inconvenientes, y hacer desaparecer pronto el peligro, que por leve que sea esta hemorragia, siempre trae aparejada.

En las presentaciones pelvianas, siendo el parto más prolongado, debe siempre intentarse una simple extracción.

En las presentaciones de hombro, el mejor procedimiento sería la embriotomía. Ya hemos dicho que la versión está contraindicada.

Si se tratara de una estrechez pelviana, habría que recurrir al baciotrivo.

Claro está que estos dos últimos métodos no

podrán aplicarse en los raros casos en que se compruebe la vida del feto.

Para terminar con los procedimientos obstétricos, digamos que en general están indicados en todos aquellos casos que no son de extrema gravedad y cuando el cuello es dilatable. Todos pueden tener su indicación, según los casos. Sólo cuando ellos fracasan o que se comprueba una apoplejía útero placentaria de alguna importancia, es cuando se debe recurrir a los medios quirúrgicos, siempre más eficaces, aunque podrían tener el inconveniente de aumentar el chock.

Hay que tener presente, que en los casos benignos, el parto puede llegar a feliz término sin ninguna intervención, como puede verse en la observación segunda que publicamos. Pero estos casos son los menos.

En la técnica operatoria, como ya hemos dicho, encontramos las dos clases de cesáreas, vaginal y abdominal.

Tampoco existe una opinión unánime, ni mucho menos, respecto a cuál de estos dos procedimientos se debe preferir. Como para el tratamiento obstétrico, el estudio del caso, es el que la mayor parte de las veces decidirá.

La cesárea vaginal ha sido preconizada con entusiasmo, sobre todo, por Fabre, el cual trae dos observaciones. En uno de ellos, la mujer sobrevivió.

Bar está más por la cesárea abdominal, pero tampoco rechaza de una manera sistemática, la indicación de Fabre. Sin embargo, la reserva para un número restringido de casos, y al respecto

dice, que se debe poner en práctica «cuando el estado de la mujer exigiría, si se adoptara la vía alta, la ablandación del cuerpo uterino, y donde sin embargo, se duda de llegar a este extremo».

La cesárea abdominal preconizada, a su vez, por Pinard, ha sido y es utilizada por la mayoría de los autores franceses, tales, como Ribemont Dessaignes, que publica dos observaciones; Bar, una; Lequeux, una; Fottel y Levy, una; Couvelaire, una.

Ahora bien; ¿la cesárea abdominal debe ser seguida de histerectomía?

Cuando el útero sea el sitio de abundantes infiltraciones sanguíneas, cuando la apoplejía útero placentaria es marcada, y, sobre todo, en esos casos en que no sólo el útero, sino también los ligamentos anchos, los ovarios, etc., son asientos de sufusiones sanguíneas, la operación radical se impone.

En cambio, cuando estas lesiones no existen, o si existen son despreciables, Bar, Lequeux, etc., prefieren la cesárea conservadora.

Hay muchos autores, Weiss, Chevaldicheff, que señalan el peligro de la hemorragia secundaria, en la cesárea conservadora. Estos autores han debido practicar la histereotomía por causa de estas hemorragias, y Kouwer ha tenido un caso, en que después de esta operación, la mujer fallece a consecuencia de una de ellas.

Couvelaire es, hasta cierto punto, partidario de la conservación del útero; sin embargo, él mismo dice que el temor «no teórico», de las hemorragias

secundarias, le hace preferir la operación de Porro.

Indudablemente, que la cesárea abdominal es una operación mucho más seria que la cesárea vaginal, pero en cambio tiene la ventaja sobre ésta de ser una operación más rápida y, sobre todo, que se puede ejercer un inmediato control con la vista, con la abertura amplia del vientre, enseñando sobre el estado del útero y los anexos, de donde se pueden sacar indicaciones para terminar la operación.

Resumiendo la intervención quirúrgica, debe reservarse para aquellos casos en que los medios obstétricos fracasan, o no son posible llevarlos a la práctica. Están también indicados en los casos graves, cuando la hemorragia abundante amenaza seriamente la vida de la enferma, y especialmente en las hemorragias incohercibles que se producen después del parto. En los casos fulminantes, la cesárea abdominal seguida por la amputación de Porro es la única intervención que puede hacer abrigar esperanza de salvar a la madre y aún al niño.

En tesis general, creemos preferible, en los casos extremos, la cesárea abdominal o la operación de Porro, a la cesárea vaginal, de mucho más difícil ejecución.

Como complemento del tratamiento obstétrico y quirúrgico están indicadas las inyecciones de suero artificial, 500 o 1.000 c. c. por vía sub-cutánea o endovenoso, de cafeína, de éter, a objeto de levantar el estado general. Una vez efectuado el parto, se recurrirá a las inyecciones de

ergotina, pituitrina, estrignina, etc. Los lavajes de agua yodada a una temperatura de 48° a 50° intraterinos, abundantes; el masaje de útero prolongado, mientras dure la hemorragia. La enferma debe reposar en cama blanda, bien abrigada, con la cabeza baja.

Cuando la hemorragia ha sido abundante, se puede ensayar la transfusión sanguínea, que en manos de algunos operadores ha dado buenos resultados. Puede también aplicarse vendajes compresivos en las extremidades inferiores, colocadas a un nivel más alto que la cabeza.

Historias clínicas

OBSERVACION I

M. G. de W., 33 años de edad, nacionalidad argentina, ocupación Q. D. Ingresa a la clínica el día 3 de Febrero de 1916, a las 10.15 a. m.

Sus antecedentes hereditarios no tienen importancia. La madre tuvo once hijos, partos normales.

Como antecedentes individuales, tenemos los siguientes: Caminó a los nueve meses, locomoción normal; su primera menstruación la tuvo a los trece años, fueron siempre dolorosas y de una duración de tres días. Como antecedentes patológicos dice sólo haber tenido sarampión. Ginecológicos, ninguno. Obstétricos: tuvo tres embarazos anteriores, partos normales. Todos sus hijos viven y son sanos. Todos son hijos del mismo padre.

Embarazo actual: Su última regla la tuvo en el mes de Agosto durándole desde el día 13 al 15

del mismo mes. Los movimientos activos los comenzó a sentir a los cinco meses. La altura del útero es de veintisiete centímetros. La edad del embarazo a su ingreso a la clínica es de seis meses. Como accidentes y complicaciones del mismo, sólo dice haber tenido un flujo amarillo.

Examen general: Piel blanca, pelo castaño. No hay varices ni edemas. Esqueleto mediano, bien conformado. Pulmones y corazón normales. Pulso regular, de buena tensión, 90 pulsaciones por minuto. No se encuentra albúmina en las orinas. No se observan estigmas de degeneración.

Examen obstétrico: Vientre poco globuloso con una circunferencia de 90 centímetros. Utero en la línea media, presentando una tensión moderada. Presentación cefálica, variedad vértice. No hay encaje. Auscultación fetal, negativa. Vulva y vagina amplias. Cuello uterino con 1 centímetro de dilatación.

La pelvimetría externa nos da los siguientes diámetros: B. T., 31; B. I., 26 1/2; B. E., 23; S. P., 19. Conformación pelviana, normal.

Esta enferma ingresa a la clínica, porque estando en el sexto mes del embarazo, tiene hemorragias desde las 8 a. m. de este día.

Se presenta en el siguiente estado: facies anémicas, pulso regular, buena tensión, 90 pulsaciones. Temperatura 37°.

Al tacto se encuentra un cuello de múltipara, de 3 centímetros de largo, que permite el pasaje de un solo dedo. Bolsa íntegra. No se encuentra placenta.

La enferma sigue perdiendo sangre, por lo que el jefe de Clínica ordena la ruptura artificial de las membranas y colocación de un balón de Charpentier de Rives, de 6 centímetros de diámetro. Eran las 11.30 a. m.

El líquido amniótico se presenta teñido de sangre. Se le hace pituitrina y suero, 500 gramos. A los treinta minutos de inyectarse pituitrina, la enferma acusa dolores, tiene contracciones algo espaciadas.

Es de notar, que desde su ingreso no se oyen latidos fetales. El pulso, durante la tarde, es muy variable, oscilando entre 70 y 120 pulsaciones. A las 5 p. m., se le inyecta cafeína.

A las 8 p. m., vuelve a perder sangre; el balón ha descendido; se le retira y se procede a intervenir.

Previa desinfección de práctica, se hace un tacto, y se comprueba una dilatación de 7 centímetros, presentación cefálica con procidencia de una mano, que se rechaza.

Al intentar la versión, se ve que el feto es tan pequeño que sale en masa. La placenta situada en el fondo del útero en posición antero lateral derecha, estaba desprendida en toda su porción inferior, y desciende inmediatamente después de feto. Como la enferma pierde sangre se le hace un prolongado lavaje con agua yodada caliente. La hemorragia se cohibe pronto. Los masajes se continúan. Se le inyecta suero en una cantidad de 500 gramos. La enferma queda relativamente bien.

Como se ve, el alumbramiento se efectúa in-

mediatamente después del parto. La placenta se presenta por su cara fetal. Tiene una forma circular y su peso es de 200 gramos. Se nota en ella núcleos fibros gaseosos en los bordes. Surcos borrados, cotiledones aplastados, y numerosos coágulos en su cara uterina. Las membranas están completas. Su longitud es de 25-2. El cordón mide 32 centímetros, su volumen es de uno y su inserción es lateral.

El feto, muerto prematuro, es de sexo masculino.

En resumen: El diagnóstico es de: embarazo del sexto mes, desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertada, hemorragia mixta, presentación cefálica, puerperio sub-febril.

Tratamiento: Ruptura artificial de las membranas, balón de Charpentier de Rives.

Sale de alta, a su pedido, el 9 de Febrero de 1916.

OBSERVACION II

Historia clínica N.º 195. Año 1916. C. R., 28 años, argentina, lavandera. Ingresó a la clínica el 8 de Febrero, a las 8 p. m.

Antecedentes hereditarios: Padres argentinos, muertos; ignora de qué. La madre tuvo nueve partos normales. No hubo abortos ni gemelar.

Antecedentes personales: Ha caminado siempre bien. Regló a los doce años, abundantes y dolorosas de una duración de seis a siete días. Tuvo sarampión a los catorce años.

Ha tenido siete embarazos a término. El primero de sexo femenino, vive y es sano. El segundo, sexo femenino, murió de ataque a la cabeza a los quince meses. El tercero, quinto y sexto, de sexo masculino, nacieron muertos. El cuarto, de sexo femenino, murió a los quince días; ignora la causa. Por último, el séptimo de sexo femenino, murió a los quince meses, de empacho, según la madre. Todos son hijos del mismo padre que el actual.

Embarazo actual: Últimas reglas en Junio, en los primeros días. Movimientos activos a los tres meses. Altura del útero 32 centímetros. La edad del embarazo a su ingreso a la clínica es de siete meses y medio. Como complicaciones del mismo ha tenido gastralgias, vómitos biliosos.

Examen general: Piel trigüeña, pelo castaño de un metro y cuarenta y cinco centímetros de talla, y un peso de 52 kilos, 700 gramos. Se observan várices en los miembros inferiores. No hay edemas. Esqueleto bien conformado. Pulmones y corazón, normales. Pulso 120, regular, poco tenso. No hay albúmina en la orina. No hay estigmas de degeneración.

Examen obstétrico: Vientre globuloso, de una circunferencia de 95 centímetros. Utero en la línea media, con una tensión exagerada. Presentación cefálica. No hay encaje. Posición I. T. Auscultación fetal negativa. Vulva y vagina dilatables. Cuello uterino con 3 centímetros de dilatación.

Pelvimetría externa: B. T., 31; B. I., 28; B. E., 24; S. P., 19.

Reacción de Wassermann, positiva.

Entró a la sala de partos a las 8 p. m., del 8 de Febrero.

Observaciones del parto: Esta enferma llega a la maternidad, a las 5.30 p. m. del día 8 de Febrero. Dice que siente un dolor en las caderas, y que cree está por desocupar. Su examen no revela trabajo, por lo que se le dice que puede retirarse, que su embarazo no está a término, pero que regrese inmediatamente que tenga dolores. La enferma camina trece cuerdas, y se acuesta a las 7 p. m. A las 10 p. m. le sobreviene una hemorragia, por lo que es traída nuevamente, a la clínica, por intermedio de la Asistencia Pública.

Llega en las siguientes condiciones: Pulso 120, buena tensión, temperatura 37°2".

Al examen obstétrico, el vientre se presenta poco proeminente, de paredes tensas, útero retraído en la línea media, sin acusar dolores de parto. Sólo dice sentir dolor cuando la tocan en el lado izquierdo, al nivel del ombligo, un poco hacia abajo. No hay latidos fetales.

Al tacto se observa que sale sangre de sus genitales, en abundancia y de una manera continua. La vulva y la vagina son amplias, de múltipara. El cuello tiene 3 centímetros de dilatación, sin estar completamente borrado, es dilatable. La bolsa está íntegra. Se constata una presentación cefálica sin encage en I. T. Como la sangre no se cohibe, se cree en una inserción baja de placenta, pero el tacto no comprueba nada. Se rompen las membranas artificialmente, dando salida a un líquido sanguinolento. La cabeza se insinúa en el

cuello. Durante el tacto éste cede hasta que su dilatación llega a 6 centímetros: A los diez minutos de haberse roto la bolsa de las aguas, la enferma dice que tiene dolores y se queja. A los cuarenta minutos, el parto se hace espontáneo, (feto muerto), saliendo la placenta que se encontraba desprendida, seguida de coágulos.

Se hace masaje de útero, ergotina, suero 400 gramos, lavaje caliente y prolongado. Durante estas maniobras, la enferma sufre un ligero desvanecimiento, y dice no ver bien, pero no pierde el conocimiento. El pulso llega a 120, de buena tensión. Los masajes de útero continúan por el espacio de dos horas.

La placenta tiene coágulos adheridos a su cara fetal, y se confirma un diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta.

Alumbramiento espontáneo siguiendo inmediatamente el feto. La placenta se presenta por su cara uterina. Tiene una forma circular, y un peso de 400 gramos. Adheridos a su cara uterina se encuentran numerosos coágulos sanguíneos, recientes, grandes, y cubriendo en gran parte su superficie. Los surcos intercotiledóneos, poco marcados. Membranas completas y de una longitud de 29 y 6. El cordón tiene una longitud de 50 centímetros, un volumen de uno y su inserción es lateral.

El niño es de sexo masculino. Ha nacido muerto. Tiene un peso de 1.550 gramos.

Resumen de la historia clínica: Diagnóstico: embarazo del octavo mes, presentación cefálica I. A. Desprendimiento prematuro de la placenta

normalmente insertada. Hemorragia mixta. Muerte del feto. Parto espontáneo.

Tratamiento: Suero, ergotina.

Sale de alta, a su pedido, el 15 de Febrero de 1916.

OBSERVACION III

Historia clínica N.º 454. Año 1916. T. M. de T., de 43 años, Q. D., de nacionalidad española. Ingresó a la clínica el 22 de Julio, a las 11.30 a. m.

Antecedentes hereditarios: Padres españoles, muertos; ignora de qué. La madre tuvo tres hijos, partos normales. No hubo aborto ni gemelar.

Antecedentes personales: Locomoción normal. Menstruó a los diecisiete años, abundantes, dolorosa, de una duración de cinco a seis días. En la infancia tuvo sarampión. Derrame cerebral, seguido de hemiplegia a los 41 años.

Ha tenido cinco embarazos anteriores, partos normales y de término. El primero y quinto fueron del sexo masculino; el segundo, tercero y cuarto, femeninos. El cuarto y quinto murieron de tres años y tres meses, y de quince meses, respectivamente, de meningitis. Todos son hijos del mismo padre.

Embarazo actual: Últimas reglas en el mes de Julio, del día 4 al 11. Movimientos activos a los cuatro meses. La edad del embarazo a su ingreso a la clínica y en el momento del parto es de siete meses.

Examen general: Piel blanca, ojos y pelo casta-

ños. No hay várices. Existen edemas en los miembros inferiores. Pulmones y corazón, normales. Pulso regular, buena tensión, 80 pulsaciones. En la orina no hay albúmina. No hay estigma de degeneración.

Examen obstétrico: Vientre poco globuloso, no se tomó la circunferencia. Utero en la línea media, tenso. Presentación pelviana. No hay encaje. Posición D. T. Auscultación fetal, negativa. Vulva y vagina, amplias. Cuello uterino dilatado completamente.

Pelvimetría externa: B. T., 31; B. I., 26; B. E., 23; S. P., 19.

Entra a la sala de partos a las 11.30 a. m. del día 16 de Febrero.

Observaciones del parto: Ingresa esta enferma del público, refiriendo que hace cinco horas y media que pierde sangre por sus órganos genitales, en regular cantidad, habiéndole empezado la hemorragia estando parada, sin sufrir ningún dolor. Estos, recién le empiezan, media hora después, pero muy atenuados, en el bajo vientre, aumentando de intensidad, pero nunca fueron muy fuertes.

Viene en las siguientes condiciones: estado general regular; 70 pulsaciones por minuto, regular, tensión exagerada, temperatura 36°4”.

A la inspección, vientre poco globuloso, paredes flácidas, útero ovoire, en la línea media, con una tensión exagerada, permanente, y sin la menor contracción, por todo lo cual, el diagnóstico de posición se hace imposible. La auscultación es negativa.

Al tacto, vulva y vagina, amplias; cuello uterino, completamente dilatado. Bolsa íntegra. Presentación pelviana; nalga completa; posición D. T. En la vagina hay gran cantidad de coágulos.

Se rompe la bolsa de las aguas, con el perforador, y se da salida al líquido amniótico, en cantidad normal y de coloración rosada. La pérdida sanguínea no se detiene, por cuya causa se resuelve intervenir, haciendo una extracción que se practica sin dificultad, extrayendo un feto muerto.

Por el método de Credé se hace el alumbramiento, y salta la placenta con sus membranas íntegras, acompañada de una regular cantidad de coágulos adheridos a su cara uterina. Los surcos intercofiledóneos son poco profundos, y toda la torta placentaria está aplastada.

Este caso, que desde el principio fué diagnosticado desprendimiento prematuro de placenta, fué confirmado con el examen de ésta por su aspecto típico.

La mujer perdería desde la entrada a la clínica, unos 600 gramos de sangre. El pulso fué siempre lento.

El alumbramiento se efectuó antes de cinco minutos, después del parto. La placenta se presentó por su cara fetal. Su forma era circular, y su peso de 450 gramos. Membranas completas. El cordón con una inserción lateral, medía 65 centímetros de longitud.

El niño de sexo masculino, nació muerto. Su peso era de 2.000 gramos, y tenía una longitud total de 45 centímetros.

Resumen de la historia clínica: Diagnóstico: embarazo del séptimo mes. Presentación O. I. D. T. Desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertada. Hemorragia. Muerte del feto.

Tratamiento: Ruptura artificial de las membranas. Gran extracción pelviana. Credé. Lavajes vulvares.

Sale de alta el 25 de Febrero.

OBSERVACION IV

Historia clínica N.º 396. Año 1916. A. M. G., de 27 años, Q. D., española. Ingres a la clínica el 20 de Marzo, a las 6 a. m.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Tuvo cuatro embarazos anteriores. El primero, varón, murió a los cinco años tuberculoso. Su nacimiento fué a término y una presentación de nalga. La segunda, mujer, vive y es sana; fué una versión interna, a término. La tercera, vive y es sana, parto espontáneo. El cuarto, varón, vive, sano; el embarazo fué a término, y el parto espontáneo. Todos son hijos del mismo padre. Lactancia materna.

Embarazo actual: Ignora la fecha de sus últimas reglas, como asimismo el tiempo en que sintió los movimientos activos. Altura del útero 35 centímetros y medio. La edad del embarazo a su ingreso a la clínica es de nueve meses, lo mismo que en el momento del parto. En los accidentes y complicaciones del embarazo figura náuseas y mareos.

Examen general: Piel trigueña, cabello y ojos negros. No hay várices ni edemas. Pulmones y corazón, normales. Pulso 84 pulsaciones por minuto. En la orina no hay albúmina. No hay estigmas de degeneración.

Examen obstétrico: Vientre ovoide de una circunferencia de 94 centímetros. Útero en la línea media, con una tensión normal. Presentación cefálica. No hay encaje. Posición I. T. Auscultación fetal, negativa. Vulva y vagina, amplias. Cuello uterino sin trabajo de parto.

Pelvimetría externa: B. T., 30; B. I., 27; B. E., 24; S. P., 19.

Reacción de Wassermann, negativa.

El parto principia a las 8 a. m. del día 20 de Marzo. La dilatación completa se tiene a las 12 y media. Duración del período de dilatación, cuatro horas y media. Duración del parto, cinco horas; nacimiento, a la 1 p. m.

Observaciones del parto: Refiere la enferma, que su embarazo había transcurrido sin novedad, hasta hoy a las 5 a. m., en que tiene de pronto una abundante hemorragia, por sus órganos genitales, sin sufrir dolores. La partera que la asiste, pide una rápida intervención médica, por lo que ingresa a esta clínica a las 6 a. m. del día 20 de Marzo, en las siguientes condiciones: Estado general, bueno. Pulso, regular, poco tenso, 80 pulsaciones por minuto. Temperatura 36°6"; conjuntivas y encías bien coloreadas.

Examen obstétrico: Vientre ovoide, poco prominente, de paredes poco tensas. Útero en la línea media, que durante la contracción toma una for-

ma cordiforme, por excesivo desarrollo del cuerno izquierdo, de tensión normal, doloroso a la palpación, sobre todo, al lado izquierdo, donde existe una zona pastosa, que se piensa pueda corresponder a la zona de inserción placentaria. Se halla animado de contracciones dolorosas, de ritmo y duración normal, y de resultados eficaces. Por la palpación, se diagnostica una presentación cefálica, cabeza muy alta, peloteando excesivamente, sin haber desproporción pélvico-fetal. A la auscultación no se encuentran latidos fetales.

Respecto a los movimientos del feto, la madre refiere haberlo sentido por la mañana, cuando ya la auscultación demostraba no haber latidos.

Por el tacto se encuentra la vulva y vagina amplias y elásticas; cuello uterino aún formado, con su orificio entreabierto, dando paso a dos dedos. Bolsa íntegra; presentación cefálica, sin encaje, en posición I. T.. El segmento inferior, mal distendido, tiene forma de embudo; el dedo que lo reconoce por su cara interna, no encuentra placenta.

Durante las maniobras de examen, sale poca sangre. Después de este reconocimiento, que es practicado a las 10 a. m., se resuelve esperar, en vista que no hay signo alarmante para la madre. A las 11.30 a. m., como se nota que la enferma vuelve a perder sangre, se resuelve efectuar otro examen con el fin de ver de practicar la intervención más adecuada.

Se constata 6 centímetros de dilatación. Bolsa de aguas, esférica. Hay pérdida sanguínea, por

lo que se decide romper la bolsa a fin de apresurar el parto. Hecho esto, sale una cantidad de líquido amniótico algo mayor que lo normal, teñido de sangre. Las contracciones se suceden más seguidas y con mayor energía, haciendo descender inmediatamente la cabeza, que apoya fuertemente sobre el orificio interno y su reborde. La hemorragia se suprime totalmente.

En vista de la buena marcha del trabajo, se deja que se haga espontáneamente, lo que así sucede quince minutos después, a la 1 p. m., con feto muerto. Inmediatamente después se presenta la placenta, por su borde, arrastrando con ella y envuelta en las membranas, un gran coágulo sanguíneo, que parece haber estado adherido a la cara interna de la placenta, que no presenta muchos caracteres de los acostumbrados a verse en estos casos. La enferma no pierde sangre, y su estado general es bueno. A objeto de prevenir cualquier accidente, se le inyecta un centímetro cúbico de ergotina y se le da un lavaje caliente.

La cantidad de sangre perdida en la clínica ha sido de unos 650 gramos.

La forma de la placenta era circular y pesaba 600 gramos: Las membranas estaban completas, y de una longitud de 32.13.

Resumen de la historia clínica: Embarazo del noveno mes. Presentación cefálica O. I. I. A. Desprendimiento de placenta normalmente insertada.

Tratamiento: Ruptura artificial de las membranas. Parto espontáneo. Lavajes vulvares.

Sale de alta el 24 de Marzo.

OBSERVACION V

Historia clínica N.º 848. V. M. de M., 34 años, Q. D., nacionalidad italiana. Ingres a la clínica el 18 de Junio de 1916, a las 7.20 p. m.

Antecedentes hereditarios: Padres italianos, viven y son sanos. La madre tuvo diez hijos, partos normales. No hubo abortos ni gemelares.

Antecedentes individuales: Ignora cuando empezó a caminar. Locomoción normal. Menstruó a los quince años, regulares, en aparición, duración y cantidad. Indoloras.

Ha tenido sarampión y fiebre tifoidea. No tiene antecedentes ginecológicos. En los obstétricos figuran cuatro embarazos a término. El primero, del sexo masculino, fué una aplicación de forceps y murió a las cuarenta horas de nacer. Los otros tres fueron partos espontáneos. Todos viven y son sanos. Lactancia materna. Todos son hijos del mismo padre que el actual.

Embarazo actual: No recuerda la época en que tuvo sus últimas reglas. Los movimientos activos empezó a sentirlos a los cuatro meses y medio, más o menos. La altura del útero es de 36 centímetros. La edad del embarazo a su ingreso a la clínica y en el momento del parto es a término. Como accidentes y complicaciones del mismo, figuran vómitos biliosos.

Examen general: Piel trigueña, medianamente pigmentada, ojos y cabellos negros. Várices superficiales. No hay edemas. Esqueleto mediano, bien conformado. Pulmones y corazón, normales. Pulso 120, regular, de mediana tensión. Tempera-

tura 33°. En la orina se encuentra albúmina. No hay estigmas de degeneración.

Examen obstétrico: Vientre saliente, de una circunferencia de 100 centímetros. Utero en la línea media, con una tensión elevada. Presentación cefálica, variedad vértice. No hay encaje. Posición I. Auscultación fetal, negativa. Vulva y vagina, amplias, de múltipara. Cuello uterino entreabierto. Felvimetría interna, digital c. diagonal 12 centímetros p. p. m., 10,5 centímetros. Conformación pelviana, ligeramente infundibuliforme.

Parto: Se ignora cuando principió. Entró a la sala de partos a las 7 p. m. del día 18 de Junio. Al entrar, el cuello uterino está entreabierto (dehiscente). Posición y variedad O. I. I. T. La cantidad de sangre perdida hasta el momento de la expulsión es mínima. No hubo lesiones vulvo-perineales ni vaginales y cervicales. Se ignora la duración total del parto. Nacimiento a las 9.30 p. m. del mismo día.

Observaciones del parto: Refiere el esposo que a las 4 a. m. del día 18, se despertó la enferma con dolores de vientre, y que al preguntarle si deseaba que buscara a la partera, le dijo que no, «porque los dolores que tenían no eran de parto». Como éstos continuaran, aquella profesional fué requerida. A las 5.30 p. m., la partera, a su vez, requiere la presencia de un médico porque según su modo de ver, la paciente está grave. Como no fuese habido el médico de la casa, solicita el marido la visita de la primera partera de la clínica, señora Acuña, quien aconseja el inmediato ingreso a esta maternidad. Estos son

los únicos datos, que suministra el esposo. A otros no sabe responder y menos a los antecedentes de los últimos días del embarazo.

Llega en las siguientes condiciones: Temperatura 120, regular, hipotenso, facies un poco ansiosas y pálidas, conjutiva y mucosa descoloridas. Ligera disnea. Se queja de dolores en el vientre, localizados en el útero, continuos, pero que se exacerban en el momento de las contracciones. Utero grande, de 36 centímetros de altura, ovoide, bien visible. Sus paredes lisas, ofrecen una consistencia mucho mayor que lo normal, sin llegar a ser leñosa. Las contracciones son enérgicas, muy dolorosas y regularmente intermitentes. No es posible palpar el menor relieve fetal. No se oyen latidos. La mujer no siente los movimientos activos desde la mañana.

Por el tacto se nota una vulva y vagina amplias; cuello dehiscente; presentación cefálica, sin encaje, en O. I. L. T. La partera rompe artificialmente las membranas. El líquido amniótico aparece rosado. La reacción de Peller, muestra un gran anillo de albúmina.

A las 9.15 a. m., la paciente es examinada por el Dr. Boero, quien encuentra 130 pulsaciones, hipotensas, pero regulares, y el cuadro antes descrito, diagnosticando una hematoma retro placentario, por lo que se decide intervenir, dada la gravedad del caso a fin de terminar rápidamente el parto.

Anestesia con éter. Suero artificial en hipodermoclisis, 500 centímetros cúbicos; cafeína. Al practicar nuevamente el tacto, se percibe dilata-

ción completa, vértice profundamente encajado en I. A., sin modelarse, fenómenos que se han cumplido, en el intervalo de una hora, desde la ruptura de las membranas. Aplicación del forceps Payot, en el estrecho inferior, y extracción fácil de un feto muerto. Haciendo una moderada presión sobre el fondo de útero, saltan inmediatamente la placenta y 1.500 gramos de sangre, en parte líquida, en parte coagulada, que son recogidas en una palangana. Se le inyecta 2 c. c. de ergotina, pero antes que esta se absorbiese, el útero se retrae vigorosamente y queda pequeño. No obstante, sale un hilo de sangre continuo que hace suponer una apoplejía uterina.

Se practicada una gran irrigación yodada, intrauterina, bien caliente, pero la hemorragia continúa, por lo que se recurre a hacer un apretado taponamiento, con gasa aséptica, al mismo tiempo que se ordena la preparación de lo necesario para una histerectomía. En este momento la mujer tiene un pulso filiforme y está más pálida aún. Se le hace un litro de suero artificial, endovenoso, y se vendan las extremidades.

A los diez minutos, la sangre reaparece gota a gota por la vulva, no obstante el taponamiento uterino. Se le traslada a la mesa de operaciones, se le coloca en posición de Trendelenburg, se prepara la pared del abdomen con dos manos de tintura de yodo, y las compresas protectoras, estando listo el operador y el ayudante. La hemorragia parece cohibirse durante quince minutos. Se continúa con la espectación armada durante treinta y cinco minutos más, al cabo de

los cuales, no obstante la compresión aórtica y aunque el pulso ha disminuído algo, se decide practicar la operación de Porro, clásica, porque la paciente ha perdido otro poco de sangre (50 gramos) que no deja lugar a duda sobre la lesión apopléjica del útero.

En quince minutos se termina la intervención, previa extracción de la gasa del útero. Este órgano aparece casi totalmente infiltrado de sangre, y en las proximidades del segmento inferior, hacia los costados, cerca de los bordes, la sangre ha desprendido el peritoneo. La operada es trasladada a un lecho calentado. Está sumamente agitada, con disnea ansiosa, que revela la gran pérdida de sangre, y hace un pronóstico malo; el pulso radial llega a 160; el enfriamiento es general. Pierde, después de operada, unos 20 gramos de sangre más. En este estado permanece durante diez horas, y como se agravara rápidamente se decide hacerle transfusión sanguínea. Esta se ejecuta con 600 gramos de sangre del marido, pero la enferma fallece en ese momento. No se practicó autopsia.

La placenta tiene una forma circular, y un peso de 400 gramos, presentando gran cantidad de infartos blancos. Cotiledones aplastados, surcos intercotiledóneos, borrados. Las membranas están completas y de una longitud de 26.3. La inserción del cordón es central.

OBSERVACION VI

Año 1917. Boletín clínico de L. V. de M., ocupación Q. D., española. Ingresó a la clínica a las 12.20 a. m.

Antecedentes hereditarios: Padres españoles, viven y son sanos. La madre tuvo cinco hijos, partos normales. No hubo abortos ni gemelares.

Antecedentes personales: Caminó a los dieciocho meses, locomoción normal. Menstruó a los once años, regulares en aparición y cantidad, indoloras, duración tres días. Tuvo sarampión en la primera infancia, y viruela a los doce años.

No tiene antecedentes ginecológicos, ni obstétricos. Es primeriza.

Embarazo actual: Su última menstruación la tuvo en el mes de Septiembre, del día 4 al 7 de dicho mes. Los movimientos activos los tiene a los cinco meses. La altura del útero es de 27 centímetros. La edad del embarazo a su ingreso a la clínica, y en el momento del parto, es de siete meses. Entre los accidentes y complicaciones del mismo, figuran: vómitos biliosos y alimenticios, incoercibles los cinco primeros meses. Cefalalgia intensa, gastralgia, dolores óseos, cansancio general, constipación, alopecia, odontalgias y neuralgias. Abundante flujo amarillo.

Examen general: Piel blanca, ojos y cabello castaño obscuro. No hay várices ni edemas. Esqueleto mediano, bien conformado. Pulmones y corazón, normales. Cien pulsaciones por minuto, regular, de buena tensión. Temperatura 38°2". En

la orina hay vestigios de albúmina. No hay estigmas de degeneración.

Examen obstétrico: Vientre globuloso, de 86 centímetros de circunferencia. Utero desviado a derecha de una tensión regular. Presentación pelviana, variedad, completa. No hay encaje. Posición I. T. Auscultación fetal, positiva. Vulva de primípara. En la vagina existe una vaginitis granulosa. Cuello uterino con principio de borramiento. Pelvimetría externa, B. I., 24; B. E., 27 y medio. Conformación pelviana normal.

Parto: Principia a las 6.30 a. m. del 23 de Abril. Entró a la sala de partos a las 12.20 p. m. del mismo día, con un principio de borramiento. El encaje se lleva a cabo, al comenzarse la dilatación. Dilatación completa a las 6.15 p. m. El período de dilatación duró once horas cuarenta y ocho minutos.

Observaciones del parto: Esta enferma ingresa a la sala de partos procedente del consultorio externo, en donde, al examinarla, comprueban que hay trabajo. Acusa dolores lumbares, y del bajo vientre. La noche anterior, dice, haber perdido sangre, en regular cantidad.

Una vez en la sala de partos, (sección séptica), es nuevamente examinada. Como se comprueba que es un embarazo del séptimo mes, se trata de detener el proceso, para lo cual se le hacen dos enemas; el primero, lavador, con 100 gramos de agua, y el otro, con la misma cantidad más veinte gotas de laúdano S., y reposo. Con este tratamiento desaparecen en parte los dolores y consigue conciliar el sueño. Duerme tres horas, des-

pertando con ligeros dolores, que fueron acentuándose. A las 5.30 del mismo día, nótase que pierde líquido en pequeña cantidad. Sin embargo, una hora más tarde, y- por la observación directa, no se observa la ruptura de las membranas. El parto que se hacía en pelviana, progresaba, y las nalgas estaban completamente recubiertas por las membranas, a las que rechazaba con fuerzas sin romperlas. En este estado se observa de pronto, la salida de sangre a borbotones, por los lugares, en donde no se adaptaba bien el polo fetal. Los latidos fetales, positivos, en número de 140.

Siendo la dilatación completa, se rompe la bolsa de las aguas artificialmente, saliendo el líquido amniótico sanguinolento, y acto continuo se efectúa el parto, que termina con una maniobra de Mauriceau, y que constituye con el alumbramiento un solo tiempo, pues junto con la cabeza del feto, se ve aparecer la placenta. Esta tiene una forma ovoide, y un peso de 450 gramos. Las membranas están completas y de una longitud de 10-28. El cordón tiene una inserción velamentosa y mide 58 centímetros de longitud.

Bibliografía

Bar.—1914. Tomo segundo.

Biacardi.—De la estructura de la placenta normalmente insertada, en los casos de desprendimiento precoz (Annali di Ostétrica, Mayo 1905).

Baudelocque C. A.—Traité des hemorrhagiés internes de l'uterus.—Paris.

Bar, Paul, Kervly.—Notes sur les lesions cellulaires du foie dans un cas d'hematome retroplacentaire. L'obstétrica, 1906.

Baudelocque.—Revue pratique d'Obstetrique et de Pediatrie.—Dbre. 1906.

Charpentier.—Traité des accouchements.

Couvelaire.—Cinq cas d'hemorragie retroplacentaire observés a la Clinique Baudelocque (Revue pratique á obstetrique et de Pediatrie, Dbre. 1906.

Couvelaire.—Introduction a la chirurgie uterina obstetricale.—1913.

Couvelaire.—Traitement chirurgical des hemorrhagies utero-placentaires, avec decollement du

placenta normalment inséré. (Annales de Gyn. et obst., 1911, p. 591).

Couvelaire.—Deux nouvelles observations d'apoplegie utéro-placentaire. (Annales de Gyn. et d'Obst., 1912, p. 486).

Chevaldicheff.—Histerectame pour hemorragie consecutive du decollement prematuré de la placenta. (L'Obstétrica, 1908).

Crasson F.—Contribution à l'étude des hemorragies, retro-placentaires. (Tesis de Paris, 1906).

Devraigne Louis. — De l'hemoglobinemétrie dans le diagnostic des hematomes retro-placentaires. (L'Obstétrique, 1905).

Doleris.—Hemorragie par decollement premature du placenta situe très haut.

Essen Möller.—Memoria al XVIII Congreso de Medicina.—Londres, 1913.

Fabre y Bourret.—Deux cas de decollement premature du placenta normalment inséré. (L'Obstétrica, Paris, 1910).

Goodell.—Concealid accidental, haemorrhage of the gravid uterus. (Amer. Journ of Obst., 1867).

Castón J.—De decollement du placenta normalmente inséré au cours de la grossesse. (Tesis de Lyon, 1906).

Hofmeir.—Weber placentar.—Berlin L. I. Nock, 1907.

Leroux A.—Contribution à l'étude de la rupture du sinus circulaire, pendant la grossesse et le travail. (Paris, 1905).

Lachapelle.—Practique des accouchement.

Laudon P.—Du decollement du placenta nor-

mallmente inséré, au cours de la grossesse. (Tesis de París, 1906).

Lelong A.—Hémorragie retro-placentaires, d'origine traumatique. (Tesis de París, 1901).

Levy E.—Hémorragias retro-placentarias de origen traumático. (Tesis de París, 1911).

L. Golvan.—Hémorragies retro-placentaires. (Tesis de París, 1910).

Lehman.—Des hémorragies retro-placentaires. (Tesis de París, 1908).

Mauran L.—Deux cas de mort, par décollement prématuré du placenta, inséré normalement. (Tesis de París, 1909).

Ribemont Dessaignes.—Precis d'Obstetrique.

Shaeffe.—De las causas del desprendimiento prematuro de la placenta, insertada normalmente, durante la preñez. (Tesis Leyden, 1902).

Shickele.—Estudio Clínico del desprendimiento prematuro de placenta, normalmente insertada. (Murchener med. Wock, 1903).

Tarnier et Chautreuil.—Traité des accouchement.

Tarnier et Budin.—Traité de l'art des accouchement.

Varnier.—Rev. pratique d'obstetrique et de Pédiatrie.

Wallich.—Pathogenie et prophylaxie des lésions placentaires, chez les albuminuriques, et les eclamptiques. (Annales de Gyn. et d'Obst., 1912, p. 496).

Boero E. A.—Deux observations de décollement prématuré du placenta, inséré normalement. (Re-

vue de Clinique Obstetricale et Gynecologique, 1907, p. 172).

Boero E. A.—Desprendimiento prematuro de placenta, normalmente insertada. (Rev. Clin. et Obst., 1908).

Boero E. A.—Conferenciã en la Asociación Obstétrica Nacional.—1908.

Gabastou J. A.—Desprendimiento prematuro de la placenta, normalmente insertada. (Teris, 1908).

Fox Aroztegui.—Revista de la Sociedad Médica Argentina.

Zárate E.—Annales de Gyn. et d'Obst., Paris, 1914.

Gómez O.—Desprendimiento prematuro de placenta, normalmente insertada. (Tesis, 1914).

Peralta Ramos.—La placenta humana.



Buenos Aires, Mayo 3 de 1917

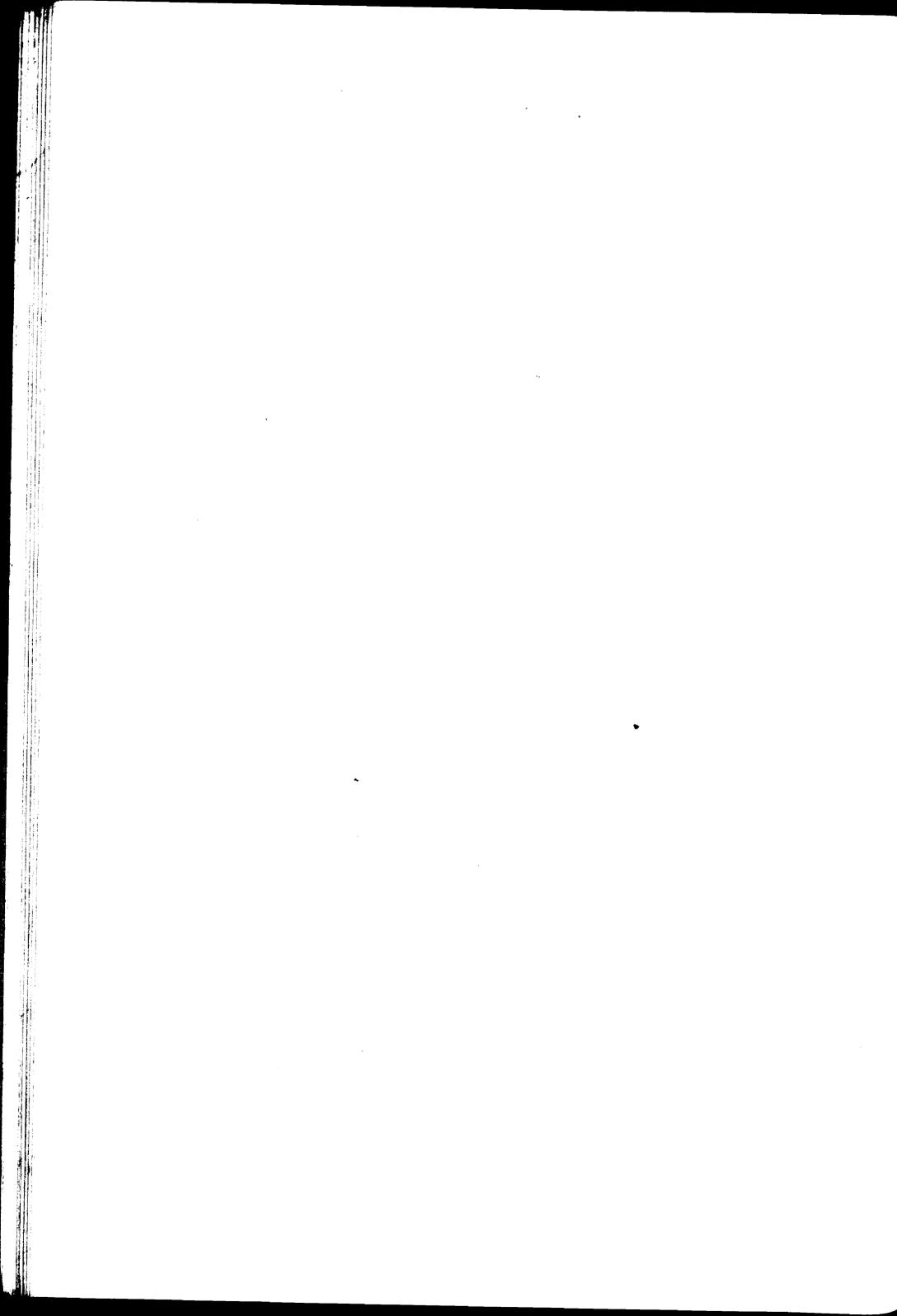
Nómbrese al señor Consejero Dr. Eliseo Cantón, al profesor titular Dr. Enrique Zárate y al profesor suplente Dr. Enrique A. Boero, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA.
J. A. Gabastou.

Buenos Aires, Mayo 9 de 1917

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3269 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.
J. A. Gabastou.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Resuelta la intervención quirúrgica cuál vía debe preferirse?

Eliseo Cantón.

II

En las hemorragias graves post partum en avalancha, cuál es el mejor tratamiento?

Enrique Zárate.

III

Solo por el tacto se puede hacer un diagnóstico diferencial entre ciertos casos de hidramnios agudos y el hematoma retroplacentario sin hemorragia externa.

Enrique A. Boero.

