



2835

N.º 2838

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Min. B. 34.11

DESPRENDIMIENTO PREMATURO

DE

PLACENTA NORMALMENTE INSERTADA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

OSCAR L. GOMEZ



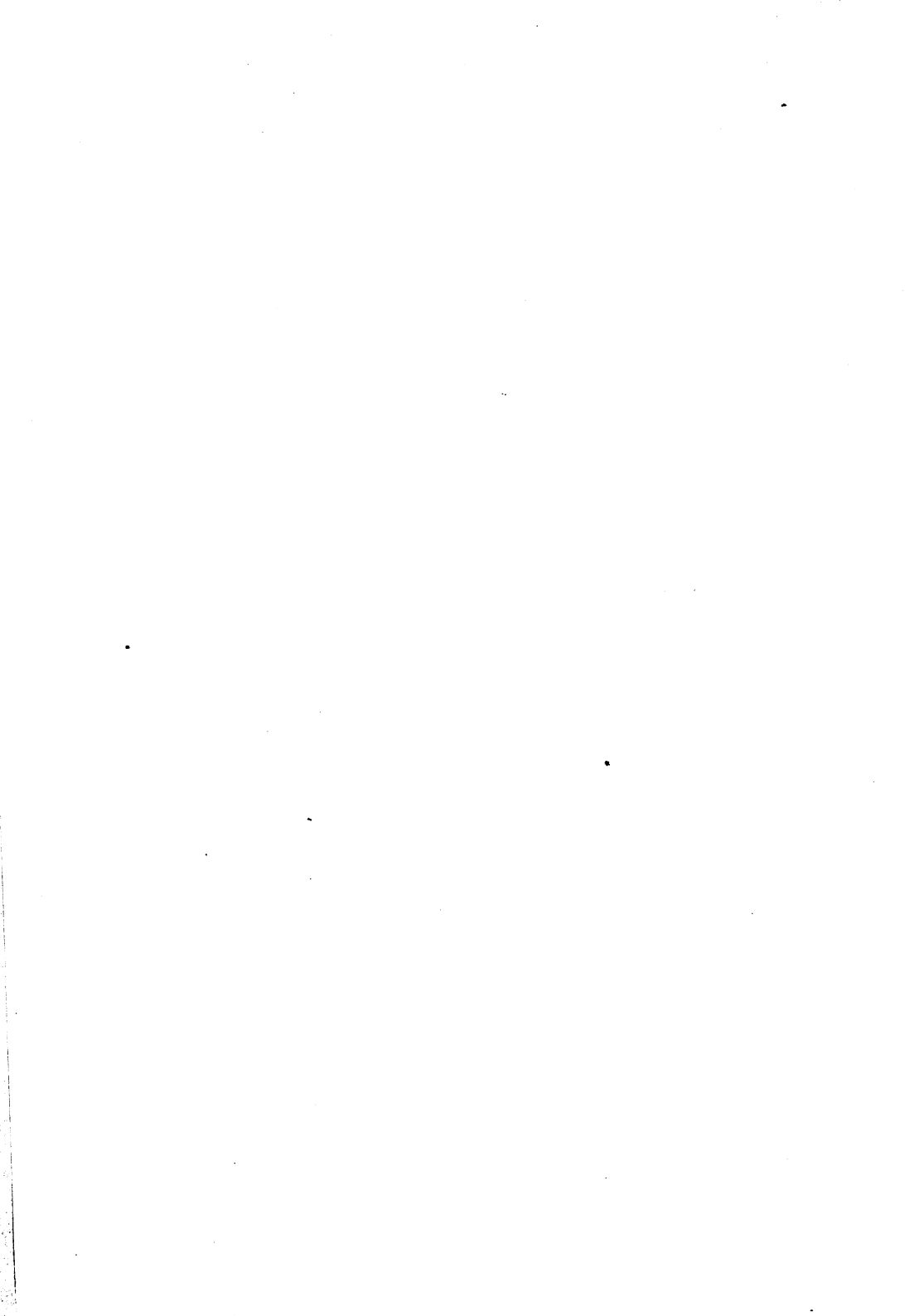
BUENOS AIRES

Talleres Gráf. de L. J. Rosso y Cía. — Belgrano 475

1914



DESPRENDIMIENTO PREMATURO
DE
PLACENTA NORMALMENTE INSERTADA



Año 1914

N.º 2838

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DESPRENDIMIENTO PREMATURO

DE

PLACENTA NORMALMENTE INSERTADA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

FOR

OSCAR L. GOMEZ



BUENOS AIRES

Talleres Gráf. de L. J. Rosso y Cía. — Belgrano 475

1914

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente:

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

Vice-Presidente:

DR. D. LUIS GÜEMES

Miembros titulares:

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

Secretarios:

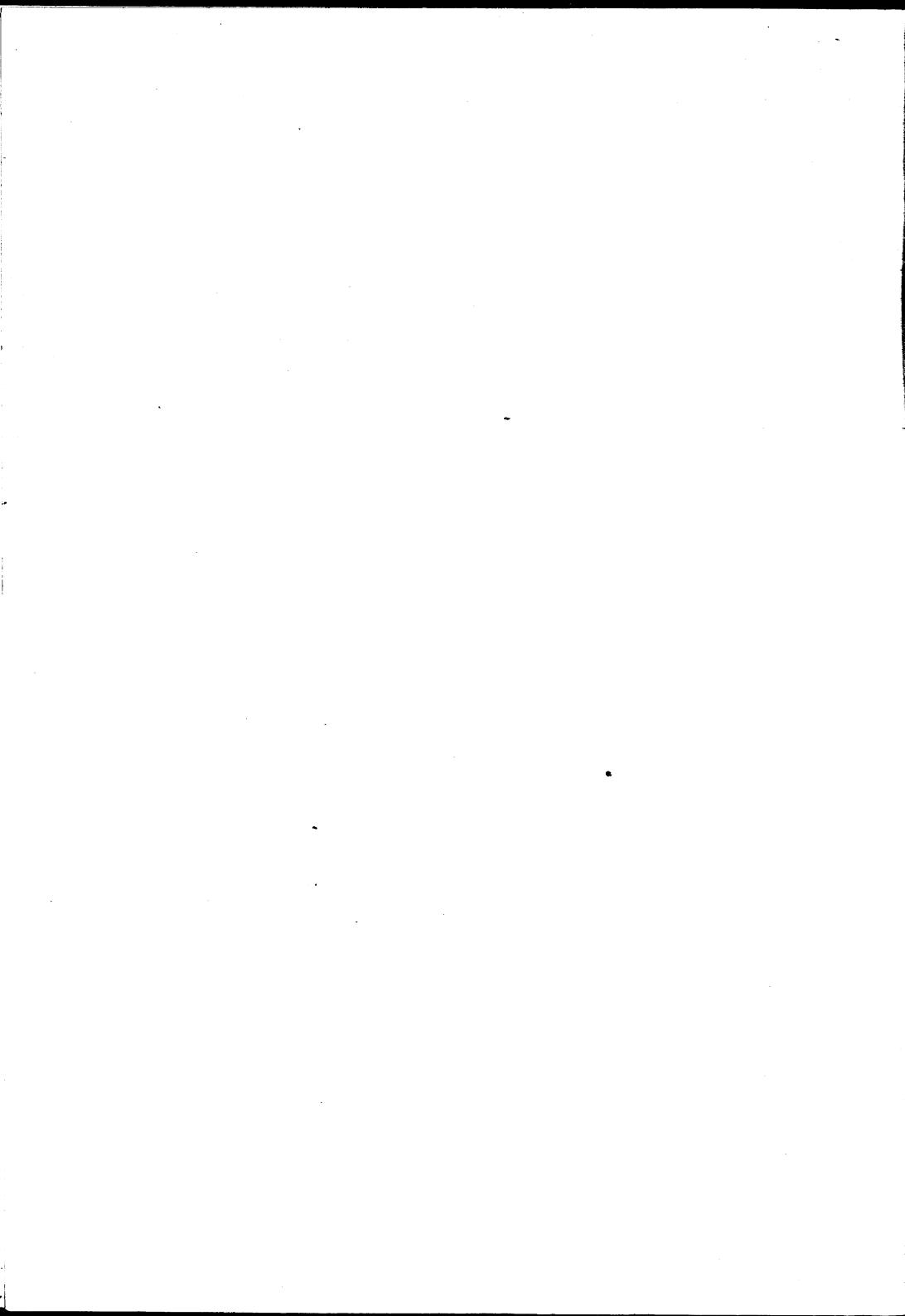
DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» » DESIDERIO F. DAVEL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios:

1. » » TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO VIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano :

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano:

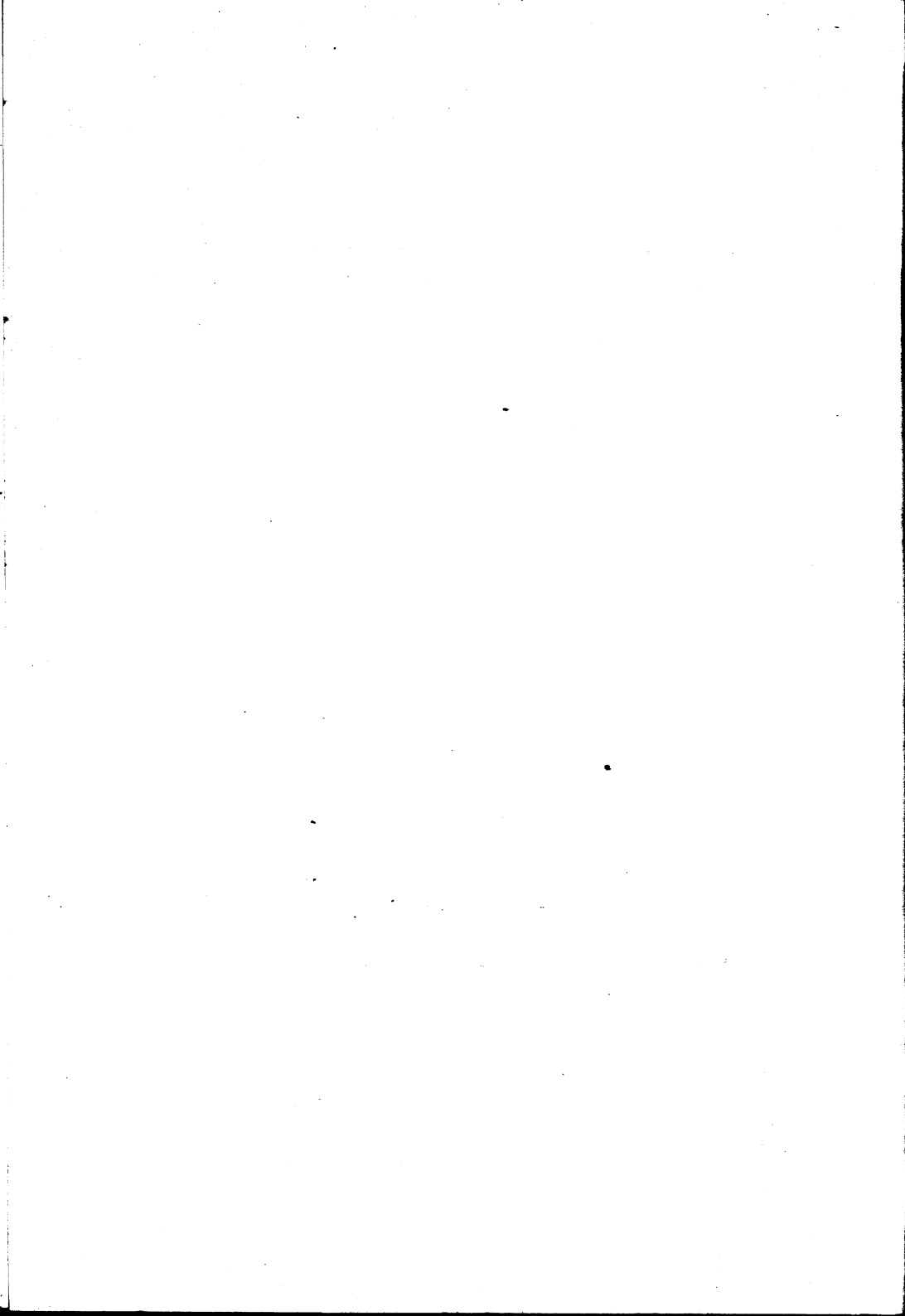
DR. EDUARDO OBEJERO

Consejeros:

DR. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » DOMINGO CABRED
» » ANGEL M. CENTENO
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » J. A. BOERI (Suplente)
» » ENRIQUE ZÁRATE
» » PEDRO LACAVERA
» » JOSÉ ARCE

Secretarios:

DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)
» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

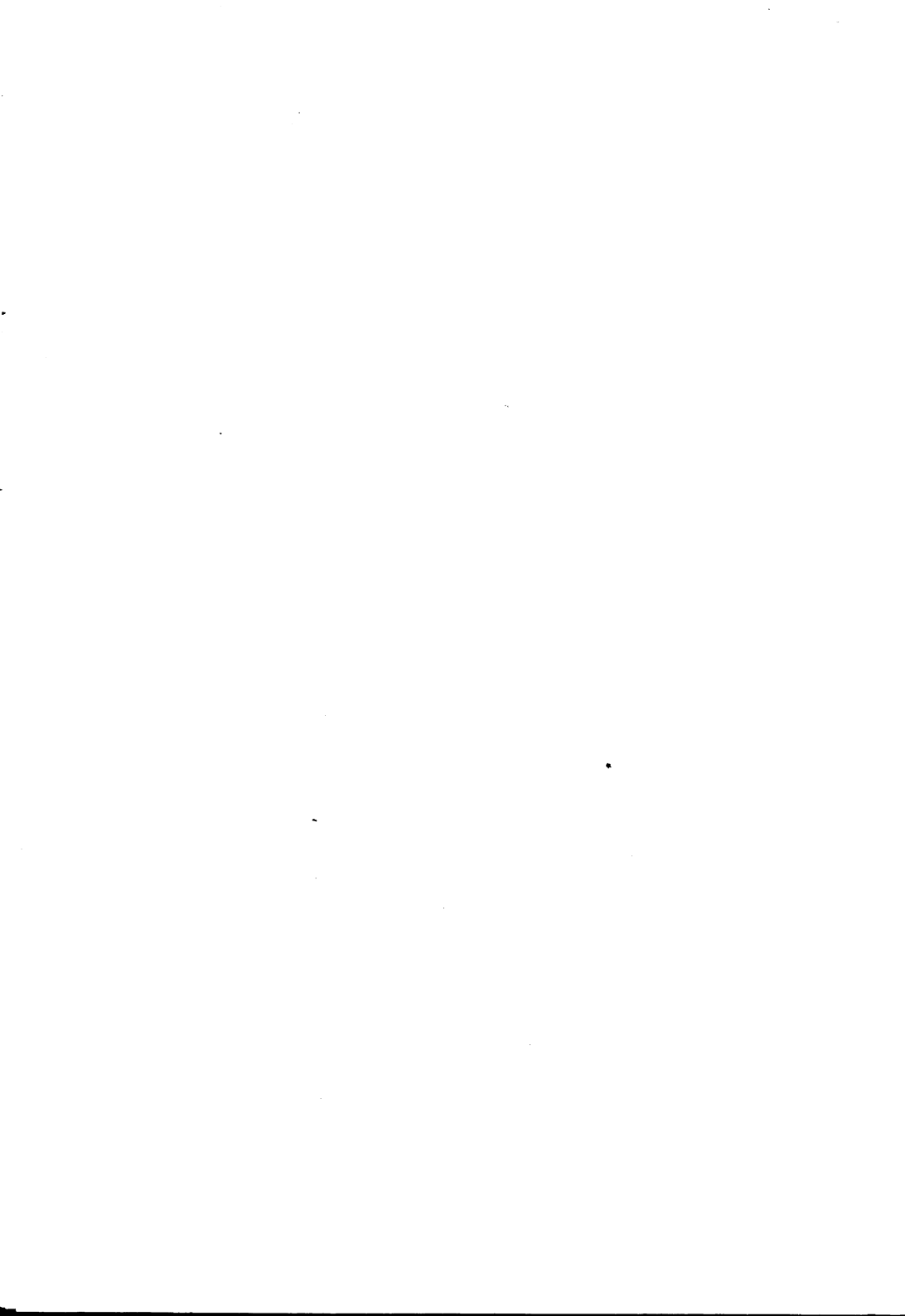
» JOSÉ T. BACA

» JUVENCIO Z. ARCE

» P. N. ARATA

» F. DE VEYGA

» ELSEO CANTÓN



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas

Zoología Médica.....
 Botánica Médica.....
 Anatomía Descriptiva.....
 Anatomía Descriptiva.....
 Química Médica.....
 Histología.....
 Física Médica.....
 Fisiología General y Humana.....
 Bacteriología.....
 Química Médica y Biológica.....
 Higiene Pública y Privada.....
 Semiología y ejercicios clínicos.....
 Anatomía Topográfica.....
 Anatomía Patológica.....
 Materia Médica y Terapéutica.....
 Patología Externa.....
 Medicina Operatoria.....
 Clínica Dermato-Sifilográfica.....
 » Génito-urinarias.....
 Toxicología Experimental.....
 Clínica Epidemiológica.....
 » Oto-rino-laringológica.....
 Patología interna.....
 Clínica Quirúrgica.....
 » Oftalmológica.....
 » Quirúrgica.....
 » Médica.....
 » Médica.....
 » Médica.....
 » Médica.....
 » Quirúrgica.....
 » Neurológica.....
 » Psiquiátrica.....
 » Obstétrica.....
 » Obstétrica.....
 » Pediátrica.....
 Medicina Legal.....
 Clínica Ginecológica.....

Catedráticos Titulares

Dr. PEDRO LACAVERA
 » LUCIO DURAÑONA
 » RICARDO S. GÓMEZ
 » JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
 » ATANASIO QUIROGA
 » RODOLFO DE GAINZA
 » ALFREDO LANARI
 » HORACIO G. PIÑERO
 » CARLOS MALBRÁN
 » PEDRO J. PANDO
 » RICARDO SCHATZ
 » GREGORIO ARAOZ ALFARO
 » DAVID SPERONI
 » AVELINO GUTIERREZ
 » TELEMACO SUSINI
 » JUSTINIANO LEDESMA
 » DANIEL J. CRANWELL
 » LEANDRO VALLE
 » BALDOMERO SOMMER
 » PEDRO BENEDIT
 » JUAN B. SEÑORANS
 » JOSÉ PENNA
 » EDUARDO OBEJERO
 » MARCIAL V. QUIROGA
 » PASCUAL PALMA
 » PEDRO LAGLEYZE
 » DIÓGENES DECOUD
 » LUIS GÜEMES
 » FRANCISCO A. SICARDI
 » IGNACIO ALLENDE
 » ABEL AYERZA
 » ANTONIO C. GANDOLFO
 » MARCELO T. VIÑAS
 » JOSÉ A. ESTEVES
 » DOMINGO CABRED
 » ENRIQUE ZARATE
 » SAMUEL MOLINA
 » ANGEL M. CENTENO
 » DOMINGO S. CAVIA
 » ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología médica.....	Dr. DANIEL J. GREENWAY
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	» JUAN CARLOS DELFINO
Anatomía Patológica.....	» LEOPOLDO URIARTE
Clinica Ginecológica.....	» JOSÉ BADIA
Clinica Médica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clinica Dermato-sifilográfica.....	» ENRIQUE ZARATE (en ejercicio)
Clinica Neurológica.....	» PATRICIO FLEMING
Clinica Psiquiátrica.....	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clinica Pediátrica.....	» JOSÉ R. SEMPRÚN
Clinica Quirúrgica.....	» MARIANO ALURRALDE
Patología interna.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clinica oto-rino-laringológica.....	» JOSÉ T. BORDA
	» ANTONIO F. PIÑERO
	» FRANCISCO LLOBET
	» RICARDO COLÓN
	» ELISEO V. SEGURA

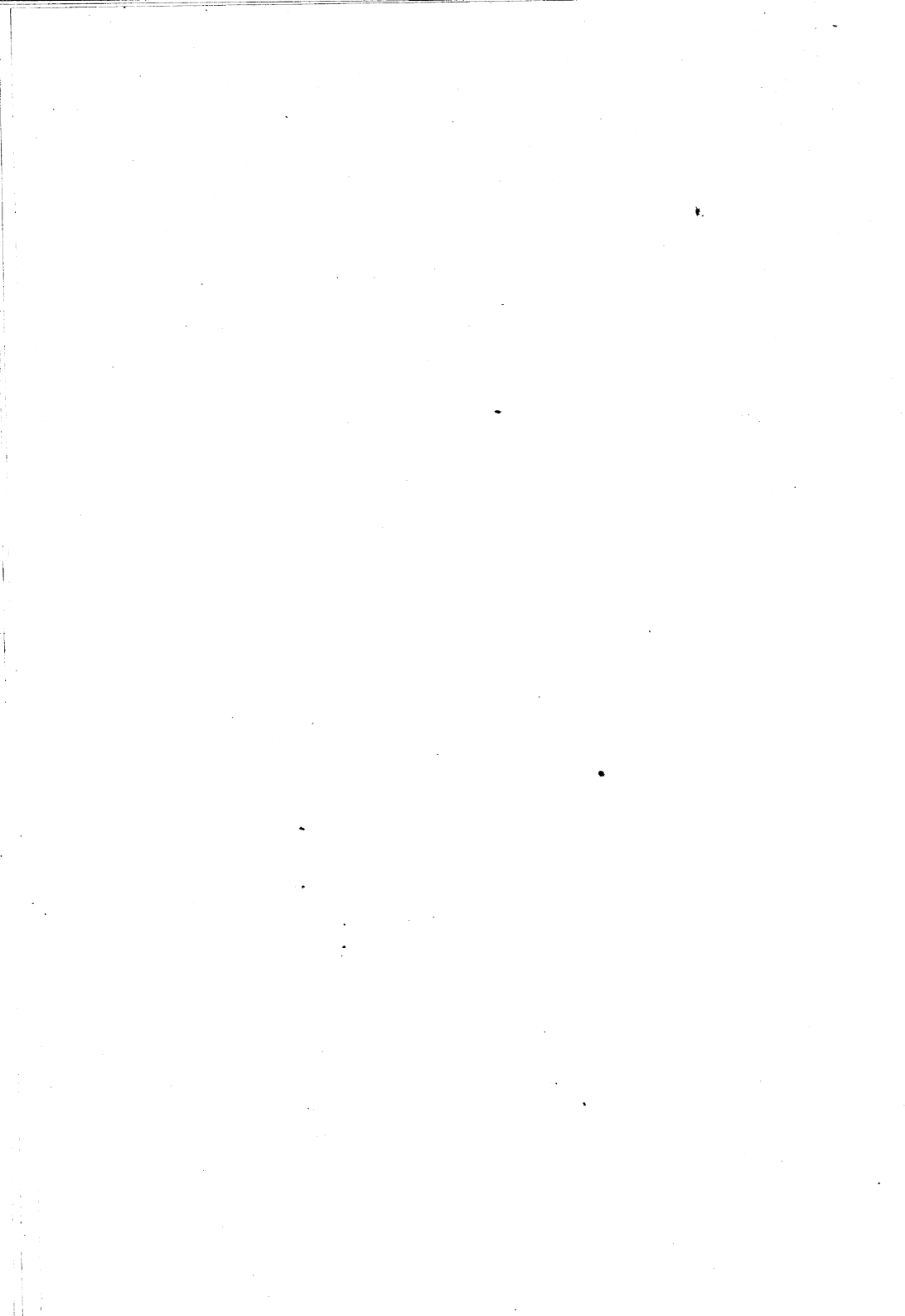
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas

Zoología Médica.....
 Anatomía Descriptiva.....
 Botánica Médica.....
 Histología.....
 Fisiología.....
 Bacteriología.....
 Higiene Médica.....
 Semiología y ejercicios clínicos.....
 Anatomía Topográfica.....
 Anatomía Patológica.....
 Materia Médica y Terapéutica.....
 Medicina Operatoria.....
 Patología externa.....
 » Dermato-sifilográfica.....
 » Genito-urinaria.....
 Clínica Epidemiológica.....
 Patología interna.....
 Clínica Oftalmológica.....
 Clínica Quirúrgica.....
 Clínica Médica.....
 Clínica Pediátrica.....
 Clínica Ginecológica.....
 Clínica Obstétrica.....
 Medicina legal.....

Catedráticos sustitutos

Dr. GUILLERMO SIEBER
 » PEDRO BELOU (en ejercicio)
 » RODOLFO ENRIQUEZ
 » JULIO G. FERNANDEZ
 » FRANK L. SOLER
 » ALOIS BACHMANN
 » FELIPE JUSTO
 » MANUEL V. CARBONELL
 » CARLOS BONORINO UDAONDO
 » ROBERTO SOLE
 » CARLOS R. CIRIO
 » JOAQUÍN LLAMBIAS
 » JOSÉ MORENO
 » PEDRO CHUTRO
 » CARLOS ROBERTSON
 » NICOLAS V. GRECO
 » PEDRO L. BALINA
 » BERNARDINO MARAINI
 » JOAQUÍN NIN POSADAS
 » FERNANDO R. TORRES
 » PEDRO LARAQUI
 » JORGE L. FACIO
 » ENRIQUE B. DEMARIA
 » ADOLFO NOCETI
 » MARCELINO HERRERA VEGAS
 » JOSÉ ARCE (en ejercicio)
 » ARMANDO R. MAROTTA
 » LUIS A. TAMINI
 » JOSÉ M. JORGE (hijo)
 » MIGUEL SUSSINI
 » LUIS AGOTE
 » JUAN JOSÉ VITÓN
 » PABLO MORSALINE
 » RAFAEL BULLRICH
 » IGNACIO IMAZ
 » PEDRO ESCUDERO
 » MARIANO R. CASTEX
 » PEDRO J. GARCÍA
 » MANUEL A. SANTAS
 » MAMERTO ACUÑA
 » GENARO SISTO
 » PEDRO DE ELIZALDE
 » JAIME SALVADOR
 » TORIBIO PICCARDO
 » OSVALDO L. BOTTARO
 » ARTURO ENRIQUEZ (en ejercicio)
 » ALBERTO PERALTA RAMOS
 » FAUSTINO J. TRONGÉ
 » JOAQUÍN V. GNECCO



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Zoología general: Anatomía, Fisiología comparada.....
 Botánica y Mineralogía.....
 Química inorgánica aplicada.....
 Química orgánica aplicada.....
 Farmacognosia y posología razonadas.....
 Física Farmacéutica.....
 Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....
 Técnica farmacéutica.....
 Química Analítica y Toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas).....
 Higiene, legislación y ética farmacéuticas..

Catedráticos titulares

DR. ANGEL GALLARDO
 » ADOLFO MUJICA
 » MIGUEL PUIGGARI
 » FRANCISCO C. BARRAZA
 » OSCAR MIALOCK (Interino)
 » JULIO J. GATTI

 » FRANCISCO P. LAVALLE
 » J. MANUEL IRIZAR

 » FRANCISCO P. LAVALLE
 » RICARDO SCHATZ

Asignatura

Farmacognosia.....

Catedrático extraordinario

SR. JUAN A. DOMINGUEZ

Asignaturas

Técnica farmacéutica.....
 Farmacognosia y posología razonadas.....
 Física farmacéutica.....
 Química orgánica.....
 Química analítica.....
 Química inorgánica.....

Catedráticos sustitutos

{ SR. PASCUAL CORTI
 » RICARDO ROCCATAGLIATA
 » OSCAR MIALOCK (en ejercicio)
 DR. TOMAS J. RUMÍ
 SR. PEDRO J. MESIGOS
 » JUAN A. SANCHEZ
 DR. ANGEL SABATINI



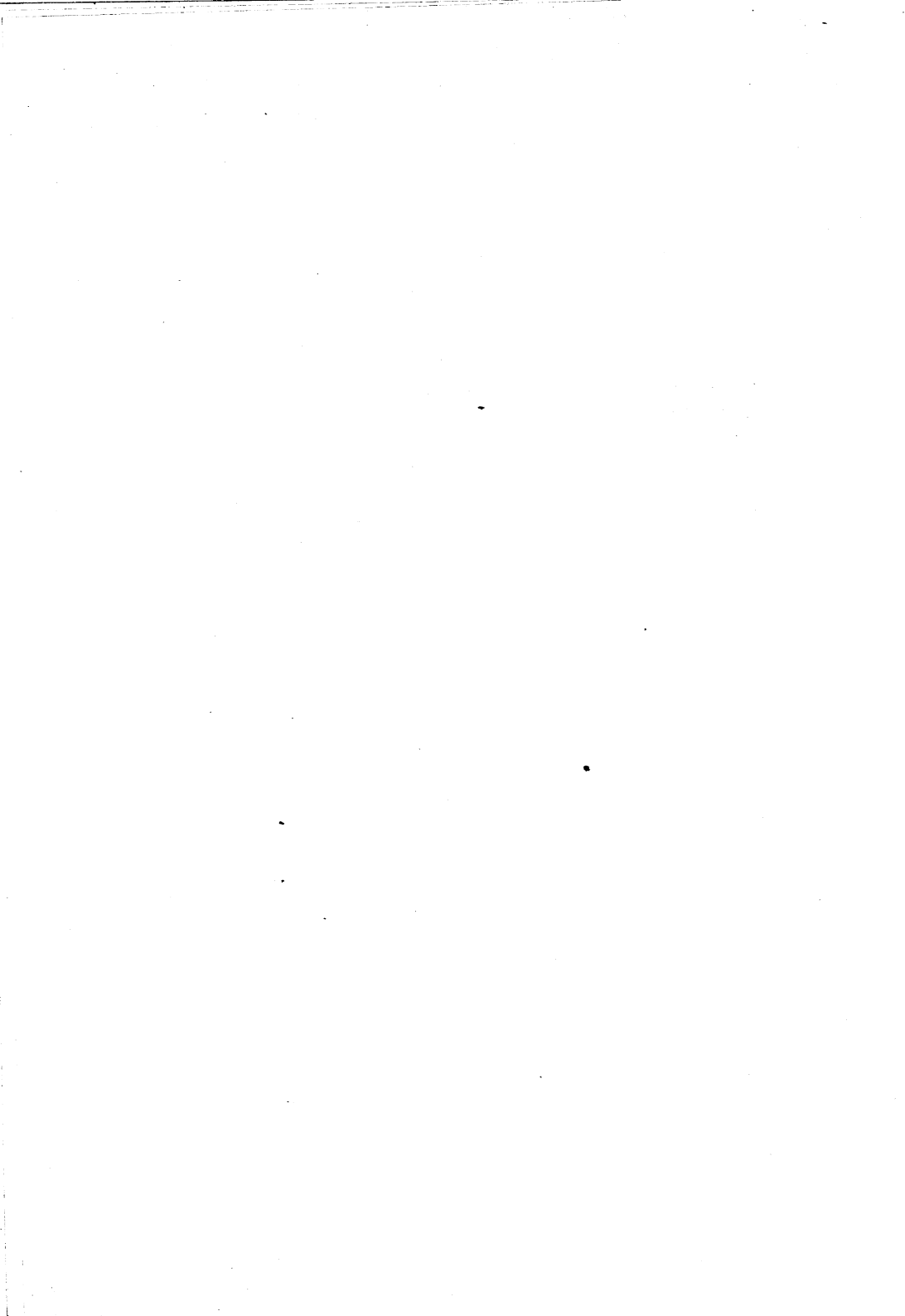
ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	» FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.	DR. UBALDO FERNANDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica »	J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

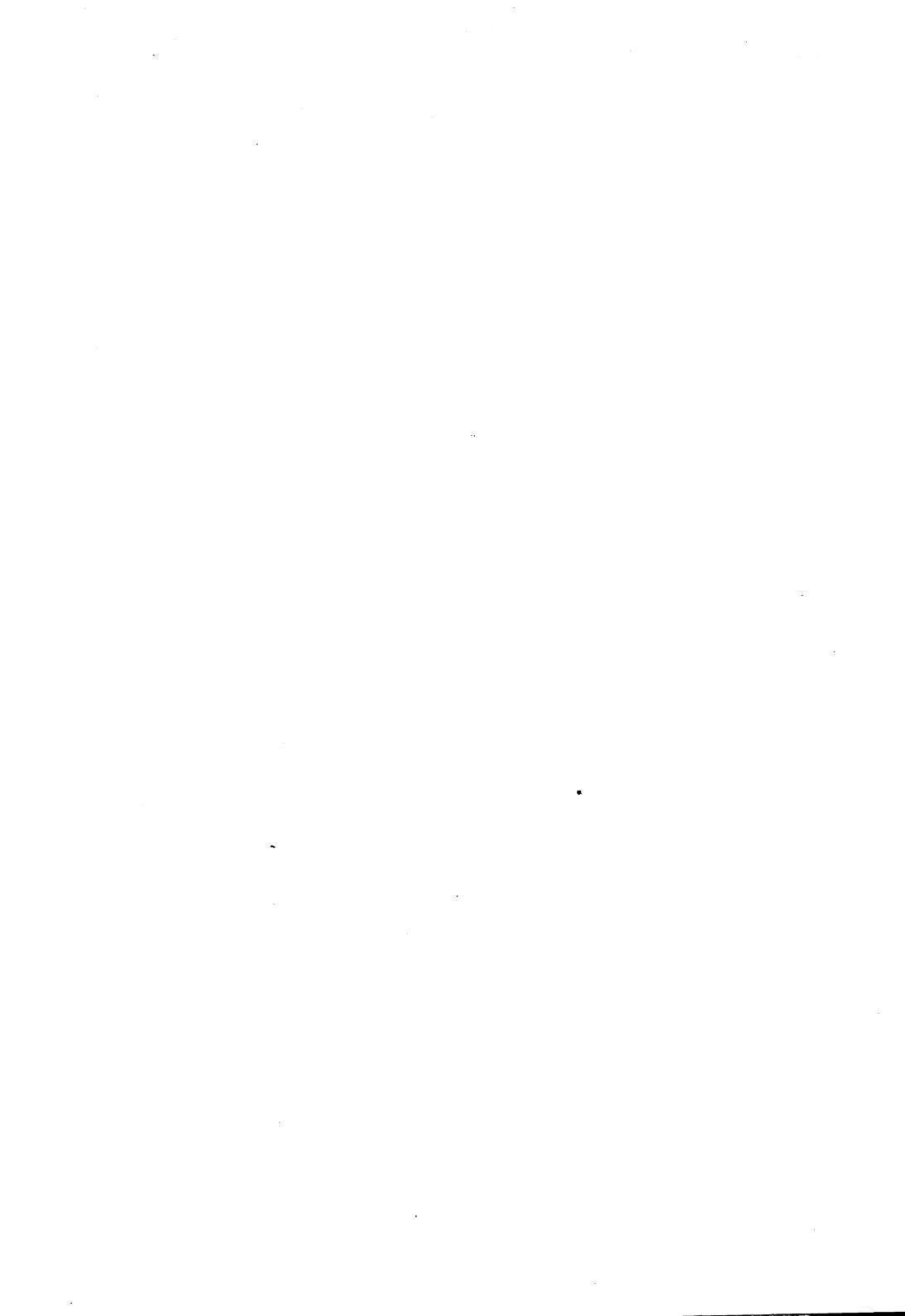
Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año) DR. RODOLFO ERAUZQUIN	
2do. » » LEÓN PEREYRA	
3er. » » N. ETCHEPAREBORDA	
Protesis Dental SR. ANTONIO J. GUARDO (interino)	



PADRINO DE TESIS :

DOCTOR ENRIQUE ZARATE

Director de la Clínica Obstétrica y Ginecológica del Hospital San Roque.
Consejero y Profesor titular de clínica obstétrica.



A MI QUERIDO PADRE.

trabajador infatigable a cuyo temple de acero, acompañan unas energías juveniles, que ha inculcado en mi espíritu el amor al trabajo con su ejemplo, dedico esta tesis, para que sea ella el primer fruto que recoja de lo que ha sembrado.

A MI MADRE.

carinho sin limites.

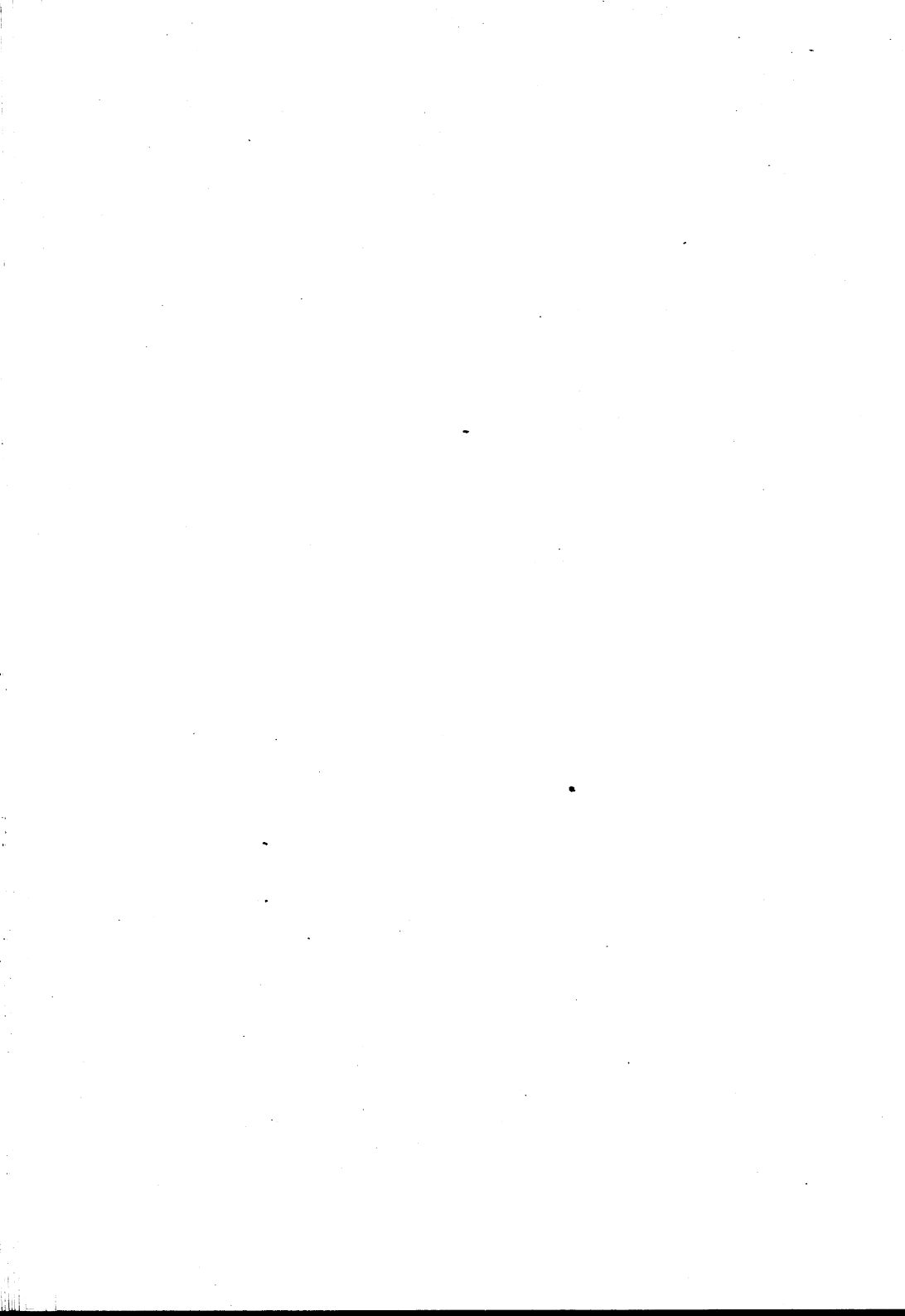
A mis Hermanas y Hermano.

A mi venerable y buena Abuela.

A la memoria de mi querida tía Maria Amalia.

A LOS MIOS.

A MIS AMIGOS.



INTRODUCCION

De todos los accidentes a que está expuesta la mujer embarazada, no hay ninguno más alarmante y más desastroso que la hemorragia uterina, cuando ella se muestra en una época avanzada del embarazo o después del parto, ha dicho Burns.

Es éste el tema elegido para mi tesis, último jalón de la carrera, que la reglamentación de nuestra Universidad exige para Doctorarse, e intitulada "Desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada".

Teniendo en cuenta lo ventilado que se encuentra el tema y mi poca experiencia en la materia, será disculpada la falta de originalidad de mi trabajo; no pretendo Señores Profesores, crear un capítulo de la obstetricia, sinó tan solo agregar a las ya existentes, cuatro observaciones que he tenido oportunidad de seguir en el transcurso del año pasado, y probar con ello que



esta afección, es más frecuente de lo que los autores alegan.

Ha sido dividido en IX capítulos para facilitar la tarea, tratando en el I de generalidades y de su historia; Etiología y Patogenia en el II; Anatomía Patológica en el III; en el IV la Sintomatología; en el V el Diagnóstico; Pronóstico en el VI y Tratamiento en el VII, dedicando los dos últimos, al relato de las historias clínicas en uno y a deducir las conclusiones en el otro.

Si es grande el placer que experimenta mi espíritu al salvar esta última barrera, es a todos aquellos que fueron mis maestros, a quienes debo ese júbilo, siéndome permitido agradecerles sinceramente sus lecciones sabias y consejos juiciosos.

Al Señor Profesor Doctor Enrique Zárate, que honrándome con su padrinazgo me acompaña en este acto, debo sincerar el afecto y respeto que le profeso, agradeciéndole inmensamente su gentileza.

Al Señor Profesor de Clínica Médica, Doctor Abel Ayerza, de quien recibo diariamente en su servicio de la Sala IV del Hospital de Clínicas, lecciones sabias y consejos prácticos. Mi profundo respeto.

A los Doctores E. Franci y A. Ceballos, hidalgos y caballerescos, de quienes he recibido toda clase de

atenciones, y a éste último cuya inteligencia clara y precisa, ha servido para inculcarme las primeras nociones de clínica quirúrgica, mi reconocimiento más sincero y mi amistad eterna.

Al Doctor Tulio Martini, agradezco calurosamente las atenciones recibidas.

A los Doctores Enrique Boero y N. Palacios Costa, por su desinteresada cooperación en la confección de esta tesis, así como a la Señora Josefina T. de Gandulfo, partera Jefe de la Maternidad del S. Policlínico, que me ha guiado en los primeros pasos de la obstetricia, mi reconocimiento sin límites.

A mis ex compañeros de internado del Hospital Rawson y a los Señores practicantes R. Cabred y R. Roig, A. O. Cordon y N. Mercader, cordial amistad.

A mis ex compañeros de internado del Sanatorio Policlínico, Doctores T. Gioia, M. Estévez, Rafael Cisneros, Alfredo Speroni, Manuel V. Quinteros y Señor I. Nosti, con quienes hemos compartido y alternado los ratos de trabajo y los movimientos expansivos de nuestras almas juveniles, el cariño más profundo, y el recuerdo grato y feliz que anima a mi mente, será el lazo irrompible, la cadena que nos tenga unidos, guardando eternamente su amistad en el fondo de mi corazón.



GENERALIDADES

Desgraciado accidente este, la enunciación de cuyo nombre, basta para explicar su gravedad.

No hay enfermedad, dice Burns (1) "por la cual el médico llamado a intervenir, tenga una más gran- de responsabilidad que en la hemorragia uterina. Es necesario emplear los medios más rápidos y eficaces, prestarle la más grande atención y cada vez que él vea una enferma de este género, sea cual fuere la condición social de la mujer, debe vigilarla con cons- tancia. Su reputación, la tranquilidad de su alma, la vida de su clienta y aquella del niño están expues- tas."

La placenta no se desprende normalmente, sino después de la expulsión del feto.

Puede suceder que ella se desprenda parcialmen- te, en una extensión variable y como consecuencia pro- vocar una hemorragia tanto más abundante cuanto

(1) V. Burns, traducción de Galliart, 9.^a edición, pág. 212. Pinard.

mayor es el desprendimiento. Si éste ocupa la parte declive de la circunferencia placentaria, la hemorragia puede hacerse externa, pero si afecta una porción alejada de su periferia, el derrame quedará, las más de las veces, aprisionado entre la pared uterina y la placenta, dando lugar a la formación del “coágulo lenticular” o “hematoma retroplacentario”.

Estas hemorragias se producen durante el embarazo o el trabajo del parto, cuyas causales las estudiaremos en el Capítulo reservado a la etiología.

Toda hemorragia de origen placentario, acontecida antes del nacimiento del niño y que traiga como consecuencia fatal, la formación del coágulo retroplacentario y la separación de la placenta de su inserción uterina, aunque esté enteramente implantada en la porción superior del útero, es denominada por Essen Moeller “hemorragia accidental”; siendo Rugby quien introdujo tal acepción en la literatura médica.

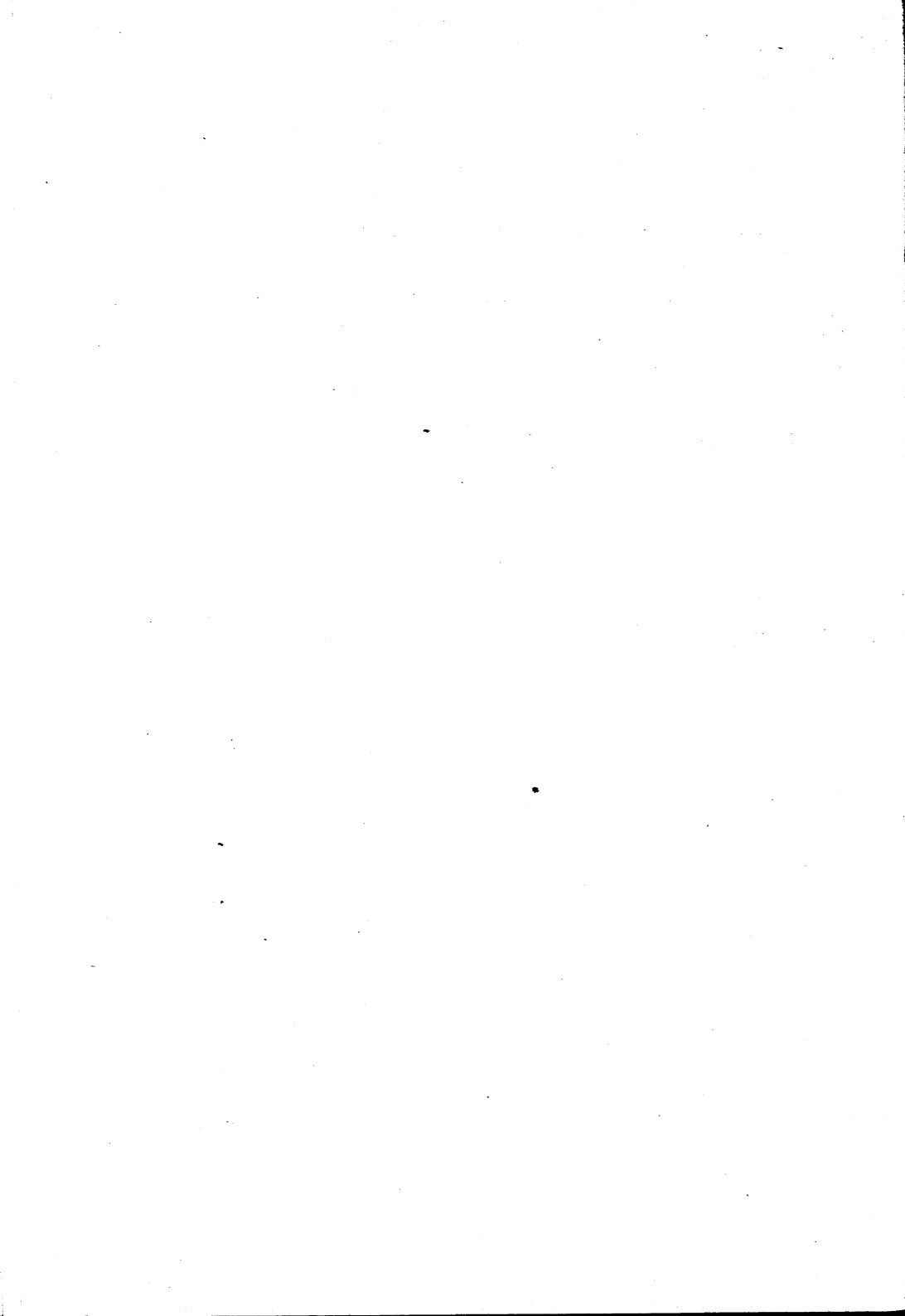
No entran en este trabajo aquellas pérdidas sanguíneas debidas a la placenta previa y sí solo las que llevan por rótulo “*hemorragias por desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertada*”, denominación que se le ha dado en Francia y aquí entre nosotros.

El Doctor Gabastou, le asigna el nombre de “Ac-

cidente de Baudelocque” como homenaje al gran maestro.

No es este acontecimiento desgraciado, tributario de los últimos 3 meses del embarazo, y así la vemos producirse en el transcurso de los 6 primeros (Doleris, Lop, Boero); “pero como todos los demás accidentes
“ hemorrágicos correspondientes al 1^{er} período de la
“ gestación, terminan amenazando o produciendo el
“ aborto, es por esa causa, así como lo afirman Tarnier y Budin, que son clasificados y descriptos bajo
“ el mismo rubro de abortos; y cuando después del
“ 6^o mes, las inserciones uteroplacentarias se rompan,
“ las causas, los signos, el diagnóstico, el pronóstico
“ y el tratamiento de la hemorragia, variarán según
“ su implantación sea en su lugar normal o tenga por
“ asiento el segmento inferior.”

Este accidente fué ignorado hasta el siglo XVII y la causa de este silencio por parte de los autores clásicos, fué debido sin duda a que este arte, estaba por entonces confiado casi exclusivamente a las parteras.



CAPITULO I

HISTORIA

Su historia es larga y comienza en el siglo XVII con Guillemineau (1643) y Primorose (1655), quienes parecen haber sido los primeros en señalar y llamar la atención sobre algunos casos, donde con toda probabilidad se trataba de hemorragias retroplacentarias. Desde entonces y por espacio de unos 50 años, nada encontramos respecto del accidente que nos ocupa, hasta que en 1720, F. Mauricéau cita un caso muy neto, observado en una mujer en sus últimos meses de embarazo, admitiendo la posibilidad del desprendimiento prematuro de la placenta cuando escribía: "Yo
" a menudo he notado que la longitud del cordón umbilical es mucho más corta debido a las vueltas que
" dá alrededor del cuello del niño, motivo por el cual,
" estando bridado por él no puede casi moverse, tironea la placenta donde se incarta, con sus movimientos y provoca su desprendimiento de la matriz, que

“ trae como consecuencia una pérdida de sangre, tanto más abundante y peligrosa cuanto mayor es dicho desprendimiento.”

Más tarde Peu, Puzos, Motte, Levret, etc., relatan hechos vagos y poco precisos respecto a estas hemorragias.

Es necesario llegar a 1781 época en que Juan Luis Baudelocque describe en su tratado “*El arte de los partos*”, un pasaje indiscutible sobre esta clase de hemorragias, ilustrando el relato con varias observaciones y sacando en conclusión “que estas hemorragias pueden ser tan considerables que influyen manifiestamente sobre las fuerzas de la madre y su vida y aquella del niño”, haciendo notar igualmente que estos derrames pueden no hacerse aparentes y quedar ocultos detrás de la placenta desprendida.

Mme. Boivin (1818), Mme. Lachapelle con su enorme práctica basada en 40.000 partos, y más tarde Velpeau, niegan la posibilidad de todo derrame sanguíneo inter-útero-placentario, así como también negaban la formación de una logia por separamiento de estos dos órganos; y la teoría del coágulo lenticular que obra desprendiendo poco a poco la placenta del centro a la periferia, fué por ellos rebatida y echada por tierra.

Rigby, después de un trabajo acerca de este episodio, introduce en la literatura médica los términos de "*hemorragia inevitable*" y de "*hemorragia accidental*" que sin estar exentos de toda crítica, como lo afirman Budin y Tarnier, son todavía empleados por los parteros ingleses y adoptados por Essen Moeller de Lund.

Dos años más tarde (1820), César Baudelocque, discípulo de Deneux, escribe un tratado sobre hemorragias uterinas a propósito de un concurso instituido por la Sociedad de Medicina de París, a raíz de la muerte súbita de la princesa Carlota de Wales, heredera de la corona de Inglaterra, consecutiva a una hemorragia ocurrida durante el trabajo del parto, acaecida el año 1818, y cita numerosas observaciones de Balme, de J. L. Baudelocque, de Ghevalier, de Delaforterie y de su maestro Deneux.

Desde entonces hasta 1839 poco o nada se ventila este asunto, apareciendo Gendrin (1839-46) que admite la realidad de los hechos observados por C. A. Baudelocque.

En 1846, Jacquemier en su "*Manual de partos*", cita igualmente las observaciones de C. A. Baudelocque y menciona la ruptura del seno circular, como factor probable de estas hemorragias, dando una descrip-

ción interesante y exacta de las hemorragias placentarias, clasificándolas en dos variedades "*la una interna o latente, la otra externa o aparente*".

Queda por un tiempo estacionaria en Francia esta cuestión de las hemorragias, después de haber sido sus iniciadores; en cambio en el extranjero, Cazeaux (1840), Braxton-Hicks (1860) (observa 24 casos); Goodell en 1869 (refiere 106 casos) y Brunton (1874) publican trabajos muy completos, lo que no impide a Stoltz en 1878 escribir: "Se ha dicho demasiado de " la hemorragia uterina interna, en la cual la sangre " se acumularía entre el útero y la placenta, rechazando a aquel en forma de embudo. Esto es teoría " pura que la práctica no ha jamás confirmado después de Baudelocque."

Pilat en 1874, hace una publicación sobre las hemorragias del comienzo del trabajo, consecutivas al desprendimiento prematuro de placenta (Anales de Ginecología, París 1874, pág. 361-65).

Sneguireff, escribe en 1886, un artículo sobre "las hemorragias uterinas".

Estos hechos fueron observados completamente por Winter (1885-89), quien publica un corte tan interesante como demostrativo.

Pero es necesario llegar a 1887, época en que Tar-

nier dictaba su curso en la Facultad y desde donde confirmaba estos hechos; y a 1891, para ver, con el importante trabajo de Mme. Henry (24 casos), partera jefe de la Maternidad de París (1), definitivamente establecida la existencia de una afección hasta entonces tan controvertida.

Budin (1888), Moreau (1888) y Ribemont Des-saignes, publicando un caso seguido de muerte (1892), Mlle. Forin (1892), Pinard y Varnier publicando un corte en su "atlas de obstetricia" en 1892, hacen indiscutible la realidad de esta complicación y permiten hacer resaltar su fisionomía tan particular, demostrada más tarde por Rousseau-Dumarcet en su tesis de París 1892, quien establece dos grandes causas para explicar esta complicación: la albuminuria y la brevedad natural o accidental del cordón. •

Maygrier en 1892, presenta a la Sociedad de Obstetricia, la observación de una mujer muerta a consecuencia de una hemorragia fulminante, a los 8 1/2 meses del embarazo.

Bernheim (2) en 1893, llama la atención acerca del hydramnios como agente etiológico de este accidente.

(1) Anales de Ginecología, 1891.

(2) Journal de Med. de París, 1893.

Bonnaire, en el mismo año se ocupa de la cuestión, presentando a la Sociedad obstétrica una observación y Maksud llama la atención sobre la ruptura del seno circular y las hemorragias que resultan.

Bue en 1894, publica en los archivos de Tocología y Ginecología, un artículo sobre este accidente y Pujol el mismo año deduce hechos positivos.

Doleris (1) en 1895, publica en la Sociedad Obstétrica de París, un artículo muy interesante sobre las hemorragias por desprendimiento prematuro de la placenta situada muy alta.

Brindeau en 1896 saca muy interesantes conclusiones por el examen de 312 placentas.

Puech en 1897 escribe en la *Gazeta des Hop.* (pág. 30-41) un artículo sobre "Hemorragias de la placenta previa y la placenta normalmente insertada" y Budin el mismo año en su "*Traite des femmes en couches et nouveau-nés*" (pág. 143) hace una observación de las más acertadas acerca de la hemorragia retroplacentaria, consecutiva a la ruptura del seno circular.

J. H. Bennet escribe un artículo digno de mención sobre el accidente que nos ocupa; Doleris (2), pocos meses después, publica un caso de aborto brusco con

(1) Soc. obstetrique de París, 1895.

(2) L'Obstetrique, 1897 (pág. 448).

una hemorragia grave debida al desprendimiento placentario en el curso de un parto prolongado y aconseja como tratamiento amplias incisiones del cuello para evacuar el útero, siguiendo la técnica de Dührssen (1).

Lehman, tesis de París 1898, cita el hydramnios como causa de este accidente, así como lo afirmaba Bernheim en el 1893.

Lelong en 1901, se ocupa del traumatismo exclusivamente como causa de este desgraciado accidente y Adolfo Lorini (2) publica un caso de muerte por hemorragia durante un parto gemelar a término antes de la expulsión del segundo feto, habiendo el primero sido expulsado estando la mujer de pie.

Genet y Planchon (3) en 1902, citan un caso de hemorragia retroplacentaria por desgarradura del seno circular; R. Holmes (4) habla de las hemorragias retroplacentarias aconsejando en los casos graves, cuando el cuello está muy espesado, practicar las incisiones de Dührssen, y Lee cita dos casos de hemorragias diatéctica con desprendimiento placentario.

Luis Dubrisay, en 1903, menciona un caso de placenta hecha previa por deslizamiento, habiendo descen-

(1) L'Obstetrique, 1897 (pág. 349).

(2) L'Obstetrique, 1901 (pág. 71).

(3) L'Obstetrique, 1902 (pág. 424).

(4) L'Obstetrique, 1902 (pág. 49).

dido hasta el orificio interno, siendo Lop (1) de Marsella quien el mismo año publica un suelto sobre las hemorragias retroplacentarias al quinto mes.

E. Auby, presenta en 1904 su tesis de París sobre la influencia de la inserción placentaria en el segmento inferior, en el embarazo y sobre el parto.

A. Leroux, publica una Contribución al estudio de la ruptura del seno circular durante el embarazo y el trabajo del parto el año 1905, y ese mismo año Luis Devraigne (2) interno de la Maternidad de Lariboisière, servicio del profesor Bonnaire, llama grandemente la atención sobre el valor de la hemoglobinometría en el diagnóstico difícil de este accidente.

Paúl Landon, 1905, en su tesis de doctorado, habla igualmente de la importancia del dosaje de la hemoglobina, como un buen medio clínico para aclarar el diagnóstico de las hemorragias internas.

F. Crasson, en su tesis de París en 1906, dice, que la eclampsia y ese estado complejo, que presentan ciertas embarazadas albuminúricas, llamado aclampismo, es capaz de producir estas hemorragias que nos ocupan.

Paul Bar y Michel Kervily (3) hacen notar las

(1) L'Obstetrique, 1903 (pág. 345).

(2) L'Obstetrique, 1905 (pág. 524).

(3) L'Obstetrique. 1906 (pág. 265).

lesiones celulares del hígado en un caso de hemorragia retroplacentaria.

J. Gastou presenta en Lyon su tesis de doctorado sobre este accidente, haciendo remarcar especialmente las lesiones de degenerescencia, tanto de la mucosa uterina como de la placenta.

Enrique Boero (1) publica dos observaciones de desprendimiento prematuro placentario habidas en la Maternidad del H. S. Roque. — J. A. Gabastou, tesis de Buenos Aires de 1908, aporta 5 observaciones al respecto, justipreciando como causa etiológica la más frecuente; la albuminuria. Asimismo bautiza, muy juiciosamente, este episodio de la obstetricia con el nombre de "*Accidente de Baudelocque*".

El 22 de Agosto de ese mismo año el doctor Enrique Boero, lee una conferencia sobre el tema que tratamos, en la Asociación Obstétrica Nacional, trayendo consigo la observación de 9 casos, colegidos en año y medio, en la Maternidad del Hospital San Roque, de donde es médico interno, llamando especialmente la atención sobre un hecho paradójal por él observado, relativo a la discordancia entre el estado general grave de las enfermas y el pulso, que al par que mantenía

(1) Revue de la clinique obstetricale et gynecologie, 1907 (página 172).

relativa buena tensión, latía de 80 a 100 pulsaciones por minuto, y que trataremos más detalladamente en el capítulo especial reservado a la Sintomatología.

A. Chevaldicheff (1) 1908, hace una publicación donde aconseja la histerectomía en los casos de hemorragia consecutiva al desprendimiento prematuro de placenta.

L. Mauran, tesis de París 1909, cita dos casos de muerte por desprendimiento prematuro de la placenta inserta normalmente.

Fox y Aróstegui (2), fundándose en la observación de 5 casos, con 5 fetos muertos y 2 madres igualmente muertas a consecuencia de este desgraciado accidente, llegan a la conclusión de que establecido el diagnóstico, debe provocarse el parto inmediatamente, con el propósito de salvar el feto de una muerte segura y evitar el peligro a que se expone la madre.

Fabre y Bourret (3) publicaron en 1910 dos observaciones de desprendimiento prematuro de placenta.

En 1911 Couvelaire llama la atención sobre las hemorragias extensas del músculo uterino.

(1) L'Obstetrique, 1908 (pág. 403).

(2) Revista de la Sociedad Médica Argentina, 1909 — T. XVII (pág. 618).

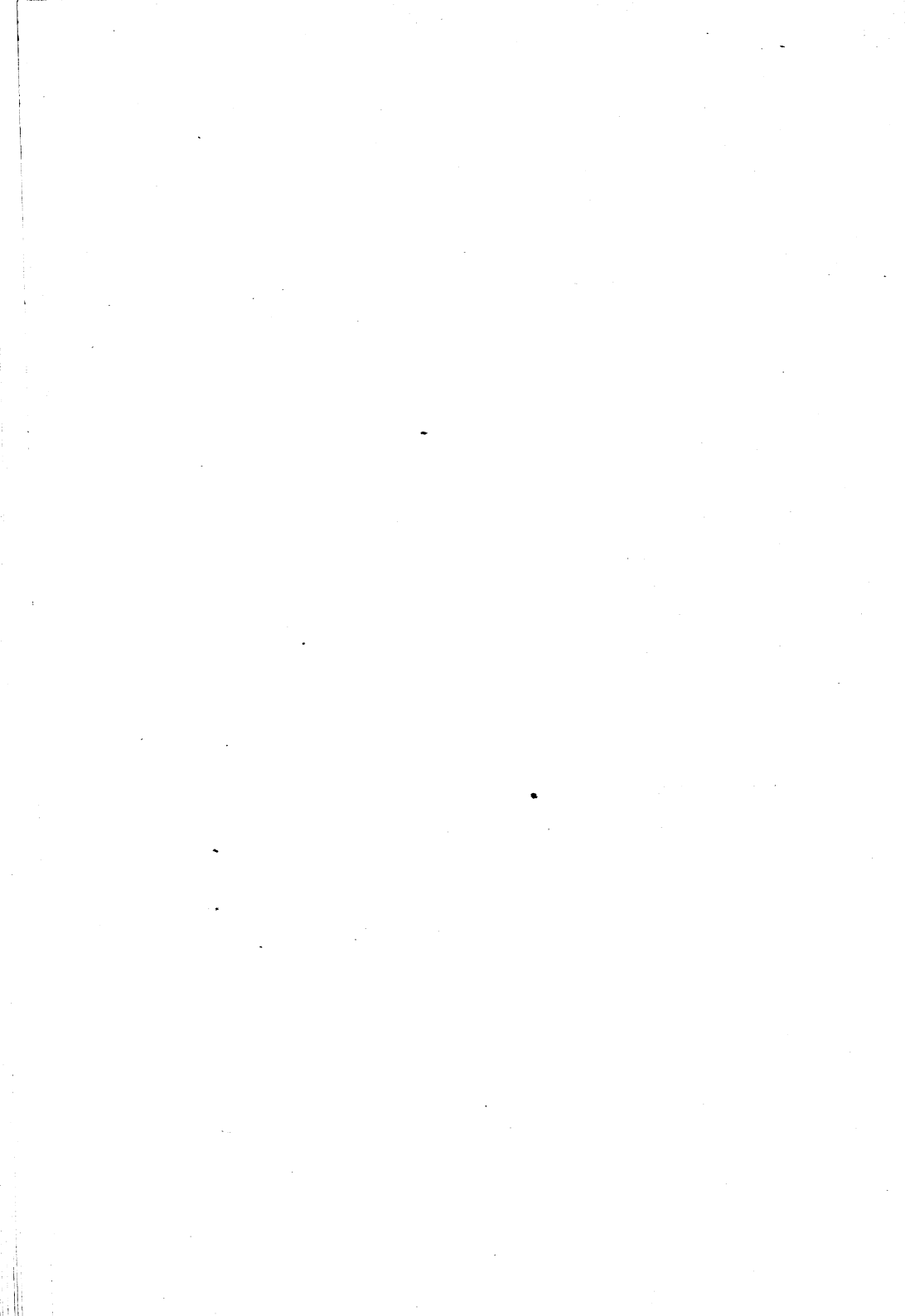
(3) Sociedad Obstetrica de Paris, 1910 (pág. 78).

Essen Moeller de Lund y Doederlein (1) de Munich, en el XVII Congreso internacional de Medicina ubicado en Londres en 1913, hablan del tratamiento de las hemorragias placentarias. Estudia el primero magistralmente el punto, afirmando haber encontrado en la superficie del útero manchas azules, debido a hemorragias musculares sub-serosas, y de ahí el nombre de apoplejía útero placentaria dado al aspecto que presenta el órgano en semejantes condiciones.

Ultimamente Mr. Puech, llamando la atención sobre la divergencia entre la sintomatología *bruyante* y la frecuencia del pulso, cita una comunicación de Bue hecha en Lille el 25 de Junio de 1913, y agrega una observación personal de este accidente con 68 pulsaciones. Vallois puede igualmente presentar muchos casos análogos.

Para terminar, diré que Finsterer de Viena ha llamado la atención sobre el retardo del pulso en las grandes hemorragias traumático intraperitoneales y las experiencias de M. Rowbakow, serían favorables a esta manera de interpretar los hechos.

(1) Revue de Gynecologie et de Chirurgie Abdominal, 1913 (pág. 409).



FRECUENCIA

Estas hemorragias son raras al decir de Tarnier y Budin, estando todos los autores que se ocupan del asunto, acordes en afirmar lo mismo. Y así vemos a Goodell, por ejemplo, que en 1870 reúne sólo 3 casos sobre un total de 22.498 partos efectuados en el Hospital de Guy; Madame Henry, sobre un total de 20.700 partos, sólo ha coleccionado 27, acusando una proporción de 1 0|00 y concordando con Tissier, cuya estadística arroja un porcentaje igual de 1 0|00, recolectada en la Clínica del profesor Tarnier y en la Maternidad del Hospital "San Luis".

En la Clínica del profesor Leopoldo Meyer, de Copenhague, sobre 9.000 mujeres paridas, el accidente ha sido visto 48 veces, o sea en la proporción de un 0.5 0|0.

Essen Moeller, en su Clínica de Lund, sobre un total de 6.270 partos, constata solo 29 veces el accidente del desprendimiento prematuro, o sea en la proporción de 0.45 0|0.

Bien entendido, dicho sea de paso, que al hacer

las estadísticas más arriba mencionadas, sólo se han tenido en cuenta los casos graves de hemorragia sobrevenida en el transcurso de los últimos 3 meses del embarazo, sin tener en cuenta para nada las formas ligeras y solamente reconocibles después del alumbramiento, al examinar la placenta.

Sin embargo, y a pesar de una afirmación tan categórica, referente a que el accidente es relativamente escaso, como más arriba decimos, consecuencia lógica deducida de los datos estadísticos expuestos, entre nosotros, en la Maternidad del Hospital San Roque, el doctor Boero ha constatado en el transcurso de un año y medio (mitad de 1907 y 1908) 9 casos sobre un total de 600 partos efectuados en dicho establecimiento hasta esa fecha (1908), acusando un porcentaje abrumador, con relación a los de las clínicas extranjeras, de 1,5 0|0, lo que equivale a más de 10 veces, lo común en las Maternidades extranjeras.

En el transcurso del año 1913, he tenido oportunidad de ver cuatro casos en la Clínica del profesor Zarate, 3 de los cuales sirven de base a este trabajo.

En la Maternidad del Sanatorio Policlínico también he tenido oportunidad de ver otro caso el año próximo pasado, cuya historia la agrego a la de los 3 anteriores.

CAPITULO II

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Al dar comienzo a este capítulo debemos preguntarnos: ¿cuáles son las causas productoras de la hemorragia retroplacentaria?

Desde hace algunos años, la etiología y patogenia de este accidente van resultando menos obscuras gracias a las observaciones de Mauriceau, Jacquemin, Pinard, Varnier, Ribemont Dessaignes, Slavjanski, Ercolani, Doleris, Jacquet, etc.; no sucede lo mismo con el diagnóstico, que muy a menudo es llevado sólo en presencia de la placenta, o al verificarse el alumbramiento (parto en avalancha).

Grande es el número de causas que han sido invocadas como productoras del desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada, unas juegan sólo un rol accidental e insuficiente, en cambio otras son por sí solas capaces de producirlo.

Analicemos, pues, estas causales por orden de frecuencia y veamos en primer término la:

a) *Albuminuria*.—Por el examen de las observaciones que adjuntaremos al fin de este trabajo, vemos que en 3 de ellas se observa su presencia en una proporción que varía entre 0.50 centigramos y 1 gramo 50 centigramos.

Chantreuil en 1881, llamaba la atención sobre la relación existente entre nefritis y hemorragia accidental. Las autointoxicaciones del embarazo, son también causas a tener muy en cuenta, por cuanto traen consigo la albuminuria y una menor resistencia del organismo materno, que se manifiesta ya sea localmente trayendo como consecuencia una endometritis o provocando alteraciones vasculares, cuyo rol estudiaremos más adelante (1).

En los casos donde no exista el mal de Bright, la albuminuria es la consecuencia casi fatal de la intoxicación general en las embarazadas.

Hay, pues, una formación de desechos más abundantes que al estado normal, consecutiva a una impulsión más viva de los actos nutritivos y debidas a la formación "in útero" del huevo. Repreff y Neuge-

(1) Bouffe de Saint Blaise.

bauer han encontrado leucomainas en mayor cantidad durante el embarazo y más materias extractivas; la nutrición y las oxidaciones se efectúan más lentamente. Para la placenta, la lesión es múltiple, pero el proceso de hemorragia que se describe como siendo especial de la albuminuria es simplemente un hecho consecutivo a la toxemia materna y a las alteraciones de la sangre; esto es muy cierto toda vez que las encontramos fuera de la albuminuria y no respondiendo a causas traumáticas de ningún género.

Mencionaremos brevemente la historia de las hemorragias intraplacentarias, que tienen una relación tan íntima con la que nos ocupa y con ella contestaríamos a esta pregunta que salta a nuestro espíritu. ¿Por qué se produce el desprendimiento prematuro de la placenta en las albuminúricas?

(1) Cruveilhier fué el primero que llamó la atención sobre los focos apopléticos de la placenta que son la fuente de los abortos. Más tarde Jacquemier, estudiando las alteraciones de una gran cantidad de placentas, constata que el aborto se hace inevitable cuando un gran número de cotiledones están alterados. Blot en 1849 se ocupa de las placentas hemorrágicas.

(1) Paul Sandon.

Moir en 1864, Simpson, Lawson Tait, etc., se ocupan de la relación entre las enfermedades de la placenta y la albuminuria. Chantreuil en 1879, Goodell en 1880, Weatherley y Habit de Viena señalan casos muy interesantes.

Fehling en 1885, en el Congreso de Estrasburgo señaló en cinco observaciones, lesiones renales de la madre como causa habitual de la muerte del feto, por falta de nutrición debido a infartos blancos de la placenta.

Rouhaud en 1887 y cuatro años más tarde Cagny muestran la frecuencia de este accidente en las albuminúricas.

Rousseau Dumarcet en 1892, demuestra las indiscutibles relaciones que unen al accidente y la albuminuria, presentando sobre 13 obs., 11 albuminúricas.

En 1898 Pinard afirmaba: “ Casi todas las mu-
“ jeres, en las cuáles se han observado las hemorragias
“ por desprendimiento de la placenta normalmente in-
“ sertada, eran albuminúricas. Y esto no debe sor-
“ prenderos, pues, todos los días en la sala de trabajos,
“ muestro las lesiones características de la placenta
“ albuminúrica, estos infartos blancos, vestigios de
“ hemorragias antiguas, y estos focos hemorrágicos

“ recientes que *trufan* por así decir la masa placentaria.”

Weiss en un total de 8 observaciones, 5 resultaron albuminúricas y Hoffmeier sobre 58 obs., 33 presentan albúmina en sus orinas.

Aschkanasky (1) encuentra la albuminuria en la proporción de 35 0|0 en los casos por él observados.

Muns sobre 27 observaciones constata en 15 albúmina.

Estas cifras aunque crecidas, no constituyen para Essen Moeller una prueba en favor de la albuminuria como causa productora de la hemorragia retroplacentaria.

En la Clínica de Lund, dice el autor antes citado, ha sido constatada la albuminuria en la proporción de un 11 0|0 de las embarazadas y sin embargo sólo se ven estos accidentes en un porcentaje de 0.45 0|0. Si la albuminuria es una causa evidente en la formación de la hemorragia retroplacentaria, agrega, parece sin embargo que sea una causa poco activa.

Essen Moeller en 29 observaciones, constata 17 veces la albuminuria, sea una proporción de 10 0|0 y se pregunta si no puede ser una mera coincidencia, la

(1) XVII Congreso Internacional de Medicina — Londres, 1913.

presencia de albúmina en los casos observados de hemorragia retroplacentaria.

Muns de Copenhague y P. Bar de París, llaman la atención sobre la coexistencia de la eclampsia y la hemorragia accidental. Essen Moeller ha visto dos casos análogos.

Además Bar y Michel Kervily, encontraron en la autopsia de una mujer muerta de hemorragia retroplacentaria, lesiones del hígado parecidas a aquellas que se observan en el curso de la eclampsia, hemorragias al nivel del hígado, riñones, bazo, cerebro, etc. Si la lesión capital de la hemorragia accidental es una apoplejía útero placentaria, se está en el derecho de asimilarla a la misma causa que provoca estas diversas hemorragias.

Es por otra parte bastante singular, constatar en el curso de la hemorragia retroplacentaria, un estado general muy parecido a aquel que se observa en las grandes intoxicaciones, tales como la eclampsia.

La albuminuria no es más que un síntoma de una intoxicación general, que en un caso produce eclampsia, en otro hemorragia retroplacentaria y a veces las dos asociadas.

Bar, cree como Essen Moeller que la hemorragia retroplacentaria está ligada a la eclampsia y al eclamp-

sismo, como lo son las hemorragias meningeas, hepáticas, renales, etc.

Para terminar diremos que el Doctor Boero, analizando 9 casos de desprendimiento prematuro de placenta, vé que en 8 de ellos se observa la presencia de albúmina, en una proporción que varía entre 0.50 centgrs. y 2.50 0|00, inculpando igualmente a esta causa, como provocadora del accidente de Baudelocque; y el Doctor Gabastou en su tesis del doctorado, presenta igualmente 5 casos habiendo en los 5 presencia de albúmina en las orinas.

Igualmente nosotros, en nuestras cuatro enfermas podemos constatar la presencia de albúmina en 3 de ellas.

Hecha brevemente la historia, estudiemos el proceso íntimo de su producción. A fin de poder suponer con Pinard “ que si uno de los focos hemorrágicos que “ trufan la masa placentaria, en lugar de quedar intra- “ cotiledonar, franquea la mucosa, la hemorragia re- “ troplacentaria queda constituida. Entre ésta última “ y la primera, no hay más que una cuestión de gra- “ dos y de evolución.”

¿Cuál es la causa que favorece el desprendimiento prematuro de placenta inserta normalmente?

Es sin duda alguna el mal estado en que se en-

cuentra la caduca, no favoreciendo la extensión de los vasos que también se hallan afectados de peri y endoarteritis, como en toda albuminuria, frágiles, no se dejan distender por el aflujo sanguíneo, acompañado de mayor tensión que en estos casos se observa, por el hecho mismo de su albuminuria, se rompen y se desgarran, trayendo como consecuencia la hemorragia.

Weit de Halle, insiste respecto del mecanismo de estas hemorragias, como debidas lo más a menudo a una trombosis de la vena central del cotiledón, determinando una extasis en los espacios intervellosos y una desinserción parcial de la placenta, tanto más grande cuanto menor sea la resistencia que ofrecen los tejidos vecinos.

M. J. B. de Lee de Chicago, señala a la mujer embarazada en un estado general especial parecido al de la hemofilia; este estado acompaña la toxemia de la preñez y la nefritis sobre todo, pudiendo dar como consecuencia una hemorragia de intensidad variable. El autor antes mencionado ha constatado esta condición bastante especial en ciertos casos de placenta praevia y de hemorragia retroplacentaria. El útero es entonces infiltrado de sangre, así como lo ha descrito Couvelaire, constatando además una infiltración de la vagina de la vulva y equimosis aparecen en los puntos donde

se practicaron inyecciones hipodérmicas o bajo la influencia de un ligerísimo traumatismo; parecería que se tratase de modificaciones de la sangre, semejantes a las que se encuentran en la hemofilia.

La enfermedad de Basedow ha sido señalada por Landon como pudiendo producir el accidente que nos ocupa. Haberlin en 1890 dá de ello un ejemplo. Benicke la menciona igualmente; no es sin embargo el bocio exoftálmico el que produce, sinó más bien la albuminuria que la acompaña.

Es que la enfermedad de Basedow, a la par que el paludismo, la viruela, la erisipela, la tuberculosis, la sífilis, el alcoholismo, etc., son susceptibles de traer como consecuencia de la infección, endometritis, que alteraran los vasos útero placentarios patológicamente debilitados por la infección general, rompiéndose más fácilmente. Lo propio ocurre con las endometritis primitivas, provenientes de alteraciones de la caduca de origen vaginal. Al estado normal la cavidad uterina es aséptica, pero desde las investigaciones de Weis, Schickele, Faure, Sciancardi, Weinter, Menge, Albert se deduce que ella puede contener microbios diversos y Emanuel, Maslowly, Dragiescu, Fabre, etc., han encontrado el gonococo. Una blenorragia sobrevenida en medio de la gestación es capaz de provocar la aparición

de una endometritis decidual (Winckel, Wertheim). La serotina congestionada y friable se deja desgajar más fácilmente lo cual favorece la aparición de la hemorragia.

También otras enfermedades predisponen a las hemorragias en general; la leucocitemia, la hemofilia que ya hemos mencionado, la púrpura, etc. pero nada prueba la patogenia de estos accidentes.

Sea cual fuere su causa, se llame esta mal de Bright, albuminuria gravídica, endometritis de origen albuminúrico, como Gottscholk ha dado en llamarlas, producen una hipertensión arterial que unida a las otras lesiones que ya hemos mencionado, provocan ya sea grandes desprendimientos en bloc, o pequeñas hemorragias pero repetidas, al nivel de la placenta, dando una fisonomía tan característica que ha le valido la denominación de trufada, dada por Pinard.

Estas, tan diversas como repetidas hemorragias al nivel de la placenta, tienen una importancia grandísima para el niño y Bar agrega “que él muere muchas veces como consecuencia de la formación del hematoma retroplacentario, pero otras, su muerte se produce gradual y lentamente y se puede por así decir, asistir a su agonía cuando se forman infartos pequeños pero repetidos que estrechan y disminuyen el campo de la hematosi fetal.”

Pero no parecen ser únicamente la albuminuria y las autointoxicaciones del organismo materno las causas únicas que rijan el desprendimiento prematuro de la placenta y junto a ellas aunque menos importante, tenemos el:

b) *Traumatismo*. — Desde época muy remota, el traumatismo fué considerado el solo agente capaz de producir este accidente, ya sea que se trate de un traumatismo directo y brutal como sería el producido por un golpe en el vientre, la caída de una escalera, el choque sobre el ángulo de un mueble, capaz de lesionar la placenta a través de la pared abdominal y uterina o sea el resultado de una emoción violenta de terror, de cólera, etc.

La congestión producida en el útero periódica y fisiológicamente en las épocas correspondientes a la menstruación, o resultando del traumatismo físico o moral, produce una violenta precipitación de sangre en las paredes uterinas, al punto de hacer estallar los vasos allí donde son menos bien protegidos y sostenidos. Peu y H. Spencer incriminan a la impresión nerviosa brusca, como susceptible de producir una hemorragia de esta naturaleza y el Profesor Bonnaire refiere un caso hecho clásico. Se trataba de una mujer en sus últimos meses de embarazo, que estando lavando, vió a

un hombre perder los dedos de la mano en un accidente ocurrido próximo al lugar donde ella se encontraba. Fué tal la impresión recibida, que momentos después la mujer fué presa de un intenso dolor en su vientre, motivo por el cual se hace examinar, resultando ser una hemorragia retroplacentaria.

Bonnaire, al comentar el caso dice: que seguramente se ha producido el accidente, debido a la contracción brusca de la musculatura del abdomen y a la extensión rápida del tronco por la impresión recibida.

Otros autores haciendo el comentario agregan, que tal vez Bonnaire no conociera por aquella época la frecuencia de la albuminuria y se tratara de una predispuesta por esa causa, en la que el accidente no jugó más de un rol secundario.

De no ser así veríamos diariamente, no uno sino muchos casos, puesto que, tanto el traumatismo como las impresiones bruscas son tan frecuentes en las embarazadas, como en las que no lo están.

R. Barnes al ocuparse de la etiología del accidente que nos ocupa, habla: “ 1°. de las contracciones uterinas que perturban y destruyen las relaciones de superficie entre la placenta y el útero; 2°. un brusco aflujo sanguíneo hacia el útero y la placenta; y 3°. las violencias exteriores; y agrega que al final de la

“ preñez, la fibra muscular uterina se desarrolla rápidamente y la *contractibilidad* se hace de más en más activa y manifiesta.”

“ El desprendimiento de la placenta se hace más frecuente: causas mismo inocentes excitan las contracciones activas, la mano aplicada fría sobre el vientre de la madre, percibe una contracción análoga a los movimientos peristálticos del intestino y si la contracción es excesiva y repetida la placenta puede ser desprendida.”

Gendrin a su vez, al hablar de las causas productoras de la hemorragia retroplacentaria, agrega: “ El músculo uterino está formado por dos capas, la una interna, la otra externa, la relación de estas dos capas con la capa vascular, explican la influencia que ellas tienen sobre la producción de la hemorragia. Cuando se producen contracciones espasmódicas del plexo vascular intrauterino estando aprisionado irregularmente por sus contracciones, la sangre debe correr hacia algún punto, resultando una congestión local que puede producir una ruptura en las delgadas ramificaciones vasculares.”

Sin embargo el stratum vasculosum, como llama Testut a la capa media de la musculatura uterina, tiene un espesor considerable, siendo ella la encargada

de contraerse en los casos de vaciamiento del útero, después del parto por ejemplo y llamada con justa razón por Pinard, ligadura viviente.

Además, sabemos que los senos que ocupan esta capa no tienen casi pared propia son puede decirse, túneles excavados en el espesor de esta túnica. ¿Cómo pues la ruptura de estos senos vá a traer una hematoma retroplacentaria? cuando tienen que atravesar la túnica interna y la mucosa uterina. Es pues en un plano más inferior que se producen estas hemorragias. Kiwisch ha notado que el desprendimiento no se hace inmediatamente después del Schock nervioso, sinó que puede efectuarse varias horas y aun mismo, días después.

Ultimamente, aun cuando el traumatismo parezca ser una causa eficiente en la producción del hematoma retroplacentario, preexiste muy a menudo una enfermedad del útero, de la placenta, de la sangre, del hígado, riñones, pulmón, corazón, etc., o del organismo todo entero y nosotros podemos repetir el aforismo de R. Barnes: "*El hueso sano se adhiere al útero con una tenacidad sorprendente*", y como prueba de ello damos el siguiente ejemplo mencionado por Tillaux (Boletín Medical, Enero 1898).

" En Beanjon, yo asistí una mujer embarazada

“ de cinco meses que había caído del sexto piso sin haberse otras lesiones que contusiones múltiples; continúa su preñez normalmente y pare a término.”

Para terminar diremos que Chaussier y Depaul incriminan a los vendajes compresivos efectuados en los miembros inferiores varicosos como causa productora de la hemorragia retroplacentaria, por el hecho del aflujo sanguíneo hacia la pared uterina, causa que nos parece demasiado vanal para producirla y porque además, dado el número de mujeres varicosas embarazadas, aumentaría considerablemente el porcentaje de estos accidentes.

Réstanos agregar que Doleris ha intervenido en caso de aborto brusco debido a hemorragia grave por desprendimiento placentario en el curso de un parto prolongado (1).

Y por último Lehmann en su tesis de París 1898 habla de estas hemorragias como debidas a inserción de la placenta baja y adelante, coincidiendo con la presentación de vértice, provocando la hemorragia retroplacentaria secundaria, sin abundar en mayores detalles.

Otra causa etiológica de primer orden capaz de provocar el desprendimiento placentario es la:

(1) *L'Obstetrique*, 1897 (pág. 349).

c) *Brevedad del cordón.* — Ya sea ésta natural o accidental y a la que agregaremos una mucho menos frecuente, pero de la cual hay casos citados: me refiero a las *bridas amnióticas*.

La brevedad natural o accidental del cordón umbilical, puede provocar el desprendimiento de la placenta a consecuencia de los movimientos fetales.

Y en efecto en 1720, Mauriceau en su "*Tratado de las mujeres embarazadas*" dejaba apuntado este hecho y decía: "Yo a menudo noto que la longitud del " cordón umbilical es menor, debido a las vueltas con " que a veces rodea el cuello del niño, hecho por el cual, " estando de esa manera bridado, no puede casi moverse, y cuando lo hace, tironea la placenta que acaba por desprenderse, causando así una pérdida de " sangre, tanto más grande y peligrosa, cuanto mayor " es el desprendimiento."

Y sin embargo, Jacquemier le contradice formalmente.

Cazeaux, no afirma como la mayor parte de los parteros, que la brevedad del cordón produce una pérdida determinando el desprendimiento prematuro de la placenta y no se muestra partidario de esa manera de pensar. A. Pinard profesa la misma opinión que Mauriceau y publica una observación muy curiosa:

“ Se trata — dice Pinard — de una mujer gran mul-
“ típara, que juntando hierbas, cerca de Aubervilliers,
“ se siente de golpe inundada de sangre. Transportada
“ a mi servicio, sucumbe al llegar. A la autopsia, nos
“ encontramos con el huevo completamente despren-
“ dido, libre en el útero, como un huevo en su huevera.
“ El cordón forma un nudo, que ata uno de los pies
“ del feto y éste en un movimiento brusco había des-
“ prendido la placenta.”

Ribemont, observa un caso análogo que ha servi-
do a Pinard y Varnier para hacer el corte que aparece
en los libros clásicos.

Rousseau Dumarcet, con dos observaciones por él
publicadas en su tesis, viene a apoyar aún más esta
causa etiológica de las hemorragias retroplacentarias.

El mecanismo de este accidente es fácil de com-
prender y para Landon hay que considerar dos casos:
1°. durante el trabajo; 2°. durante la preñez.

“ Durante el trabajo — dice Landon — si la lon-
“ gitud del cordón está reducida natural o accidental-
“ mente por circulares alrededor del cuello o de alguno
“ de los miembros, es necesario para que el trabajo
“ progrese, para que la parte que se presenta descien-
“ da en la excavación pelviana, o que el cordón se
“ rompa o que las inserciones placentarias cedan, para

“ permitir el encaje del feto, provocando el desprendimiento.”

Es lo que Bar afirma igualmente.

La gran brevedad natural del cordón es extremadamente rara, sin embargo se han visto cordones que no medían más de 15,10 centímetros y Schlafer ha visto uno de un centímetro de longitud. Maure, en una observación relatada por Cazeaux, ha visto un cordón que era tan corto que el feto parecía adherente a la placenta.

Diremos para terminar que en *L'Obstetrique*, de 1907, pág. 71, Adolfo Lorini relata el caso de una mujer muerta de hemorragia durante un parto gemelar a término, antes de la expulsión del segundo feto, habiendo el primero sido expulsado estando la mujer de pie.

Explica el mecanismo en la siguiente forma: se produce una brusca tracción sobre el cordón en el momento de la caída del primer feto, lo que favorece el desprendimiento placentario por arrancamiento. En el acto sobreviene una copiosa hemorragia, debido a la falta de eficacia de las contracciones y de la retracción uterina, a causa de la presencia del 2º. feto.

Habíamos más arriba mencionado las bridas amnióticas, y diremos que por su disposición, pueden re-

ducir la longitud del cordón; además formando repliegues membranosos que se insertan a un tiempo sobre el feto y la placenta, tironear sobre ella y desprenderla.

Landon, presenta un caso de estas malformaciones del amnios, recogida en la Clínica de Baudelocque (1878).

Fieux, presenta a la Sociedad de Ginecología, de Obstetricia y Pediatría de Bordeaux, un caso típico de malformación del amnios, cuya fotografía muestra la inserción de la brida en el borde la placenta, de un lado y a 5 centímetros por encima de la inserción placentaria del cordón por otro lado. Es un repliegue, tenso de 16 centímetros de longitud según esa observación; la cabeza encontrándose en el piso pelviano no descendió más y a cada contracción aparecía un poco de sangre como en la ruptura del seno circular.

Sobre la cara uterina se constata la presencia de un coágulo de volumen de un huevo de gallina.

El cordón, resultando por esa anomalía corto, traccionaba la placenta en su descenso, desprendiéndola.

Causas etiológicas, aunque menos frecuentes, pero cuya constatación es un hecho como productoras de semejantes hemorragias, son el:

d) *Hidramnios y el parto gemelar.* — Budin y

Tarnier, en su tratado "El arte de los partos" y Bar, mencionan el hidramnios agudo, que distendería el útero de una manera exagerada, como causa etiológica de las hemorragias útero placentarias y Landon en su tesis de doctorado, la menciona igualmente, relatando la historia de un caso desgraciado ocurrido en 1898, en la Clínica Baudelocque; y agrega: " En las últimas
" semanas de embarazo, todas las partes del útero con-
" tinúan aumentando su superficie en cambio la pla-
" centa ha llegado casi a su desarrollo completo; ge-
" neralmente ésta se presta a seguir el aumento del
" útero gracias a la elasticidad y a su división en ló-
" bulos susceptibles de ser separados, pero si su tejido
" ha sufrido alguna degeneración o alguna infiltración,
" no podrá seguir el movimiento de extensión, sobre
" todo si la presencia de una cantidad anormal de lí-
" quido amniótico trae una exageración rápida de es-
" te crecimiento del útero, se formará en un punto
" cualquiera de la placenta, rupturas al nivel de sus
" adherencias y un derrame sanguíneo, que por su pre-
" sencia activará el desprendimiento."

El mismo mecanismo pero en sentido inverso ocurre, cuando antes o durante el trabajo la bolsa de las aguas se rompe. El líquido amniótico se escapa bruscamente y el útero distendido, tiende rápidamente a to-

mar su volúmen primitivo. La placenta no puede seguirle en su movimiento de retracción inmediata, produciéndose rupturas vasculares en el espesor de su tejido, la hemorragia será la consecuencia lógica y fatal de esta retracción brusca del útero, tanto más grave cuanto que deja veante sus senos debido a la inercia.

Bernheim, cita un caso y lo relata de la siguiente manera: Hasta la ruptura de la bolsa de las aguas, nada anormal había sucedido durante el trabajo, pero después de rota ésta y derramado cinco litros de líquido amniótico, una hemorragia bastante importante causa la muerte del feto y pone a la madre en serio peligro.

Budin y Maygrier (1) citados por Bar, y el Doctor Enrique Boero, mencionan el parto gemelar como factor etiológico de estas hemorragias, y agrega este último: " Poseemos dos observaciones que son idénticas, pues coinciden punto por punto; y se pregunta " ¿cómo se produce el desprendimiento prematuro de " la segunda o única placenta? Posiblemente por la retracción y sobre todo por las enérgicas contracciones " del útero después de la salida del primer feto y más " aún, cuando el segundo se halla mal acomodado

(1) Budin y Maygrier — Archives de Tocologie. Enero, 1884.

“ (hombro); presentando dos casos de esta variedad.”

No terminaremos con este capítulo sin antes decir breves palabras sobre otra causa capaz de producir estas hemorragias nos referimos a la:

e) *Ruptura del seno circular.* — Generalmente se produce sobre placentas insertadas en el segmento inferior, sin embargo en algunos casos se la observa en placentas insertadas en su lugar normal.

Duncan, Jacquemier, Budin en 1896 y sus discípulos Maksud, Brindeau y Leroux, señalan muy importantes observaciones.

“ El seno circular es una gruesa vena de origen materno que rodea más o menos la placenta y que puede alcanzar a veces el grueso del dedo meñique, siendo susceptible de desgarrarse, causando hemorragias más o menos graves.” (Bar).

A la endometritis mencionamos como provocadora de estos desprendimientos, aquí igualmente la endometritis tan frecuente durante el embarazo actúa sobre la caduca y favorece la ruptura del seno circular. Aquella sufre modificaciones de estructura y vascularización bajo la influencia de la gestación, volviéndose un lugar de menor resistencia.

Landon, que menciona este agente etiológico di-

ce: que en presencia de una hemorragia retro placentaria, sin poder asignar la causa productora de ella, debe pensarse siempre en la ruptura del seno circular y adjunta una conferencia dada por el Profesor Budin en la Maternidad, el 26 de Marzo de 1896.

Por último diremos, que la degenerescencia grasosa de la placenta ha sido mencionada por Barnes como causa del desprendimiento de la placenta.

CAPITULO III

ANATOMIA PATOLOGICA

Según Jacquemier, los derrames sanguíneos de la placenta, pueden presentarse bajo 3 formas.

En una primera variedad, la sangre infiltra uno o varios lóbulos de la placenta, cuyo tejido parece raído, es más abundante sobre algunos puntos donde forma pequeños focos llenos de un líquido negruzco que toma en ciertos casos el aspecto de una jalea poco consistente; una segunda variedad, donde la sangre derramada ahuecando una cavidad muy irregular, envía prolongamientos en varias direcciones, estando las partes vecinas infiltradas y teñidas en rojo en una extensión a veces considerable. Estos focos habitualmente bastante grandes, comunican lo más a menudo con la superficie externa de la placenta, que ofrece una desgarradura más o menos amplia y un desprendimiento en la parte correspondiente, produciéndose de prefe-

rencia hacia el borde del órgano, en la vecindad de la vena coronaria y a veces en el centro.

La tercera variedad, descrita habitualmente bajo el nombre de apoplejía placentaria, es la más importante; los focos son netamente circunscriptos y regulares, aún mismo cuando el derrame parezca reciente, son ordinariamente múltiples y el aspecto de su contenido anuncia formaciones sucesivas. Se cuentan a veces hasta 7,8, en una misma placenta y su número puede alcanzar a 20 y más todavía.

Los coágulos más considerables no pasan del volumen de un huevo de paloma, otros no son más grandes que un grano de arroz.

Se encuentran a profundidades desiguales, unos se extienden hasta la cara fetal de la placenta, otros se acercan hacia la cara uterina (Jacquemier cit. por Tarnier y Chantetuil).

La hemorragia retroplacentaria determina lesiones ordinariamente muy manifestas que permiten a la inspección hacer un diagnóstico retrospectivo.

Estas hemorragias se comportan diferentemente, según sea su asiento preciso. Si la placenta se desprende en su centro y si una cavidad se ahueca entre el tejido placentario así desprendido y la pared uterina, mientras que las adherencias persisten en la periferia,

la sangre se acumulará abundantemente en este saco y se tendrá el tipo de hemorragia interna retroplacentaria. Tal es el caso de De La Forterie, citado por Baudelocque. Tales son 10 casos de Goodell a los que pueden agregarse el caso de Winter (1889), de Budin (1888), de Weit (1889), de Pinard y Varnier (1892) (*Tarnier y Budin*).

La placenta está recubierta en su cara uterina de coágulos más o menos adherentes y de diverso aspecto, según la edad — presenta una verdadera cúpula donde quedan aprisionados.

Oldham (1) describe un caso típico, donde la placenta no se adhería al útero más que por su circunferencia y una gran cantidad de sangre estaba aprisionada en la cavidad formada entre el útero y la placenta. Examinada ésta después de la expulsión, era su superficie lisa — desaparecidos los surcos intercotiledonares, cóncava en lugar de convexa.

“ M. De la Forterie, interviene una mujer haciendo una cesárea, abre el fondo del útero y retira
“ sangre negra, coagulada, que dá lugar al reconocimiento de un saco entre la placenta y la matriz; introduciendo la mano recorre toda la cavidad y aña-

(1) Guy's Hosp. Reports, 1856.

“ ma: que sólo los bordes habían conservado sus adherencias con el útero.”

Cazeau, relata un hecho no menos curioso que el anterior, publicado en su libro y aparecido en el *New Med. and phys. Journal* de 1813.

“ Una mujer de constitución débil y delicada que se hallaba en el último mes del embarazo, tuvo un ligero flujo de sangre por la vulva. Apenas había salido una onza, cuando fué acometida por un fuerte síncope, el cuello del útero casi no tenía media pulgada de diámetro y ofrecía tal rigidez, que era totalmente imposible la introducción de la mano. La enferma murió y al hacer la autopsia se encontró que el centro de la placenta estaba desprendido de las paredes uterinas, mientras que sus bordes se hallaban completamente adheridos, de manera que formaba un saco en que había tres cuartillas de sangre coagulada.”

“ En una mujer que murió antes del parto en el servicio del Profesor Tarnier, Mme. Henry, partera Jefe de la Maternidad, vió en la autopsia, un coágulo que partía del fondo del útero y llegaba afilándose un poco hasta el orificio interno. Este coágulo presentaba en su parte más ancha un espesor de 10 centímetros, y una longitud de 26 centímetros.”

Si suponemos que la sangre desprendiera toda la placenta y las membranas hasta el orificio interno, la hemorragia sería puramente interna, pero si franquea dicho orificio y pasa a la vagina llegando a la vulva, la hemorragia se hace externa; a esta variedad se le ha dado el nombre de hemorragia mixta.

Si examinamos la placenta vemos que en totalidad, la mitad o un tercio solamente los cotiledones, se hallan aplastados y disminuídos de espesor y esta depresión se halla ocupada por un coágulo negruzco, totalmente adherido, que no se desprende a su pasaje por la vagina. Desprendiéndose a veces, vienen abundantemente después del alumbramiento, ellos son rojos, negruzcos o amarillentos según la edad y llegan a pesar 500, 600, 1050 (Tarnier) y 1500 grm. según Frendenberg y 2000 (Boero).

Siendo, como hemos tenido oportunidad de decir anteriormente, la albuminuria el agente etiológico más frecuente de esta complicación, las lesiones de la placenta por ella producida nos demuestra como se forma esta hemorragia cuya 1ª. faz es introcotiledoner — con el infarto rojo, para hacerse luego retroplacentaria.

Bien estudiadas estas lesiones macroscópicamente por Jacquemier, Pinard y Rouhaud — no fueron microscópicamente conocidas sinó después de muchos años.

J. W. Williams, Stroganowa, Guiccardi, Colerni, etc., dan a conocer sus resultados estudiando las hemorragias nodulares. Consisten en dilataciones de los vasos de las vellosidades fetales. La congestión vascular es tan intensa, que los vasos estallan y la sangre del feto comunica con los lagos sanguíneos maternos (Nattan, Larrier y Brindeau). El epitelio de las vellosidades, está en estado de proliferación exagerada, si bien, los plasmodos se presentan bajo forma de láminas o bolas; y es muy refringente.

El tejido placentario que se halla en contacto con el coágulo, está aplastado, no tardando en degenerar, (Bar).

Si el foco hemorrágico es antiguo, él se duro, retraído y amarillento o blanquecino, formado de capas estratificadas, concéntricas, que van decolorándose del centro a la periferia. Las vellosidades están alteradas, se distingue apenas en su centro algunos vestigios de vaso. En medio de estos elementos, células blancas circundan los vasos muy delgados, que se rompen y forman pequeños focos más duros todavía.

Si la hemorragia es menos antigua, el infarto es menos duro también, menos bien delimitado, tiene un tinte más oscuro, adquiriendo la apariencia de una trufa engarzada en el parenquima.

Las cosas así, el microscopio muestra la presencia de masas fibrinosas ocupando los lagos sanguíneos; estos coágulos son frecuentemente coloreados por las materias colorantes de la sangre; los hematies han sido desaparecido, las vellocidades aplastadas las unas contra las otras, han perdido su epitelio y sus vasos están casi destruidos.

A la presencia de los infartos más recientes, de los coágulos no organizados todavía y a la sangre, es debido el levantamiento de la placenta y la ruptura de sus inserciones con el útero.

En fin, la placenta puede ser enteramente desprendida, comparable entonces a una lámina de tejido, delgada, exangüe y dura; no se encuentran trozos de cotiledón ni ningún vaso.

¿Cómo se explica la formación del infarto?

Sabemos como condición esencial que para que la sangre no se coagule en los vasos, es necesario que el epitelio de revestimiento interno no tenga alteraciones patológicas. Las células epiteliales de las paredes de las vellocidades y de los lagos sufren una degenerescencia, asperezas, un despulido que obstaculiza el libre curso de la sangre y provoca a este nivel un paro en la circulación útero placentaria (Landon).

¿A qué es debido la formación del infarto? unos

con Fehling y Possier creen que son los vasos de la caduca, otros con Peters y Martin creen que es el proceso proliferativo y degenerativo del endotelio vascular. Lo que se ignora es la causa íntima de la lesión endotelial, sea ella microbiana, debida a perturbación de la nutrición o la alteración de la sangre en las albuminúricas.

Constituída la hemorragia retroplacentaria como acabamos de exponerlo, cabe preguntarse ¿si no se produce el parto prematuro, qué evolución sigue el hematoma retroplacentario? La sangre derramada se coagula, el suero se reabsorbe rápidamente y el hematoma queda constituído por una red de fibrina, encerrando glóbulos rojos y glóbulos blancos. Si continuamos en su evolución, vemos que los glóbulos rojos se rompen y desagregan, los blancos se vuelven gotas grasosas y el hematoma queda representado por un conglomerado de fibrina, en medio del cual se encuentra pigmento ocre, último vestigio de los glóbulos sanguíneos.

En otros casos, las transformaciones de la sangre extravasada es muy diversa, la fibrina se coagula en la periferia del hematoma, en el centro se encuentra un líquido coloreado en rojo, bastante flúido, o una papilla parduzca.

Cuando las alteraciones son más antiguas y más

avanzadas por consecuencia, el hematoma se transforma. El líquido encerrado en la capa fibrinosa se vuelve de más en más claro, luego no es más que suero casi puro, conteniendo en disolución un poco de materia colorante.

Una otra evolución puede seguir: la sangre derramada se transforma en una papilla amarillenta, de aspecto purulento, cargado de glóbulos blancos que han sufrido la degenerescencia grasosa. Se tiene entonces, lo que algunos autores llaman absceso de la placenta, descrito por Brachet, Cruvelhier y otros.

En lo que se refiere a las lesiones uterinas, diremos que la endometritis ha sido vista por todos. Weiss, haciendo cortes de músculo uterino de mujeres muertas de estas hemorragias, describe una degenerencia del tejido muscular, transformado en tejido fibroide (Ternier y Budin).

Leitz ha constatado lesiones de la musculatura uterina consistente en obliteraciones vasculares y lesiones de degeneración del músculo y del tejido conjuntivo.

En el año 1911, Couvelaire (1) llama la atención sobre las hemorragias extensas del músculo uterino,

(1) Revista de Ginecología y Cirugía de Pozzi, pág. 409 (1913).

lesiones que han sido encontradas últimamente por Desmond, Ribemont, Dessaiques, Bar, Esen Moeller, etcétera.

En la superficie del útero se encuentran manchas azules debidas a hemorragias musculares sub-serosas; estas sufusiones sanguíneas pueden extenderse hasta los anexos y al ligamento ancho; la serosa puede quedar intacta, a veces parece estar desgarrada bajo la influencia de la tensión uterina; el aspecto del órgano corresponde bien al término de *apoplejía útero placentaria*. Los exámenes histológicos muestran que el músculo es asiento de una hemorragia profusa; las fibras musculares disociadas por los glóbulos sanguíneos y el edema; estas lesiones parecen más manifestas del lado de la serosa que del lado de la caduca, pero las fibras musculares mismas no presentan ninguna lesión; en resumen, hemorragia y edema al nivel de la pared uterina son las lesiones capitales. Bar piensa que la apoplejía útero placentaria no se observa más que en los casos de eclampsismo y excluye las de origen traumático.

Para terminar con el capítulo de anatomía patológica mencionaremos el resultado de una autopsia practicada por Paul Bar y Michel Kewily (1) quienes dicen

(1) L'Obstetrique, 1906 (pág. 265).

haber encontrado lesiones celulares del hígado en un caso de hemorragia retroplacentaria en una albuminúrica.

“ Una enferma entra a la Maternidad de San Antonio y muere 24 horas después a consecuencia de una hemorragia retroplacentaria; a la que el Profesor Bar decide practicar una cesárea.

“ A la autopsia no se encuentra sangre ni serosidad en el peritonio. El útero taponado estaba traído y no había nada de sangre.

“ En el hígado se constata que en la zona central de cada lóbulo, existe una degeneración muy marcada de las células hepáticas y algunos son atacados de lesiones necróticas.

“ El hígado se encontraba aumentado de volumen. Examinado microscópicamente, se constata que las travéculas de células hepáticas son bien regulares en la vecindad del espacio porta, pero se produce por gradaciones insensibles una dislocación de éstas y a medida que se acerca a la vena central del lóbulo, las células están en general atrofiadas, el protoplasma parece a veces estar liquefacto y el núcleo pronto a salir.

“ Hacia el centro del lóbulo, muchos se colorean fuertemente, pero son pequeños, contraídos. El pro-

“ toplasma de las células de esta región enferma se coloreaba de una manera más pálida, indiferente, sin electividad.

“ La coloración con el azul de toluidina o de metileno, — mejor que con hemotoxilina,, muestra un contraste entre las células de la periferia del lóbulo, cuyo protoplasma es bien neto, violeta oscuro.

“ Nada particular en las células vecinas a la espacio porta.

“Los riñones enfermos presentan lesiones de nefritis epitelial.

“ Las lesiones halladas en el hígado de esta mujer, son parecidas a las descubiertas por Guieyre en las eclámpicas.”

Sería de gran interés, investigar si las lesiones que presenta el hígado de las mujeres muertas de hemorragia retroplacentaria, es idéntico o parecido al de aquellas muertas por la eclampsia y si así fuera, ya no habría casi dudas, de que este accidente se halla ligado estrechamente al eclampsismo.

CAPITULO IV

SINTOMATOLOGIA

Hemos visto, al tratar la anatomía patológica de este accidente, que el desprendimiento placentario afecta en unos casos una pequeña superficie de la placenta y en otros, el desprendimiento es total o casi total, cambiando por consiguiente su cuadro sintomático según sea perteneciente a la 1ª. o a 2ª. variedad el caso en estudio. Unas veces, este accidente no tiene casi repercusión sobre el estado general de la enferma, en cambio los hay, cuya situación es rápidamente muy grave, poniendo en peligro la vida de la madre, cuya muerte ocurre pocas horas después con todo el cuadro sintomático de las hemorragias graves.

Estas pueden aparecer en el curso de la salud más perfecta, sin síntomas premonitores; sin embargo, a veces refieren las mismas enfermas que cuatro o cinco días antes, empezaron a sentir dolores de cabeza y epigastralgias persistentes, acompañados de malestar ge-

neral, edemas en las piernas y en los párpados, signos todos de la albuminuria.

Una fuerte emoción, un golpe, una caída, sin causa apreciable muchas veces, las enfermas son sorprendidas en cualquier momento del día o de la noche por un dolor agudo, continuo, con exacerbaciones más o menos marcadas en la región epigástrica correspondiendo al fondo de la matriz y muy frecuentemente hacia el lado derecho, aumentando con la palpación y que localizan en el hipocondrio; y en los riñones; a veces gradual otras rápidamente, el fondo uterino se distiende y hace saliencia, aumentando visiblemente de volumen, al propio tiempo que se pone duro, de consistencia leñosa. Sobrevienen en seguida un sinnúmero de fenómenos, que indican la formación de la hemorragia interna.

La mujer está pálida, anemiada, augustiosa, las mucosas están decoloradas, los ojos grandemente abiertos, las pupilas dilatadas, su facies indica el sufrimiento y la depresión; la voz apagada, el aliento frío, es el cuadro del colapso acompañando las rupturas viscerales o las hemorragias internas graves. Se encuentra en un estado de agitación con ansiedad respiratoria, inquietante para los que la rodean; un malestar general que va en aumento, hace lugar a las

lipotimias y a los síncope; la piel recubierta de un sudor viscoso, las extremidades frías y acompañando a este estado una intelectualidad aniquilada y obtusa, que recobra en los casos felices.

Sin embargo, ocurre frecuentemente que el estado general de estas enfermas no corresponde a la cantidad de sangre derramada y el cuadro sintomático es más sombrío que si hubiera sido expulsada al exterior; y es que a la pérdida sanguínea, vienen a agregarse los síntomas de la distensión rápida del útero.

Se ha observado la púrpura con el estado malo preexistente de estas enfermas. El pulso, según todos los autores, es como en las grandes hemorragias, filiforme-incontable, o ausente; sin embargo no es una guía que corra paralelamente con la pérdida sanguínea y menos con el estado general, de manera que no se le debe de tomar muy en cuenta en estos casos, sobre todo como único elemento, sino darle valor con ciertas reservas y asociándolo a los otros síntomas generales que le acompañan.

Hay una disociación entre el estado general y el pulso lo que constituye un hecho paradójal.

El doctor Enrique Boero quien fué el primero en llamar la atención sobre esta observación personal dice:

“ En los casos de menor gravedad, el pulso oscila entre 80 y 140 pulsaciones por minuto. No hay hipotermia, pero se nota decoloración de los tegumentos y mucosas, disnea, extremidades frías, ligeros sudores fríos y un cierto grado de obnubilación intelectual.

“ Pero hay que observar un hecho que parece paradójal y que tiene su explicación, nos referimos a la relación del pulso con el resto del estado general. En efecto, frecuentemente se encuentra un pulso que late 72, 88 y 90 veces por minuto (1) tenso, contrastando con la palidez intensa y un estado general que indica una pérdida sanguínea de importancia, este conocimiento tiene sumo valor, porque explicada su causa, hará que nuestra guía sea el estado general y no aquél, porque nos da un dato erróneo como lo demuestra su ascenso a 120 o 130 una vez terminado el parto.”

Este pulso paradójal, por así decirlo, agrega: “en estas mujeres hemorrágicas y en grave estado, cuyo número de pulsaciones y su tensión no está de acuerdo con la abundancia de la pérdida sanguínea, es una falsa guía para determinar la mayor o menor

(1) Refiriéndose a casos por él observados.

“ gravedad de la enferma, porque si por él fuera, no
“ habría para qué alarmarse, como sucede cuando no
“ llega a 100 y es de buena tensión. Este pulso, con
“ caracteres normales, que se observa en las mujeres
“ que no han o han tenido muy escasa hemorragia ex-
“ terna, se explica: o bien, por la hipertensión arte-
“ rial de toda albuminuria, o bien por el Shock que re-
“ cibe el gran simpático, debido a la rápida distensión
“ de las paredes uterinas, que daría lugar al predomi-
“ nio del neumagástrico sobre el corazón.”

Recientemente Bue comunicaba a la Reunión de Lille (25 de junio de 1913), un caso de hemorragia retroplacentaria sin la menor repercusión sobre el estado general de la madre; y relata la observación de una multipara con hemorragia que creyó de placenta previa, con pulso de 68 y que tuvo un parto en *avalancha* con feto muerto y un coágulo retroplacentario rodeado de sangre líquida que avalúa en 500 gramos.

Vollois cita también tres casos de desprendimiento placentario, con cuadro sintomático completo y en los cuales el pulso en 2 no pasó de 80 pulsaciones, y la otra quedó por debajo de 100, habiendo las tres sangrado abundantemente después del parto y detrás de la placenta se encontró un coágulo de 1100 gramos en uno de los casos.

Finsterer de Viena, también llama la atención sobre el retardo del pulso en las grandes hemorragias traumáticas intraperitoneales, especialmente encontrado después de la ruptura del hígado con reabsorción de bilis derramada; pero aquí, seguramente, ocurrirá lo propio que en los casos de ictericia, los que son acompañados de bradicardia, debido muy posiblemente a la absorción de pigmentos biliares.

Localmente, el útero adquiere un desarrollo exagerado, que llama muchas veces la atención de la enferma, sobre todo, con relación de la edad del embarazo; este hecho explica el error de Chevalier, quien, en un caso de desprendimiento de placenta, practica una cesárea con el objeto de salvar al niño que creía viable y con gran sorpresa, retira un feto que sólo contaba cuatro meses. Se eleva en algunos casos hasta 47 centímetros por encima de la sínfisis, lo cual prueba cuan fácil es equivocarse como Chevalier si se deja el partero impresionar por ese solo dato.

La palpación del útero da la sensación de dureza leñosa como algunos la llaman y toda exploración se hace difícil debido a los dolores que estas maniobras despiertan en la enferma. Es solamente 24 horas después de este accidente, que se puede en ciertos casos,

constatar la consistencia blanda del útero que tiende a normalizarse.

Todo diagnóstico de posición se hace imposible, debido a esta tensión y la palpación de las partes fetales es infructuosa por la misma causa. Barnes, Leroux, Llovet, Kortright y Baudelocque, han querido diagnosticar el asiento del desprendimiento y con ellos Mme. Henry y Bar (Lecon de Clinique del 18 de Janvier de 1896), quienes señalan una blandura especial del útero, allí, donde las enfermas refieren su primitivo dolor, notando, también, la presencia de un tumor que hace relieve y de tamaño variable, especialmente, cuando la placenta se inserta en la cara anterior del útero.

El segmento inferior distendido y excesivamente doloroso, está en tensión permanente y ensanchado, impidiendo por completo la palpación.

La auscultación negativa de los ruidos fetales es lo común y cuando se les oye, ellos son lentos, arrítmicos, soplantes, testimoniando el sufrimiento o la muerte próxima del feto. El silencio auscultatorio y la dureza leñosa del útero hacen imposible diagnóstico de la presentación.

Si examinamos los órganos genitales externos, veremos que la mujer pierde a veces un poco de sangre.

En efecto, la hemorragia no es puramente interna y una parte del suero más o menos teñido se abre camino hacia afuera, después del desprendimiento de las membranas. Muchas veces, la hemorragia externa es bastante considerable y en medio de la sangre líquida, se pueden ver algunos pequeños coágulos negruzcos. (Bar).

En algunos casos, como hemos dicho, suero más o menos rojizo se escapa al exterior por compresión.

Este síntoma es característico de la hemorragia con retención y E. Calthrop (1) fué el primero que llamó la atención.

“ Si vemos salir sangre más o menos acuosa, podemos suponer una hemorragia con retención de coágulos.” (Barnes).

El tacto vaginal nos suministra una cantidad de síntomas interesantes.

El cuello puede haber guardado toda su longitud, pero debido a la enorme presión que tiene que soportar se halla dehiscente (Varnier), entrabierto, permitiendo el pasaje del dedo explorador que llega hasta el nivel de la bolsa de las aguas, que presenta una tensión exagerada y *permanente*.

(1) Lancet T. J. 1868 (pag. 458).

No se observa nunca; ni fluctuación ni peloteo fetal, encontrándose la presentación fuertemente aplicada sobre el segmento inferior, inamovible y sin encaje; estando su posición y variedad de posición en relación al estrecho superior, dada por la del cuerpo, quien se acomoda según el lugar que ocupa el hematoma retroplacentario. (Boero).

Si se rompe la bolsa de las aguas el líquido amniótico en lugar de ser opalescente es a menudo rosado, teñido por la sangre, y Pinard llamaba la atención sobre este hecho cuando decía: “Yo he podido recoger
“ líquido amniótico con una coloración netamente rosada; no había en ningún caso lesión ni del cordón,
“ ni de la superficie placentaria, sólo sí focos retroplacentarios antiguos, que habían por su volumen y
“ su extensión pasado los límites de la placenta y
“ puesto en contacto directo con las membranas.

“ Yo pienso, que la materia colorante de la sangre haya pasado a través de las membranas para
“ mezclarse con el líquido amniótico.”

El doctor Boero observa igualmente en varios casos la presencia del líquido amniótico rosado y explica el hecho un tanto diferentemente; menciona el caso de una mujer muerta por hemorragia de varices vulvares durante el embarazo; no auxiliada a tiempo, don-

de comprobó en la autopsia “ que: el huevo cuyas mem-
“ branas se constataron íntegras, contenía sólo 10 gra-
“ mas de líquido amniótico, es entonces posible, dice,
“ pensar que en las grandes hemorragias, se efectúa
“ entre el organismo materno de presión sanguínea
“ descendida y el líquido amniótico a presión, una ab-
“ sorción rápida por el primero del segundo a través
“ de las membranas y por los senos uterinos, lo que ha-
“ cía presumir la coloración rosada del líquido, ex-
“ plicándolo como debido a un intercambio osmótico
“ entre líquidos de distinta densidad.”

“ Podría también suponerse que el feto al sentirse
“ privado de oxígeno por el desprendimiento de la pla-
“ centa, hiciese inspiraciones profundas que lo absor-
“ bieran y atribuir el color rosado al pasaje a través
“ de las membranas íntegras, de una muy pequeña
“ cantidad de sangre o hemoglobina proveniente del
“ hematoma retroplacentario; pero los fetos no han
“ mostrado líquido en los pulmones.”

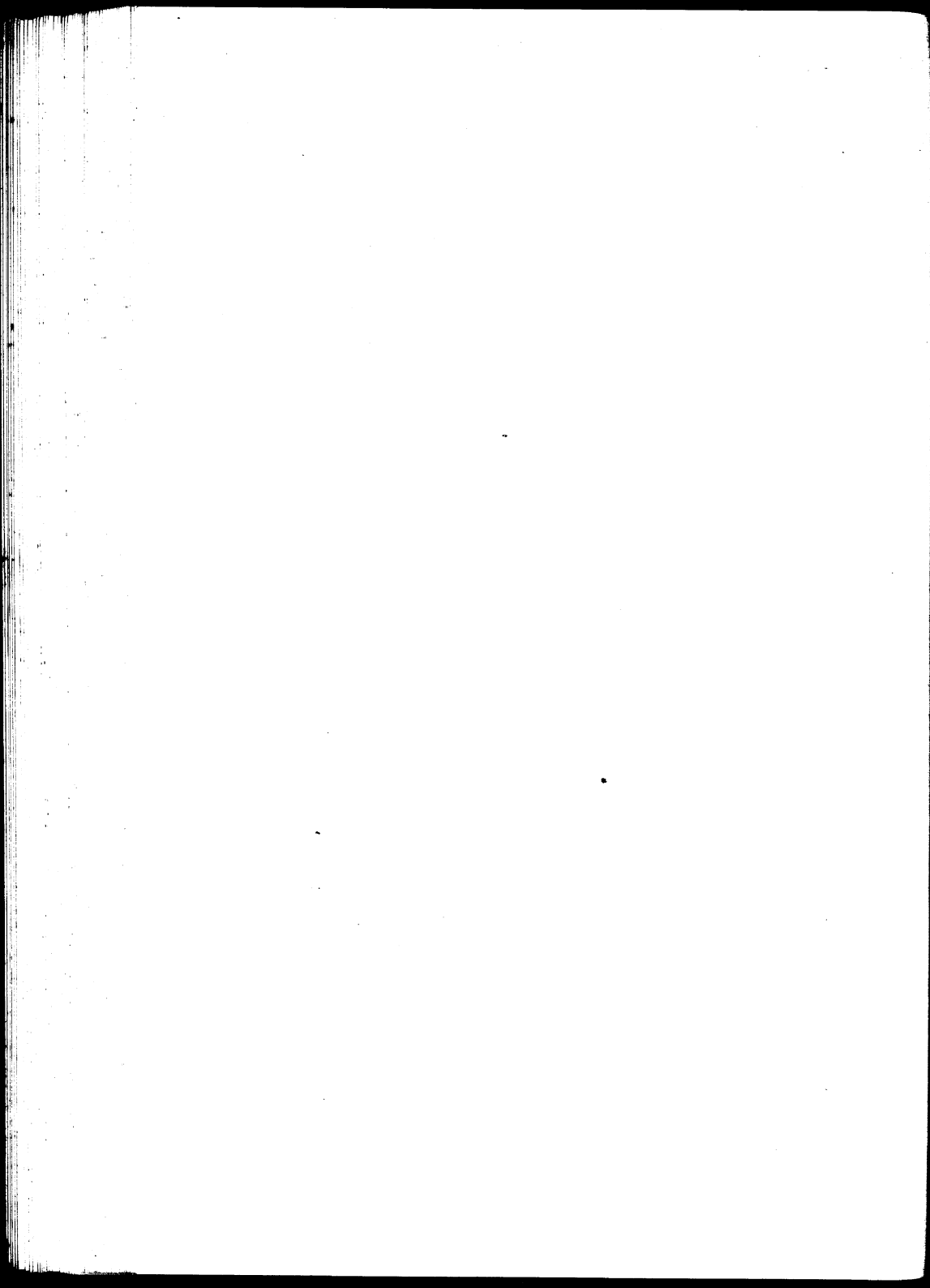
Hecho este, interesante bajo el punto de vista científico y práctico y sobre el cual es necesario investigar la causa.

La hemorragia puede manifestarse diferentemente según los obstáculos que encuentre la sangre para exteriorizarse.

La hemorragia interna, la más difícil de diagnosticar es muy rara; la sangre acumulándose entre la pared uterina y la placenta que desprende, ahueca una logía que puede contener de 500 a 2000 gramos de coágulos y si las adherencias periféricas de la placenta no son suficientemente resistentes, la sangre las desprende y se insinúa sobre la cara interna del útero, a lo largo de las membranas, y termina por llegar al orificio interno del cuello.

¿Cuándo deja de producirse la hemorragia? — Cuando la presión intrauterina aumentada, equilibre o anule la arterial, pero si en lugar de permanecer oculta, la sangre franquea el orificio interno y se vierte al exterior, entonces, la presión intrauterina disminuirá, y la hemorragia se detendrá cuando la presión arterial se haya debilitado tanto, que dé lugar a la formación de coágulos en los senos uterinos abiertos. (Boero).

Por último, cuando el parto tiene lugar, la placenta desprendida por el hematoma antes del fin del trabajo sigue de cerca al feto en su movimiento de descenso, aplicada contra él, y detrás de la placenta una cantidad de sangre líquida y coagulada; es a la manera tan particular e inconfundible de producción de este parto, en el que tras del feto viene la placenta con coágulos y sangre líquida, que los autores ingleses han denominado felizmente *parto en avalancha*.



CAPITULO V

DIAGNOSTICO

Si encontramos en una enferma reunidos todos los síntomas que acabamos de analizar, el diagnóstico del desprendimiento prematuro se impone; pero, no siempre sucede así, siendo entonces difícil reconocer estas hemorragias, máxime si se tiene en cuenta que las enfermas se hallan imposibilitadas de suministrar dato alguno, encontrándose algunas en estado eclámpsico.

Varias son las causas que dificultan el diagnóstico y pueden inducir al error, según que los fenómenos generales o hemorrágicos sean los más acentuados.

Tal es la repercusión de estas hemorragias sobre el estado general, que ha podido suponerse a veces en un envenenamiento, una ruptura del corazón o de los gruesos vasos, una embolia pulmonar, etc., sin acompañar a este estado de depresión, los fenómenos abdominales, los dolores de riñones y del epigastrio correspondiendo al fondo uterino, seguido de aumento del

volumen y deformación del órgano, dureza leñosa de sus paredes, y cuya importancia es enorme. La gravedad y la rapidez casi fulminante de los síntomas generales, han hecho pensar muchas veces en la ruptura de un embarazo extrauterino, pero si tenemos en cuenta la edad del embarazo, y la existencia de los signos propios de la preñez ectópica, tumor al lado del útero vacío, etc., será difícil cometer el error. El tacto será en estos casos de grandísimo valor y revelará casi siempre un empastamiento en uno de los fondos de saco laterales, todo esto, provocando casi siempre, una peritonitis por el contacto del feto y los líquidos expulsados por el quiste.

La ruptura uterina no se observa jamás fuera del trabajo del parto, a pesar de que Tarnier haya visto un caso; Maygrier ha observado la ruptura de la capa muscular externa del útero a consecuencia de un golpe llevado sobre el vientre durante el embarazo.

Los fenómenos generales que acompañan este accidente son marcados por síntomas de intensidad variable; muchas veces la sensación de ruptura, de arrancamiento es tan neta, el dolor tan vivo, que la mujer exhala un grito de dolor, cayendo en síncope, con un estado general rápidamente alarmante; en cambio otras, un dolor continuo pero soportable en un punto

fijo, reemplaza los dolores vivos e intermitentes y sangre ordinariamente negra y espesa aparece por los órganos genitales externos. Para Pinard la sangre es roja, arterial, sin caracteres que permitan diferenciarla de las otras hemorragias.

Si la desgarradura es extensa, el feto pasará en parte o totalmente a la cavidad abdominal, siendo accesible a la palpación; las contracciones uterinas generalmente cesan. El vientre de estas enfermas es irregular y deformado, pero no ofrece como en las hemorragias retroplacentarias, aquella tensión exagerada, esa dureza leñosa, especie de tetanización que impide distinguir y delimitar las diferentes partes fetales; a la auscultación se oyen a veces los latidos fetales y cuando el feto no muere, aparecen como más aproximados al oído.

El tacto proporciona un signo importantísimo para diferenciar estos dos accidentes y en lugar de encontrar un segmento inferior en tensión permanente y un cuello dehisciente, se presenta arrugado y permitiendo sentir un útero retraído.

En estos casos realmente difíciles, es notando el aumento brusco del volumen del útero y su tensión, que se supondrá la existencia de una hemorragia por desprendimiento retroplacentario.

La ruptura del seno circular, puede provocar el desprendimiento placentario y da nacimiento a síntomas menos graves. Sin embargo, durante el embarazo difícil será atribuir una hemorragia a este accidente; durante el trabajo la intermitencia del derrame, correspondiendo regular y sincrónicamente con las contracciones uterinas, hará más fácil su diagnóstico (Maygrier); por otra parte el feto está casi siempre vivo y los latidos cardíacos serán normales aunque un poco alejados.

El hydramnios agudo ha sido invocado como susceptible de confusión con el desprendimiento retroplacentario, pues acompaña un enorme aumento del volumen del vientre y fenómenos de asfixia, pero el estado general de la enferma no es aquel de la hemorragia; no hay anemia tan rápida y profunda como en el desprendimiento placentario; si bien el aumento de volumen del útero y la gran tensión que le acompañan pueden inducir en error, bastará practicar un tacto vaginal para que los dedos exploradores lean el diagnóstico; y si en la hemorragia retroplacentaria tratamos de buscar el peloteo vaginal y no lo encontramos por hallarse fuertemente aplicada la presentación debido a la presión extraovular, en el hydramnios la fluctuación es de las más netas, debido a que el feto nada en

una cantidad muy abundante de liquido y porque la presión no se ejerce de fuera adentro como en el primero sino de dentro a afuera.

Un otro elemento de diagnóstico viene a agregarse para los casos difíciles y Louis Devraigne (1) interno de la maternidad de Lariboisiere, en el servicio del profesor Bonnaire es quien lo ha dado a conocer en 1905; se trata de la hemoglobinometria en el diagnóstico de las hemorragias retroplacentarias.

En una embarazada multipara, que presentaba tensión permanente, dolor abdominal y dureza leñosa, el profecor Bonnaire discute el diagnóstico entre hy-dramnios con feto vivo y hemorragia retroplacentaria con feto muerto.

Se hace el dosaje de la hemoglobina con el hemoglobinómetro de Gowers, y no acusaba más que 55 o|o. Como no había tenido hemorragia externa, ni fuera ni dentro de servicio, Bonnaire afirma el diagnóstico de hematoma retroplacentario, que es confirmado después del alumbramiento y agrega: que es un buen medio de diagnóstico, cuando no puede hacerse por la falta de varios signos clásicos. Dice el mismo autor que no debe intervenirse, sino cuando el aparato marque un porcentaje de hemoglobina de 50 o|o, o más abajo.

(1) L'Obstetrique, 1905 (pág. 524).

Importante es distinguir las hemorragias retroplacentarias de aquéllas, debido a inserción baja de la placenta, pues que a veces su diagnóstico resulta embarazoso, tanto más, cuanto que, en algunos casos si bien raros, se puede encontrar hemorragias retroplacentarias debidas a una inserción viciosa de la placenta hacia abajo y adelante (1).

La característica de estas hemorragias es la de producirse sin dolor, la sangre es roja, menos negruzca que en las hemorragias internas; de una manera insidiosa, sin causa apreciable, estando muchas veces la mujer en reposo, durmiendo.

Muy raramente continúa, se produce a intervalos y no es tan abundante como para ser mortal en su primera aparición; siempre indolente y silenciosa provoca en la mujer una anemia grave por su repetición.

Por lo que respecta a las deducciones sacadas de la manera como se produce el derrame sanguíneo, durante o en el intervalo de las contracciones, no pueden ser aceptadas. En efecto, si en la placenta previa antes de la apertura del huevo, la sangre es ordinariamente expulsada hacia afuera durante la contracción y si en la hemorragia causada por el desprendimiento

(1) Lehmann - Tesis de París, 1893.

prematureo de la placenta se reproduce habitualmente en el intervalo de las mismas, no hay que omitir como Schroeder y Tarnier lo han establecido, que en la placenta previa, cuando el huevo está abierto, la presentación es aplicada contra la superficie sangrante en cada contracción, tapando mecánicamente los orificios vasculares rotos, produciéndose nuevamente cuando cesan los dolores, recordando con ello la variedad de hemorragias que estudiamos. (Budin y Tarnier).

Por el tacto, a veces, se percibe la masa placentaria y Tarnier ha podido cometer el error de tomar por cotiledones, unos coágulos que habían deslizado hasta el orificio interno. Reidinguer, citado por Budin, sentía en una mujer con violenta hemorragia externa, una placenta que creyó previa y que normalmente insertada y desprendida había deslizado hasta el orificio interno donde él la tocaba. Luis Dubrisay menciona un caso análogo (1).

Si el derrame sanguíneo es el síntoma predominante, se podrá atribuir a una varice o hemorragia por ruptura de los vasos del cordón, o a la endometritis. En la ruptura de varices de la vulva y vagina, es suficiente tener en cuenta que no existe ningún síntoma

(1) L'Obstetrique, 1903 (pág. 344).

uterino, ni dolores de vientre, ni de riñones. Si se practica una inspección atenta y metódica separando los grandes y pequeños labios, si fuera una varice vulgar la causa de la hemorragia, se verá inmediatamente; es indispensable el examen con espéculum, pues la sangre inunda el campo y no permite ver su proveniencia. (Budin y Tarnier).

Bennington relata el caso de una mujer afectada de gruesas varices vaginales, que en el curso de una hemorragia aplastábanse a medida que la sangre corría, lo cual le hizo suponer que la hemorragia provenía de una varices rota.

La hemorragia por desgarradura de los vasos funiculares es extremadamente rara y no aparece sino después de la ruptura de la bolsa de las aguas, estando la sangre mezclada íntimamente con el líquido amniótico; por último este accidente no modifica en manera alguna el estado general de la madre.

Por último, la hemorragia causada por endometritis de la caduca uterina, es ordinariamente menos dolorosa y menos abundante que en la hemorragia accidental, pero el diagnóstico diferencial entre las dos, sólo se hace retrospectivamente por el examen de la placenta.

Se comprende, entonces, toda la importancia que

tiene un diagnóstico precoz, puesto que en muchas ocasiones, pérdidas internas considerables, que durante un tiempo no se exteriorizan, dejando a la mujer en un estado general relativamente bueno, poco tiempo después, instantes solamente, puede ser ya demasiado tarde para tentar una intervención salvadora para la madre, ya que el niño ha sucumbido fatalmente.

CAPITULO VI

PRONOSTICO

Las hemorragias retroplacentarias son siempre de un pronóstico sombrío para el feto, que casi siempre muere y para la madre cuyo porcentaje de mortalidad es bastante crecido.

Si tomamos en cuenta la anatomía patológica, deduciremos que la influencia de la hemorragia varía según el número y la extensión de los derrames, lo mismo que la repetición más o menos frecuente de estos accidentes. Si los focos de apoplejía son pequeños y numerosos, una gran parte de la placenta conserva su estructura normal y la aptitud para llenar sus funciones, y no solamente el feto continuará viviendo, sino que su nutrición sufrirá poco o nada (1). En otros casos por el contrario nacerá débil, raquítico, desnutrido.

Si los focos apopléticos se repiten a corto inter-

(1) Véase Historias clínicas.

valo, la muerte del niño puede considerarse fatal. Para la madre, la presencia de focos hemorrágicos pequeños intraplacentarios no agrava el pronóstico de parto, pues hay que tener en cuenta que estos hematomas son causas comúnmente de adherencias placentarias, de donde una posible retención de membranas y el cortejo de accidentes que le siguen: infección puerperal, hemorragia post-parto, pólipos placentarios, subinvolución, etc.

Pero esto en los casos que podríamos llamar benignos, no siendo el mismo el pronóstico cuando la cantidad de sangre derramada es abundante y cuando en vez de formarse focos de apoplejía intraplacentaria se forma una vasta cavidad entre el útero y la placenta, alojando coágulos y sangre líquida en gran cantidad. Aquí la gravedad es extrema y la vida de la madre comprometida por momentos; las mujeres sucumben a la anemia grave y profunda que rápidamente se presenta (Weiss). La muerte ocurre en pocas horas, antes del parto y sin dar tiempo muchas veces a poner en práctica ningún tratamiento, tal es su rapidez.

Y sin embargo, no es solamente la pérdida sanguínea la que aporta esa sintomatología tan emocionante, pues hay mujeres que soportan bien sangrías de 800 y 1000 gramos después del parto o del alumbramiento.

nimiento, es que a este síntoma dominante se agrega un fenómeno nervioso, el Schok, denominación un poco vaga, pero que exprime un hecho real. Bar, piensa que al nivel del derrame se efectúa una reabsorción de sangre y que esta reabsorción produce fenómenos tóxicos como aquellos del hematocele, por ejemplo. Se trata lo más frecuentemente de mujeres enfermas cuya nutrición, siendo defectuosa, hace que la resistencia sea mínima.

Las lesiones uterinas bien descritas por Lequeux y Couveleire, ayudan a los fenómenos de Schok, que más que la hemorragia, matan a la enferma.

Al Schok adicional del trabajo se agrega una prostración fatal y a veces una nueva hemorragia por apoplejía uterina, sobreviniendo después del nacimiento del niño concluye con las pocas fuerzas y el resto de esperanza que ha quedado.

La seguridad depende de un diagnóstico hecho precozmente; el peligro de muerte inmediato al accidente es serio, los riesgos que la enferma va a correr si soporta el Schok primitivo no son menos graves, la continuación del Schok y la hemorragia secundaria, la peritonitis, la metritis, la infección puerperal, la septicemia, etc., son un cortejo de peligros formidables.

De lo que antecede se deducirá que la mortalidad

materna sea realmente desconsoladora en los casos de desprendimiento prematuro de placenta. Sin embargo, las cifras varían con cada autor y esto depende seguramente de la manera de hacer sus estadísticas. Algunos, como Mme. Henry, incluyen los casos benignos y es así como en 28 casos tiene 26 éxitos, o sea el 7.1 o/o. Pero esta benignidad de que da cuenta Mme. Henry, está muy lejos de ser cierta, y así vemos a Brunton que en 5 casos tiene 5 muertes. Braxton Hicks que en 1860 registra 15 muertes sobre 23 casos (65.2 o/o); Goodell en 1870 lamenta 54 muertes sobre un total de 106 casos (51.8 o/o); Henry Coe que sobre 152 mujeres se le mueren 71 (46.7 o/o); Rousseau Dumarcet, 5 muertes sobre 13 casos (38.4 o/o); M. de Forin acusa un porcentaje de 27.92 o/o de mortalidad y Meyer el 25 o/o. M. Moreau el 13 o/o y Lehmann sobre 31 mujeres, sólo 2 mueren (6.4 o/o).

Recientemente Essen Moeller afirma que la mortalidad tiende a disminuir por el hecho de que un diagnóstico precoz y un tratamiento racional es hoy posible y agrega a esto su estadística de 29 casos observados en la clínica de Lund deplorando la muerte de sólo 2 casos (6.9 o/o).

El doctor Gabastou presenta en su tesis de doctorado, cinco historias clínicas recogidas en la materni-

dad del Hospital San Roque, correspondientes a otras tantas enfermas que presentaban el "accidente de Baudelocque" y no solamente no muere ninguna, sino que sus puerperios fueron normales.

El doctor Boero de la Maternidad del Hospital San Roque, en un trabajo leído en la Asociación Obstétrica Nacional, dice que el porcentaje de mortalidad en dicha Maternidad hasta entonces era de 11.11 o/o.

Fox y Arostegui presentan un trabajo a la Sociedad Médica Argentina el año 1909, con un porcentaje de mortalidad de 40 o/o.

Nosotros sobre 4 observaciones acusamos 2 muertes (50 o/o).

El pronóstico deducido de estos datos estadísticos es por demás sombrío, pero si se tuvieran en línea de cuenta todos los casos observados y no solamente aquellos que se publican por su gravedad, se llegaría muy probablemente a resultados infinitamente mejores, esto es, lo que piensa Tarnier y lo que se desprende de las lecciones clínicas de M. Budin (Tarnier y Budin).

Citan estos autores una complicación excepcional señalada por Ingleby y que se relaciona a una ceguera que duraría cinco meses muy posiblemente dependiente de la albuminuria que presentan estas enfermas; sin embargo, resulta difícil afirmarlo.

En cuanto a la suerte que corre el producto de la concepción y la esperanza de obtener un niño vivo, depende mucho de la extensión del desprendimiento y del tiempo que transcurra entre la producción del accidente este y la expulsión del feto fuera del útero. En los casos de hemorragia interna con gran desprendimiento, la muerte del niño es fatal, así nos lo demuestra la estadística de diversos autores. Winter 95 o/o; Goodell 93.4 o/o; Trendelenberg que sobre 110 casos tiene 111 fetos muertos, habiendo entre ellos un embarazo gemelar.

Dumarcet 100 o/o; Mme. Henry 92.8 o/o, Lehmann 93.7 o/o; Gabastou 100 o/o; Boero 100 o/o, y Fox y Aróstegui 100 o/o.

En nuestros 4 casos tenemos 4 muertos y un niño vivo, proveniente de un embarazo gemelar, y en el cual el primero nace con vida, muriendo el segundo debido al desprendimiento placentario. •

La asfixia blanca es casi siempre la causa de la muerte de los niños, debido a la disminución de la cantidad de sangre aportada al feto por el desprendimiento y la hemorragia.

Butte publica en el "Bulletin de Biologie" una causa que explicaría igualmente la muerte del feto y dice que ella se produce porque éste cede su oxígeno a la

madre, habiendo demostrado la veracidad de su observación con experiencias practicadas en perras preñadas.

Al estado normal, dice, la densidad de la sangre es superior en los vasos maternos y el oxígeno pasa de la madre al feto, pero en los casos de hemorragia, ocurre todo lo contrario y constata que la sangre proveniente del feto es más oxigenada que aquella de la madre.

CAPITULO VII

TRATAMIENTO

Tal vez sea este capítulo el más interesante del punto de vista práctico, nacido con el conocimiento de esta afección, ha evolucionado grandemente, cada escuela ha propuesto el suyo, llegando hoy con el conocimiento de su conjunto y la aplicación a cada caso particular de un tratamiento apropiado, a disminuir enormemente la mortalidad casi fatal otrora.

Simplificaríamos su estudio adoptando una clasificación para analizar con métodos los diversos medios terapéuticos de que disponemos; y así lo haremos poniendo en primer término el tratamiento profiláctico, y en segundo término el curativo, subdividiendo a éste en tratamiento obstétrico y tratamiento quirúrgico y completando con el tratamiento general de estas enfermedades.

Tratamiento profiláctico. — Si recordamos que una de las causas más frecuentemente invocadas como

productora de estas hemorragias es la albuminuria se comprenderá toda la importancia del tratamiento profiláctico, y a medida que la ciencia agrande sus dominios, la impotencia del médico frente a estos problemas clínicos disminuirá, llegando un día no lejano, en que veremos desaparecer estos accidentes, conjuntamente con otra abominable complicación de la albuminuria: los accesos eclámpsicos.

Sean cuales fueran las discusiones que esto haya dado lugar, establecido el diagnóstico de autointoxicación, o albuminuria, será necesario aplicar el tratamiento con todo su rigor para prevenir cualquier complicación, que puede ser de resultados funestos para la madre y para el producto de su concepción. Es este el momento de repetir con los autores clásicos: "que prevenir es curar".

Seré breve, porque todos y cada uno de nosotros sabemos después de los estudios de Jaccoud y Tarnier (1) la importancia del régimen lácteo en la albuminuria. "La leche contiene poca potasa; ella es muy rica en materias azoadas y en hidrocarburos" y bajo su influencia la toxicidad urinaria disminuye a la mitad (Charrin).

(1) Roger - Le foie et les poisons (pág. 218).

El resto del tratamiento será basado sobre el buen funcionamiento de los emuntorios: el intestino, los riñones, la piel, los pulmones.

Los purgantes drásticos frecuentes no tienen jamás como se ha dicho, acción nociva sobre el embarazo. (1).

La kinesiterapia y el masaje, el reposo y el aire puro completarán el tratamiento.

Evitará hemos dicho, las posibles crisis eclámpicas y permitirá igualmente esperar el nacimiento del niño vivo, deteniendo o suprimiendo el desarrollo de las lesiones placentarias que obstaculizan la evolución normal del feto.

Después de haber recordado brevemente la profilaxis de que son susceptibles estas enfermas pasemos al *tratamiento curativo*.

a) *Obstétrico*. — Comprende todos aquellos métodos que sin intervención quirúrgica y por las vías naturales, son capaces de terminar el parto. Es a este a quien es necesario acudir, siempre que pueda esperarse un buen resultado, sin perjudicar a la madre.

Varios métodos se ofrecen a nuestro juicio y es claro que la elección de uno u otro, deberá ser obra de

(1) Bouffe de Saint Blaise.

la concepción rápida del partero llamado a intervenir.

Si la dilatación no ha comenzado o si ella es poco avanzada, (en casi todo el cuello es dehiscente y permite el pasaje del dedo explorador), el medio más rápido, nos parece ser la dilatación bi-manual con la técnica del Profesor Bonnaire, o instrumental y cuya práctica se ha extendido hoy tanto en Francia su cuna, como en el extranjero. Tiene varios inconvenientes debido a la brusquedad con que debe forzarse el cuello para que en un tiempo corto se obtenga una dilatación suficiente que permita practicar las maniobras de extracción del feto; tan cierto es lo que acabamos de decir que Collins afirmaba: " Yo no conozco operación " más peligrosa para la madre y para el niño que la " dilatación artificial del cuello seguido de la versión " (1) y relata un caso de desgarradura del cuello producida en esa forma.

En una multipara, cuyo cuello se halla habituado a dilatarse, puede obtenerse una dilatación completa en veinte minutos más o menos, pero desgraciadamente no es raro encontrar que por una metritis cervical u otra causa cualquiera, el cuello se halle rígido en parte, o en su totalidad, teniendo el partero que redoblar sus

(1) R. Barnes, obstretique (pág. 552).

precauciones, armarse de una paciencia y tacto especiales, a fin de evitar desgarraduras cervicales que pueden de un solo golpe remontar muy alto en la pared del órgano y acoplar al estado anterior grave de la enferma, una hemorragia abundante e incoercible. En las primíparas, las maniobras serán un poco más prolongadas, pudiendo comenzarse la dilatación si no existiera, con las bujías de Égard y continuar con la bi-manual que es siempre preferible a la instrumental.

El separador de Tarnier, cuando existiera alguna anomalía en el cuello, gracias a la tracción elástica de cautchuc, vence su tenacidad y lo dilata; además provocando un reflejo, despierta las contracciones uterinas que favorecen la dilatación. Manejado con prudencia será de verdadera utilidad, cesando su empleo una vez conseguida una dilatación de 9 centímetros.

Los balones cuyo uso es muy grande desde hace algunos años son empleados con el mismo fin, siendo aquellos de Barnes y sobre todo el de Champetier de Ribes los más comúnmente empleados.

Su uso puede hacerse desde el comienzo de la intervención o para activar rápidamente la dilatación, pero es necesario que sea bien manejado y que el que lo aplique tenga cierto hábito de trabajar con él; aumenta la presión intrauterina, se opone al progreso de

la hemorragia y en cambio el trabajo avanza. Muchas veces sin embargo resulta imposible su introducción dentro de la cavidad uterina, sobre todo después de la ruptura de la bolsa, porque la presentación se aplica exacta y fuertemente sobre el segmento inferior y obstruye el orificio.

En las primíparas toda tentativa de introducción del balón resulta a veces infructuosa.

Ultimamente M. Dickinson de Nueva York insiste sobre el valor del balón dilatador de Pommery a doble saco, en los casos donde sea necesario practicar el parto forzado.

Una vez obtenida la dilatación suficiente por cualquiera de los métodos ensayados (manual o instrumental) debe preguntarse el partero ¿en qué forma debo extraer al feto?

Antes de contestar, examinemos la pregunta bajo dos puntos de vista:

Sabemos por lo que antecede en los capítulos anteriores, que en estos casos de hemorragia retroplacentaria el porcentaje de mortalidad fetal varía entre 95, 97 a 100 o/o. Si tenemos en cuenta este dato, además de los que nos suministra el examen directo de la enferma con respecto a vitalidad fetal y constatamos igualmente su muerte, casi siempre ocurrida en el mo-

mento del accidente, y muchas veces 3 o 4 días antes, la forma de extracción será diferente que si se presume la presencia de un feto vivo.

Sabemos también, la enorme tensión que tiene el útero en estos casos y la presión a que se halla sometido su contenido, se comprende que la introducción de la mano en la cavidad uterina en estas enfermas es más nociva que beneficiosa: 1°. por la dificultad que se encuentra en su introducción, llamando la atención el volumen del útero y la pequeñez de su cavidad; 2°. por la presión de que ya hablamos y a la que está sometido el contenido que hace casi imposible su movilización, y 3°. porque esta movilización sería a costa de esfuerzos brutales, que provocaría el estallido de las paredes uterinas adelgazadas a su máximo.

Por lo que acabamos de analizar, creemos que no debe hacerse nunca la versión y que el feto de ser extraído obrando en consecuencia de la presentación; si fuera esta de vértice se hará una aplicación de forceps o una basiotripicia (teniendo en cuenta lo que hemos dicho respecto a su vitalidad), — si la presentación fuera de nalga, la extracción pelviana y si resultara de hombro la embriotomía cervical dará felices resultados.

No nos detendremos a examinar todas y cada una

de estas maneras de proceder, aplicables a cada caso particular, porque resultaría tarea larga y no encuadrando con los límites que nos hemos impuesto, pero sería una injusticia abandonar este tema sin recordar la versión de Braxton Hicks que en manos hábiles puede ser recomendable y abreviar notablemente la duración del parto.

El descenso del pie, disminuyendo el contenido uterino, trae como consecuencia enérgicas contracciones que activan la dilatación y permite ejercer tracciones ligeras, si se hiciera necesario proceder rápidamente acelerando la terminación del parto, pero a riesgo siempre de rupturas o desgarraduras del cuello uterino (1).

Debe actuarse sin precipitación ni violencia para no ver agotarse del todo las precarias fuerzas de que dispone la madre.

No siempre los casos son de extrema gravedad y los hay en que el método expectante, es justificado. Sea la hemorragia interna o mixta, desde que los primeros síntomas permiten asegurar el diagnóstico y afirmar que se está en frente de una hemorragia por desprendimiento prematuro de la placenta, se administrarán

(1) Paul Sandon.

inyecciones calientes a 46 o 48 grados. Momentáneamente pueden hacer parar la hemorragia, pero su acción hemostática será insuficiente puesto que no puede alcanzar como en las pérdidas sanguíneas por placenta previa, los vasos situados tan altos y lejos del cuello.

El taponamiento vaginal considerado aún como un método de elección y que Leroux preconizaba como la escuela de Rotunda de Dublin, no puede parar más que la hemorragia externa, y en los casos donde el útero a perdido su contractilidad y donde la gravedad del estado general demanda una rápida y eficaz intervención, es insuficiente; es como afirma Paul Landon querer atajar un río en su desembocadura. Tiene pues el doble inconveniente: de no parar la hemorragia que continúa haciéndose interna, distendiendo el útero a medida de su producción y de ser doloroso, por una parte y por otra perturba cuando no impide la evacuación de los reservorios rectal y vesical, produciendo del lado de la vagina heridas contusas, que si no se infectan en el momento, constituyen un peligro ulterior de infección general (Landon).

Sin embargo, algunos parteros afirman que el taponamiento de la vagina y el vendaje algo apretado del vientre con ayuda de una venda de cuerpo, comprime eficazmente la fuente de producción de la hemo-

rragia y pone fin tanto a la interna como a la mixta.

La ruptura de las membranas es otro de los procedimientos empleados, teniendo como el taponamiento sus partidarios y sus enemigos. Luis Bourgeois en 1609 lo aconsejaba y Puzos en 1759 era de su misma opinión. Baudelocque se inclinaba a esta manera de proceder, basado en el principio de la retracción del útero y la disminución del calibre de los vasos abiertos, cesando como consecuencia la hemorragia. Sin embargo se muestra reservado cuando escribe: "Como esta hemorragia no será suspendida enteramente, la sangre acumulándose en la matriz volverá a distender el útero, adquiriendo el volumen que tenía antes, y opondrá menos resistencia a la formación del derrame."

No es esto todo: si tenemos en cuenta la enorme tensión de la pared uterina y la presión no menos grande de su contenido, perforando las membranas se priva del recurso que ofrece el huevo entero, especie de balón intrauterino, que sirve de apoyo y contra el cual la pared sangrante podría ser comprimida y comprimirse. Si se practica la ruptura de la bolsa de las aguas, el peligro corrido por la madre y el niño es más grande y se prepara a mil dificultades si por ejemplo se está obligado a hacer una versión.

Goodell, Barnes, Schoeder, Fredenberg, Pinard, etc., — aconsejan resueltamente la perforación de las membranas aún antes de que la dilatación haya comenzado. Braxton Hicks, Brunton, Budin, etc., esperan que la dilatación sea completa o muy avanzada. Winter, Coe, Spiegelberg, prefieren respetar las membranas, y Tarnier sin ser absolutamente categórico, tiene gran tendencia a colocarse de parte de Goodell, de Schroeder y Pinard sobre todo cuando la hemorragia es muy grave.

b) *Quirúrgico*. — Si fuera necesario dado el estado en que se presentan estas enfermas, practicar la extracción rápida del feto, si la dilatación no fuera completa y si la hemorragia apareciese antes del trabajo o cuando el cuello está todavía sin la menor dilatación, si suponemos que la hemorragia es fulminante y que ella mata a la enferma como en los casos de Peu, de M. De la Forterie, y de Chevalier, la intervención quirúrgica es el único recurso.

Estando muerta la madre, si por casualidad el niño no hubiera sucumbido, es necesario practicar la operación cesárea inmediata a menos que se crea de una manera absoluta que el feto no es viable.

Fuera de las incisiones profundas del cuello a la manera de Dührssen, que en manos hábiles da una am-

plia y rápida entrada a la cavidad uterina y del método de Bossi, inferior al tratamiento quirúrgico y que tiene sus indicaciones propias, la operación cesárea está entonces indicada.

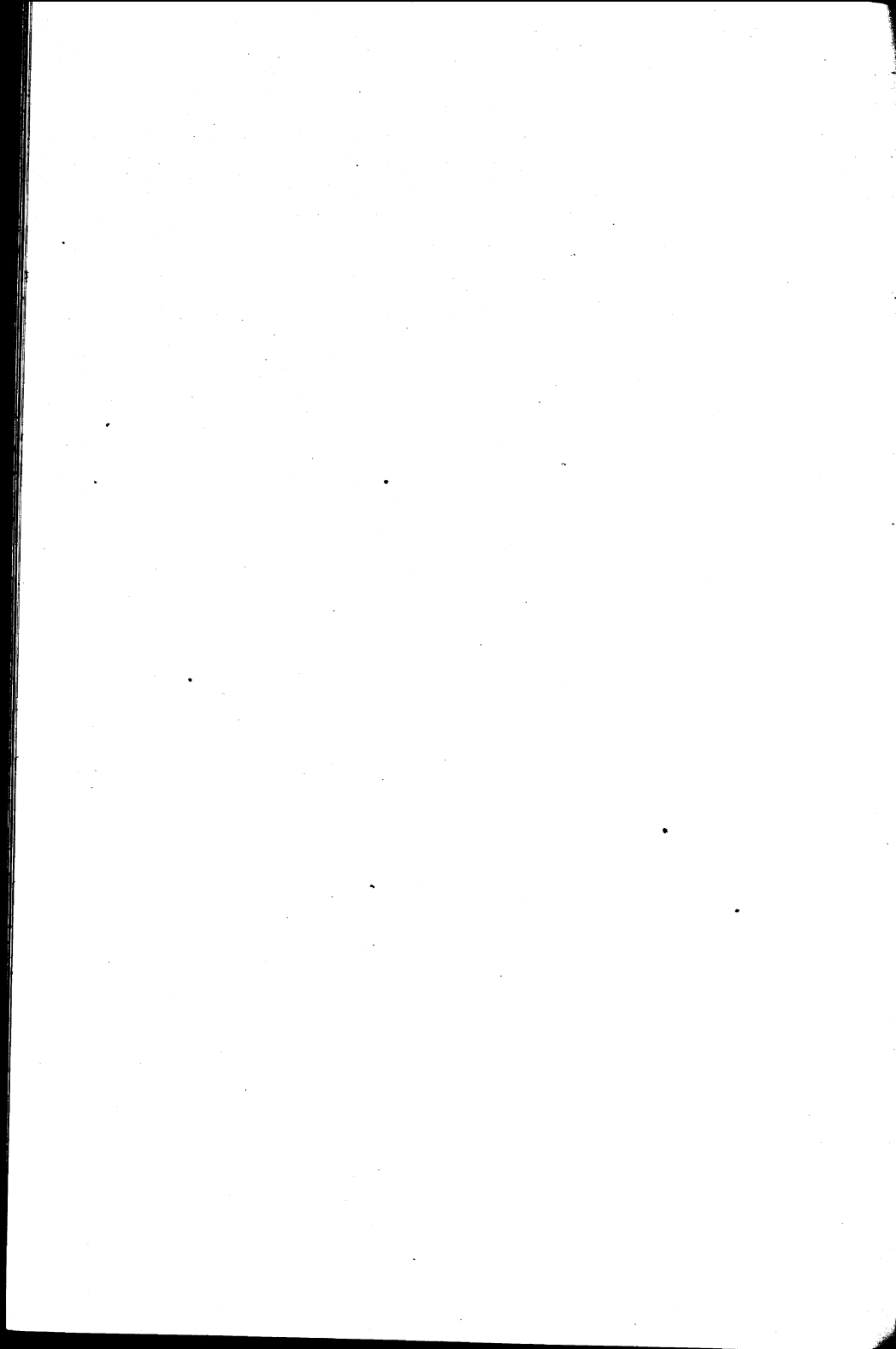
Tiene la ventaja de que si el diagnóstico era erróneo, se puede abriendo el abdomen reconocer y tratar, sea una desgarradura del útero, sea una ruptura de quiste fetal extrauterino, etc.

¿Debe la operación cesárea ser seguida de amputación de Porro? Smyly, en el Congreso de Bristol en 1894 lo aconsejaba, Malcon, Storer y Bagost, hicieron una operación de Porro con todo éxito en un caso desesperado de hemorragia mixta. Smyly, sostiene su manera de pensar porque dice que la pared uterina enferma tiene tendencia a quedar inerte y que los coágulos adheridos a la superficie interna pueden ser el punto de partida de infección post-partum.

No voy a detenerme para hablar de cada intervención en particular y de su técnica, porque los límites de este trabajo no lo permiten, pero terminaré diciendo que la vida abdominal parece preferible a Es-sen Moeller y puesto que permite apreciar las lesiones de la pared uterina y de decidir si hay o no necesidad de practicar la histerectomía. La ausencia de contrac-

ción después del parto y la persistencia de la hemorragia, son indicaciones precisas de histerectomía.

Apoyándose en algunas observaciones de recidiva, algunos autores proponen la ablación del útero, como operación esterilizadora, y Essen Moeller agrega que si esta teoría debe ser adoptada, la resección de las trompas constituyen una intervención preferible por cuanto dá el mismo resultado y conserva la menstruación.



TRATAMIENTO GENERAL

Después de haber pasado rápidamente en revista los medios que el médico tiene a su alcance para tratar este accidente, busquemos cuales son más racionales o dan resultados más felices.

No hay ni puede haber reglas fijas en el tratamiento de las hemorragias retroplacentarias, y la conducta a seguir debe variar con cada caso particular.

Quédanos por indicar algunos medios terapéuticos para luchar contra la anemia rápidamente progresiva, que amenaza llevarnos a la enferma agotada por la hemorragia.

Será colocada en posición horizontal, y se practicarán envolturas calientes en los miembros algo cerradas a fin de centralizar toda la sangre y evitar una anemia cerebral. La posición inclinada con cabeza para abajo (Fowler invertido) es aconsejada. Se practicarán inyecciones de cafeína, esparteina, estrignina, aceite alcanforado, etc., se administrará alcohol al interior y excitantes de toda naturaleza.

Suero fisiológico en dosis repetidas de 500 gramos cada media hora, endovenoso o subcutáneo, hará que la tensión arterial aumente, pero hay que tener cuidado de no inyectar nunca más de 500 gramos por vez pues se produce en los casos graves, la muerte por asfixia debido a insuficiencia globular.

Si después de la evacuación del útero continuase la hemorragia se practicarán lavajes vaginales calientes, 46° a 48°, inyecciones de ergotina, pero si persistiese “debemos, dice Barnes, tener el coraje de embaldurnar el interior del útero con una solución de percloruro o persulfato de hierro, si no queremos ver morir exangüe a la enferma.”

En el Congreso de Cork en 1879, Barnes, Madden, Lombe, Atthil, etc., se declaran partidarios del percloruro de hierro, que luego fué rechazado.

La hipofisina se está usando desde hace algunos años, despierta la contracción uterina, siendo favorable su empleo en los casos de hemorragias por inercia, es de una acción tal vez más rápida y más duradera que la ergotina.

CAPITULO VIII

OBSERVACIONES

I

Clinica Obstétrica. — Servicio del Profesor E. Zárate.

Historia 276. — B. A. de F., 33 años, española Q. D. proveniente de la Capital.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Ha sido siempre sana. Vé aparecer sus primeras reglas a los 16 años, de 3 a 4 días de duración, regulares en su aparición y duración.

Ha tenido 3 embarazos a término, terminados por partos normales. Sus tres hijos fueron amamantados por su madre, de los cuales uno muere, siendo los otros dos perfectamente sanos.

Los tres hijos anteriores pertenecen al mismo padre que el del actual embarazo.

Tiene su última regla en Junio de 1912, entre los días 10 y 14, apareciendo los movimientos fetales activos a los cuatro meses de embarazo.

A su ingreso a la Clínica la edad del embarazo es de 8 meses, es constipada y ha tenido cefalalgias. No se ha practicado análisis de orina durante el embarazo.

La altura del útero 37 cent. y 12 por encima del ombligo.

Estado actual. — Mujer en buen estado nutritivo, con regular cantidad de panículo adiposo, presenta un esqueleto bien conformado, sin estigmas de raquitismo, ni desviación de la columna. Facies angustiosa, mucosas decoloradas, lengua saburral, piel blanca con cloasma.

Corazón y pulmones normales. Pulso 86 por minuto, mediana tensión.

No presenta ni varices ni edemas.

Los senos de mediano tamaño tienen una buena glándula, aureola pigmentada; hay calostro.

Utero en la línea media, grande de paredes flaccidas, con contracciones vigorosas y frecuentes.

La presentación era transversal y la posición y variedad A. I. I. (d. p.).

La auscultación dió resultado negativo. Pelvimetría externa: B. T. 31, B. I. 26, B. E. 33, S. P. 19.

Conformación pelviana normal; el estado de los órganos genitales es bueno.

Ingresa a la sala de partos a las 3.30 p. m. del día 3 de Marzo de 1912, después de haber dado a luz en su casa a un primer feto, habiendo comenzado el trabajo de parto a las 7 a. m. del mismo día en las siguientes condiciones:

Temperatura 37°, pulso regular, mediana tensión, 86 pulsaciones por minuto.

Las contracciones son vigorosas y frecuentes; la auscultación negativa, no deja oír latidos fetales, la palpación igualmente negativa. Por el tacto se constata una vulva y vagina de múltipara, el cuello dilatado completamente, apreciándose una presentación de hombro A. I. I. (d. p.).

El cuello del feto no es accesible porque la cabeza ocupa el fondo del útero y aquél está aplicado bien perpendicularmente sobre la cara lateral izquierda del segmento superior. Este hecho hace imposible la embriotomía cervical.

Bajo la anestesia, el útero se relaja y permite practicar una versión interna que no tuvo dificultad y que permitió extraer un niño muerto con deformaciones, a las 3.50 p. m. del mismo día.

Pierde unos 50 gramos de sangre antes de la ex-

tracción y unos 150 gramos después del alumbramiento. No hubo lesiones vulvo perineales. La duración total del parto fué de 8 horas.

Alumbramiento artificial inmediato por desprendimiento prematuro con grave hematoma retroplacentario de la primera placenta. Se inyectan 2 cs. de ergotina — irrigación intrauterina con solución Iodada.

Anexos. — Doble placenta circular, independientes, con sus bolsas respectivas desgarradas, cordones de inserción central en ambas.

El primer niño vivo, de sexo femenino. Sano, no presenta modelaje de la cabeza cuya circunferencia es de 30 cts. y los diámetros: O. M. 11, O. F. 10 $\frac{1}{2}$, S. O. B. 8 $\frac{1}{2}$, S. O. F. 9, Bi. P. 8, Bi. T. 6, S. M. B. 8. Su longitud es de 40 cts. y pesa al nacer 2.100 gramos.

Es amamantado por la madre. El cordón no había caído hasta el 8° día en que salió del servicio, pesando 2.000 gramos.

El segundo feto muerto, quizás durante los últimos días del embarazo por el reblandecimiento total, especialmente por la desyunción de los huesos del cráneo. Presenta una braquicefalia muy marcada, con aplastamiento antero posterior de toda la cabeza. El cuello es también aplastado de delante atrás y muy ensanchado.

Estos fenómenos parecen ser debidos al aplastamiento que le ha hecho sufrir el gemelo vivo.

El puerperio es completamente normal, siendo dada de alta la enferma al octavo día. Marzo 10 de 1913.

Diagnóstico. — Embarazo gemelar Bi vitelino. El primero nacido en el público, el segundo en presentación transversal y con deformaciones. Desprendimiento prematuro de la primera placenta.

Tratamiento. — Versión interna. Alumbramiento artificial, etc., etc.

II

Clínica obstétrica. — Profesor Enrique Zárate.

Historia clínica. — No. 1032. Año 1913. A. M. de C., 35 años. Q. Domésticos. Nacionalidad alemana. Ingresó a la clínica el 13 de agosto a las 11 a. m. Procedencia, Ciudad.

Antecedentes hereditarios y personales. — Se ignoran. Es múltipara.

Embarazo actual. — Se ignora la fecha en que desaparecieron las reglas y si ha habido complicaciones.

Edad del embarazo. — Ocho meses y medio, orinas con albúmina.

Altura del útero. — 45 centímetros y 22 por encima del ombligo.

Estado actual. — Esqueleto y órganos internos normales; no se observan estigmas de raquitismo. Piel trigüeña. Mucosas coloreadas, facies normal, tipo respiratorio. Pulso 90, temperatura 36° 8.

Observaciones. — El día anterior a su ingreso a la clínica es examinada en el consultorio externo, donde se diagnostica presentación cefálica en I.T. embarazo de ocho meses y medio, vientre regular de paredes poco tensas, varices en los miembros inferiores, recomendándosele reposo.

Durante el embarazo dice haber estado en asistencia porque sufría del corazón y que pocos días antes se vió precisada a llamar una partera, debido a un ataque, que no se explica en qué forma se produjo y dolores, pero que no eran de parto.

Pide ingresar a la clínica, pero como no hay cama se le recomienda que vuelva a los tres días.

Al día siguiente a las 11 a. m. pasa a la sección aséptica, donde es alojada.

A las 3.30 p. m., es decir, unas horas más tarde, la enferma dice a la partera que en el W. C. ha tenido un vómito de sangre. Como ésta encontrase un pulso filiforme, da inmediato aviso al médico interno, quien

se encuentra con una enferma en las siguientes condiciones: Temperatura $37^{\circ} 3$, pulso 130-140, muy débil, ligeramente irregular, dispesee y ansiedad respiratoria, coloración normal de la piel y mucosas.

La enferma responde, como puede, algo vagamente, a las preguntas precisas que se le hacen, y refiere que hoy en su casa por la mañana tuvo un ataque, que después de él, notó que el vientre aumentaba mucho de volumen, que se ponía duro y muy doloroso, sin ser dolores de parto dejando de percibir los movimientos fetales activos. Actualmente se siente muy débil. La partera que examinó la enferma el día anterior en el consultorio externo, dice que el útero ha aumentado mucho de volumen.

La inspección muestra un útero muy grande de 45 centímetros de altura, y en la línea media, sin contracciones, de paredes lisas, en tensión permanente y duras como madera, dolor en toda la región hipogástrica. Imposible palpar el contenido uterino. No se oyen latidos fetales. No hay hemorragia externa. Por el tacto: vulva y vagina de múltipara, segmento inferior esférico, en tensión permanente y duro, cuello dehiscientes que permite el pasaje de dos dedos, bolsa esférica en tensión permanente muy dura, presentación cefálica, sin encaje en I. T. No obstante la falta de

encaje, la cabeza se halla fuertemente aplicada sobre el estrecho superior y muy poco movable, no pelotea, (diagnóstico diferencial con el hydramnios).

Diagnósticase desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada, y supónese por el estado general grave y la ausencia de hemorragia externa y el volumen del útero, que debe existir una apoplejía uterina. Esta circunstancia hace pensar en una amputación utero-ovárica inmediata, pero como el estado general es muy grave, con signos de insuficiencia de hematosis (dispnea), se teme que la enferma fallezca durante la intervención y entonces se decide actuar por vía baja.

Sin anestesia y sin dolor mayor para la enferma, se consigue dilatar el cuello sin lesión, por el método de Bonnaire, y en 10 minutos ya está completo. La enferma comienza a quejarse, por cuyo motivo se le administra éter. Al romperse la bolsa de las aguas deja salir unos 2 litros de líquido amniótico claro y detrás de él un litro de sangre , mezclada con sangre roja. Basiotripsia inmediata, rápidamente practicada (5 minutos) extrajo con buena toma un feto ya de término. Por presión sobre el fondo del útero saltan de la vulva la placenta, que estaba completamente desprendida, y 800 gramos de coágulos.

Taponamiento útero vaginal inmediato.

La hemorragia con tendencia a continuar, es detenida por el tapón y los hemostáticos.

La enferma, que había quedado sin pulso, no obstante la rápida evacuación del útero, se reanima con el suero, cafeína, aceite alcanforado, etc., pero el taponamiento es atravesado por la sangre que vuelve a salir por la vulva, que aunque en pequeña cantidad, fué lo suficiente para que el número de glóbulos rojos fuera insuficiente para la hematosiis, y la enferma, con síntomas de asfixia, fallece al poco rato. La autopsia muestra un útero apoplégico, causante de la hemorragia post-partum. (Su estudio se hizo en el Museo).

Feto. — 3400 gramos, muerte reciente (Basio-tripsia). No hay modelaje, masculino.

Anexos. — Placenta circular de 550 gramos de peso, coloración rosada, completamente aplastada, surcos intercotiledonares basadas de 1 centímetro de espesor, no presenta alteraciones. Membranas normales, cuya longitud es de 29 y 11 centímetros.

Cordón, inserción lateral de 49 centímetros de longitud, y 1 de espesor. Ninguna particularidad.

Diagnóstico. — Hemorragia mortal por desprendimiento prematuro total de la placenta normalmente insertada durante el embarazo; apoplejía uterina.

Tratamiento. — Dilatación artificial (Bonnaire), basiotripsia, taponamiento vaginal, 500 gramos de suero, cafeína, aceite alcanforado, posición declive Momburg, ligaduras de los miembros, oxígeno, etc., etc.

III

Clínica obstétrica. — Profesor Enrique Zárate.

Historia clínica. — Número 159. Año 1914.

E. S., 24 años, española, sirvienta, ingresa a la clínica el 31 de enero a las 8 y 20 a. m. Procedencia, Capital.

Antecedentes hereditarios. — Padres españoles. Padre vivo y sano; madre muerta de demencia, 4 partos, no hubo abortos ni gemelares.

Antecedentes personales. — Siempre ha sido sana. Regló a los 18 años, siendo regulares en su aparición y duración, cantidad y calidad, durando de 3 a 4 días, algo dolorosas.

Embarazo actual. — Fecha de aparición de sus últimas reglas, en mayo. Movimientos activos a los 5 meses. Altura del útero, 31 centímetros y 11 por encima del ombligo. Edad del embarazo a su entrada a la clínica, 8 meses y en el momento del parto 9 meses.

Ha tenido vómitos biliosos, cefalgías y constipación. La orina tiene 0.15 0|0 de albúmina, con cilindro hialinos, granulados, epiteliales, pus y células epiteliales del riñón.

Estado actual. — Mujer bien constituida con regular cantidad de granículo adiposo, piel blanca. línea parda poco pigmentada, poco cloasma. Mucosas coloreadas, lengua.

Esqueleto. — Mediano, bien conformado, sin estigmas de raquitismo ni deformación en la columna.

Tórax. — Simétrico, tipo respiratorio sistol, buena glándula mamaria; hay calostro.

Pulmones. — Normales.

Corazón. — Arco cardíaco en los límites normales; punta en el cuarto espacio por dentro de la línea mamilar. Tonos normales, bien acentuados, ni soplos ni ruidos sobre agregados.

Pulso. — Regular, igual tenso, 76 por minuto.

Abdomen. — Vientre ovoide; útero en la línea media, con tensión flácida de sus paredes.

Presentación. — Cefálica, variedad I.T. fijada auscultación fetal 140 por minuto.

Vulva y vagina — Nada.

Pelvimetría externa. — B.T. 31. B.I. 27. B.E. 24. S.P. 19 1|2.

Pelvimetría interna. — La cabeza está muy fijada; no se alcanza a tocar el promontorio.

Conformación pelviana. — Normal; flujo simple.

Observaciones del embarazo. — Dice la enferma haber llevado en perfectas condiciones el embarazo.

Parto. — Da comienzo a las 8 a. m. del día 10, entrando a la sala a las 8 a. m.

El cuello se halla completamente borrado, permitiendo tocar la presentación que es cefálica de variedad I.A. y encajada. Se completa la dilatación del cuello a las 11 a. m. del mismo día, durando ésta 3 horas.

Se rompen las membranas artificialmente después de completada la dilatación. El líquido amniótico es normal, desprendiéndose la cabeza en O.P., durando el período expulsivo 40 minutos.

La cantidad de sangre perdida hasta el momento de la expulsión es nula.

Las lesiones vulvo perineales consisten en desgaradura de la horquilla.

La duración total del parto es de 3 horas y 40 minutos.

Observaciones. — Esta enferma examinada por la partera de guardia a las 8 a. m. comprobando el borrado del cuello y presentación cefálica encajada en I. A. Los tonos fetales son normales. El trabajo con-

tinúa con bastante rapidez, completándose la dilatación a las 3 horas (11 a. m.). Iniciado el período expulsivo y como las contracciones eran muy frecuentes y el parto progresara sin mayores dificultades, la partera ausculta, no oyendo latidos fetales. Creyó fuera debido al estado de contracción permanente en que estaba el útero, y no dándole mayor importancia, continúa ayudando el desprendimiento de la cabeza, notando con sorpresa al nacer el niño que sale bañado en sangre, sin latidos, con signos evidentes de asfixia blanca, y junto con él, sale una gran cantidad de sangre líquida y coágulos. Inmediatamente se hizo masaje sobre el útero, y por el tacto se comprueba que la mitad de la placenta estaba desprendida en la vagina y la otra mitad adherida.

El alumbramiento se hizo inmediatamente por maniobras combinadas de tracción y expresión, quedando la enferma en buenas condiciones, a pesar de haber sido la hemorragia bastante intensa.

Con este cuadro se diagnostica desprendimiento prematuro de placenta durante el descenso de la cabeza, tal vez por brevedad del cordón que media sólo 32 centímetros, no habiendo podido comprobar si tenía o no circulares alrededor de alguno de sus miembros que acentuara accidentalmente esta brevedad natural, o si

el desprendimiento se debe a la frecuencia de contracciones.

Anexos. — Placenta de forma circular, cuyo peso es de 500 gramos, (relación con el feto 1. a 3200:500-6.04. Presenta 2 infartos blancos. Las membranas desgarradas. El cordón mide 32 centímetros de longitud y medio centímetro de espesor; su inserción es central, no presentando ninguna particularidad.

Feto. — Sexo femenino muerto recientemente, de 50 centímetros de longitud; peso, 3200 gramos.

Diámetros de la cabeza. — O.M. 13 1|2 cent., O. F. 11, S.O.B. 10 1|2, S.O.F. 11, Bi. P. 9, Bi T. 7 1|2, S.M.B. 10 1|2. Presenta un ligero tumor seroso en la región occipeto parietal derecha.

Puerperio. — Fué completamente normal y al quinto día abandona precozmente la cama, previo masaje.

La altura del útero por encima de la sínfisis al cuarto día era de 11 centímetros, a los 15 días pelviano.

IV

Maternidad del Sanatorio Policlínico. — Historia clínica número 237, año 1913.

D. R. de P., 30 años, Q. domésticos, italiana. In-

greso a la Maternidad el 26 de noviembre a las 8 y 36 p. m. Procedencia, Capital Federal.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia. Padres muertos; tres hermanos vivos y sanos.

Antecedentes personales. — Sarampión en la infancia. Ha caminado bien. Regló a los 16 años, siendo regulares en su aparición y duración, calidad y cantidad. No dolorosas. Cinco hijos vivos y sanos. Ha tenido abortos, siendo raspado dos veces por restos placentarios. Uno de tres meses, otro de cinco meses y el último ovular.

Todos los hijos fueron amamantados por ella. El actual embarazo es del mismo padre que los anteriores.

Embarazo actual. — Fecha de aparición de las últimas reglas, 27 al 31 de marzo.

Movimientos activos 4 y 1½ meses.

Altura del útero. — 33 centímetros y 12 por encima del ombligo.

La edad del embarazo a su entrada era de 8 meses, y en el momento del parto igualmente 8 meses.

No ha tenido ni vómitos ni cefalgías; es algo constipada.

La orina examinada no da presencia de albúmina ni de elementos renales.

Estado actual.—Mujer bien constituida, con abun-

dante panículo adiposo, piel blanca, línea parda muy pigmentada, poco cloasma. Mucosas coloreadas, lengua húmeda. Facies normal, poco cloasma, dientes bien implantados. Esqueleto bien conformado, no hay costal, ni ningún estigma de raquitismo ni degeneración.

Tórax. — Tipo respiratorio cistol superior, buena glándula mamaria, hay calostro. *

Corazón. — Area percutoria, normal, choque de la punta visible y palpable en quinto espacio intercostal. Tonos bien acentuados, no hay ni soplos ni ruidos.

Pulso. — Regular, igual, buena tensión, 96 por minuto.

Abdomen. — Vientre ovoide, útero hacia el lado derecho, paredes regularmente tensas.

Presentación. — Cefálica, variedad I.A. fijada.

Auscultación fetal. — 150; se notan algunas intermitencias y sus tonos están alejados.

Vulva y vagina normales, cuello dehisciente.

No hay ni edemas ni varices.

Pelvimetría externa. — B.T. 32, B.I. 27, B.E. 25, S.P. 20.

Pelvimetría interna. — La cabeza muy fijada no permite tocar el promontorio. El segmento inferior está en tensión permanente.

Conformación pelviana. — Normal. No hay flujo.

Observaciones del embarazo.—Ha llevado en perfectas condiciones su embarazo. La mañana del día de su ingreso, caminando en su casa, resbala y cae.

Parto. — Comienza a las 9 p. m. del día 26; el cuello está permeable, permitiendo la introducción del dedo que percibe una tensión permanente de la bolsa de las aguas. Pierde gran cantidad de sangre. Presentación cefálica con encaje variedad I.A. Dilatación completa a las 9.30, hay cierta rigidez en el cuello. Duración de la dilatación, 30 minutos. Ruptura de las membranas artificial después de completada la dilatación.

Líquido amniótico, sale a gran tensión y es ligeramente rosado.

Lesiones vulvo perineales, desgarradura de primer grado.

Observaciones. — A consecuencia del golpe recibido la mañana de su ingreso, la enferma siente en seguida dolores de riñones y un agudo dolor en el hipocondrio derecho, correspondiendo al fondo de la matriz. Siente un desvanecimiento pero luego se repone, notándose el resto del día agotada y casi sin fuerzas.

Nota que la ropa le ajusta y se apercibe que el útero ha aumentado visiblemente de volumen.

El feto que hasta entonces lo sentía "parece que

se ha dormido después del golpe”, como dice la enferma, ya no lo siente.

Asustada viene a pedir su admisión en la Maternidad, (8.30 p. m. día 26). Hasta entonces no había perdido sangre. Nuevamente siente un agudo dolor en el mismo sitio donde fuera antes; un estado sincopal se apodera súbitamente de la enferma, que presenta un aspecto aterrador. La mirada vaga, la ansiedad respiratoria, sudores fríos y viscosos aparecen, hay algunas convulsiones.

El útero ha aumentado enormemente de volumen y está duro, una hemorragia externa abundante aparece; sin embargo el pulso se mantiene alrededor de 100 por minuto.

El todo vaginal nos suministra los siguientes datos: cuello dehiscente, el segmento inferior se encuentra a una tensión tal que parece que va a estallar al menor contacto; el dedo introducido por el orificio del cuello percibe la tensión que es permanente de la bolsa de las aguas. No hay peloteo.

Se establece diagnóstico de desprendimiento placentario y es tan grave el estado de la enferma, que se interviene inmediatamente, sin pensar ni en taponamiento ni ruptura de membranas.

Sin anestesia, porque se teme la muerte de la en-

ferma, se practica la dilatación digital de Bonnaire; el cuello algo rígido obstaculiza y prolonga la manobra. Entretanto, un ayudante hace suero endovenoso con cafeína, (500 gramos). Terminada la dilatación a los 30 minutos se rompe la bolsa de las aguas, dejando salir un líquido rojizo en regular cantidad y con mucha tensión. No hay desgarraduras uterinas.

Como las contracciones uterinas son ineficaces y muy espaciadas, se hace una toma de forceps en I. A., sacando un feto muerto de 8 meses, y tras él se viene en *avalancha* la placenta con gran cantidad de coágulos y sangre líquida, avaluado todo en unos 1.200 gramos.

El útero queda inerte y a unos 25 centímetros por arriba de la sínfisis. Se hacen lavajes calientes con agua iodada y se inyecta ergotina, practicando un taponamiento uterovaginal.

El estado de la enferma es desesperante. Aparece la hemorragia a través del tapón. Se inyecta nuevamente suero con cafeína, 500 gramos, y aceite alcanforado, éter y cognac subcutáneo. La enferma está casi inerte.

En vista de la persistencia de la hemorragia, se decide hacer una histerectomía que no hubo tiempo de practicar, porque la enferma sucumbe al poco rato.

Ancixos.—Placenta circular, completamente aplas-

tada con coágulos adheridos a su cara uterina; pesa 750 gramos y tiene un espesor de 1 centímetro. No presenta ninguna otra particularidad.

Membranas normales. — 24, 10.

Cordón.—Inserción central, 45 centímetros, 1 1/2 de espesor, varicoso.

Feto. — Muerto, asfixia blanca, 8 meses, sexo masculino.

Longitud.— 46 centímetros, O.M. 13, O.F. 11, S. O.B. 10 1/2, S.O.F. 10 1/2, Bi P. 8 1/2, Bi T. 7 1/2, S.M.B. 10.

No hay modelaje.

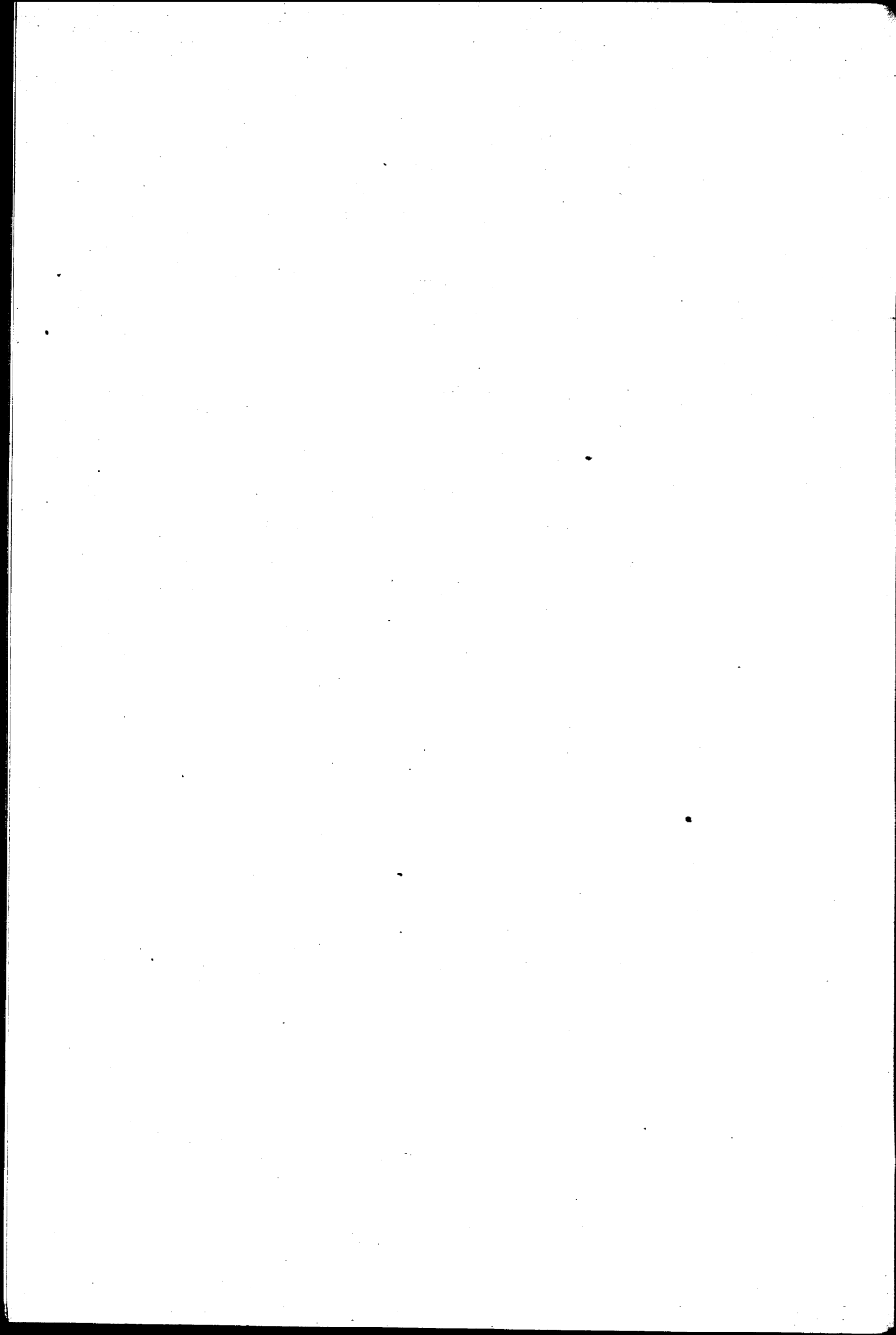
CONCLUSIONES

I.—Siendo la etiología de la hemorragia retroplacentaria bien averiguada, y correspondiendo a la albuminuria su primer puesto, el examen de las orinas de toda embarazada es indispensable para prevenirla.

II.—El diagnóstico precoz se impone gracias a su sintomatología clara y uniforme, sobre todo en los casos graves.

III.—El pronóstico es muy sombrío para la madre y fatal para el niño.

IV.—El tratamiento debe ajustarse a cada caso, pero la histerectomía en la apoplejía uterina encuentra su indicación más brillante.



BIBLIOGRAFIA

- 1.—*Boero, E. A.* Deux observations de décollement prématuré du placenta insésé normalement. (Revue de la Clinique Obstetricale et Génécologique, 1907, pág. 172).
- 2.—*Boero, E. A.* Desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada. (Revue de la Clinique Obstetricale, 1908, pág. 209).
- 3.—*Boero, E. A.* Desprendimiento de placenta insartada normalmente. Buenos Aires, 1909. (A. Obs. Nacional).
- 4.—*Gabastou, J. A.* Desprendimiento prematuro de placenta (normalmente insertada): Tesis de doctorado, 1908.
- 5.—*Leroux, A.* Contribution a l'étude de la rupture du sinus circulaire pendant la grossesse et le travail. (Paris, 1905).
- 6.—*Landon, P.* Du décollement du placenta normalement insésé au cours de la grossesse. (Tesis, Paris, 1906).

- 7.—*Fox y Aróstegui*. Revista de la Sociedad Médica Argentina. Año 1909, tomo XVII, pág. 618.
- 8.—*Mauran, L.* Deux cas de mort par décollement prémature du placenta insesé normalement. París, 1909.
- 9.—*Baudelocque, J. L.* L'art des accouchements. Tomo I, págs. 373, 321 y 243 y siguientes.
- 10.—*Lachapelle*. Practique des accouchements. Tomo II, pág. 217.
- 11.—*Pilat*. Hémorragie au debut du travail par suete du décollement premature du placenta. (Ann. de Ginec. París, 1874, págs. 361-365).
- 12.—*Fabre et Bourret*. Deux cas de décollement premature du placenta normalement insesé. (Soc. Obst. de París, 1910, pág. 78).
- 13.—*Hofmeir*. Weber placentar, Berlín, L. 1. Nock, 1907, No. 12, pág. 329.
- 14.—*Peters, P.* Placentallosung. Yent. f. Gyn. 1910, No. 7, pág. 225.
- 15.—*Baudelocque, C. A.* Traité des hémorragies internes de l'uterus. París.
- 16.—*Varnier*. Rev. pratique d'obstetrique et de pediatrie. Tomo V. Juin.
- 17.—*Bernheim*. Hydramnios, rupture artificielle des

- membranes decollement premature du placenta.
Journal de Med. de Paris, 1893.
- 18.—*Goodell*. Concealid accidental, haemorrhage of the gravid uterus. (Amer. Journ. of Obst., 1867).
- 19.—*Mayguir*. Decollement premature du placenta insesé norm. Bull. et niem. Soc. Obst. et Ginecal. París, 1892.
- 20.—*Pieux*. Hemorragies par decollement du placenta norm. insesé. (Anales de Ginecología y obst. Tomo 53, 1900).
- 21.—*Roncaglia*. Grave hemorrhagia interna per distacco di placenta normalmente inscrita. (Soc. Med. di., 1893).
- 22.—*Bué*. Decollement premature du placenta a insertion normale. (Arch. Tocol. et Gyn., 1894).
- 23.—*Doleris*. Hemorragie par decollement premature du placenta situe tres haut. (Soc. Obst. de París, 1895).
- 24.—*Puech*. Hemorragies du placenta praevia ou hemorrhagie du placenta normalement insesé. (Gazeta Hisp., 1897, págs. 30-41).
- 25.—*Winckel*. Tomo 2, 2a. parte, pág. 1185.
- 26.—*Bar*. Tomo 2, pág. 458.
- 27.—*Peralta Ramos*. La placenta humana.
- 28.—*Landon*. Anales de Obst. y Ginecol.

- 29.—*Campá*. Tratado de Obstetricia.
- 30.—*Devroigne, L.* Valeur du dosage de l'hémoglobine dans la pratique des accouchements. (París, 1906).
- 31.—*Henniq.* Neberinsire blutungen hei Schoo auguren. (Arch. Ob. Ginec.).
- 32.—*Freudenberg.* Weber metrorrhagia pavidae interna. (Arch. Ob. Ginec. 46).
- 33.—*Cicza, L.* Tratamiento de las hemorragias por inserción viciosa de la placenta. (Tesis, Bs. Aires, 1911).
- 34.—*Landeira, J. M.* Hemorragias obstétricas. Buenos Aires, 1909. Tesis.
- 35.—*Snequireff.* Hemorragies uterines. (París, 1886).
- 36.—*Auby, E.* De l'influence de l'insertion du placenta au segment inferier sur la grossen et sur l'accouchement. (París, 1904. Tesis).
- 37.—*Recasens, S.* Tratado de obstetricia.
- 38.—*Winckel, P. von.* Handbuch der Geburtstrielfe. Was baden, 1903, 1907.
- 39.—*Couvelaire.* Traité de obstetrique.
- 40.—*Archivos* de la Sociedad Ginecología y obstetricia de París. Noviembre de 1913.
- 41.—*Tarnier et Chantreuil.* Traité des accouchements. Tomo II, pág. 333.

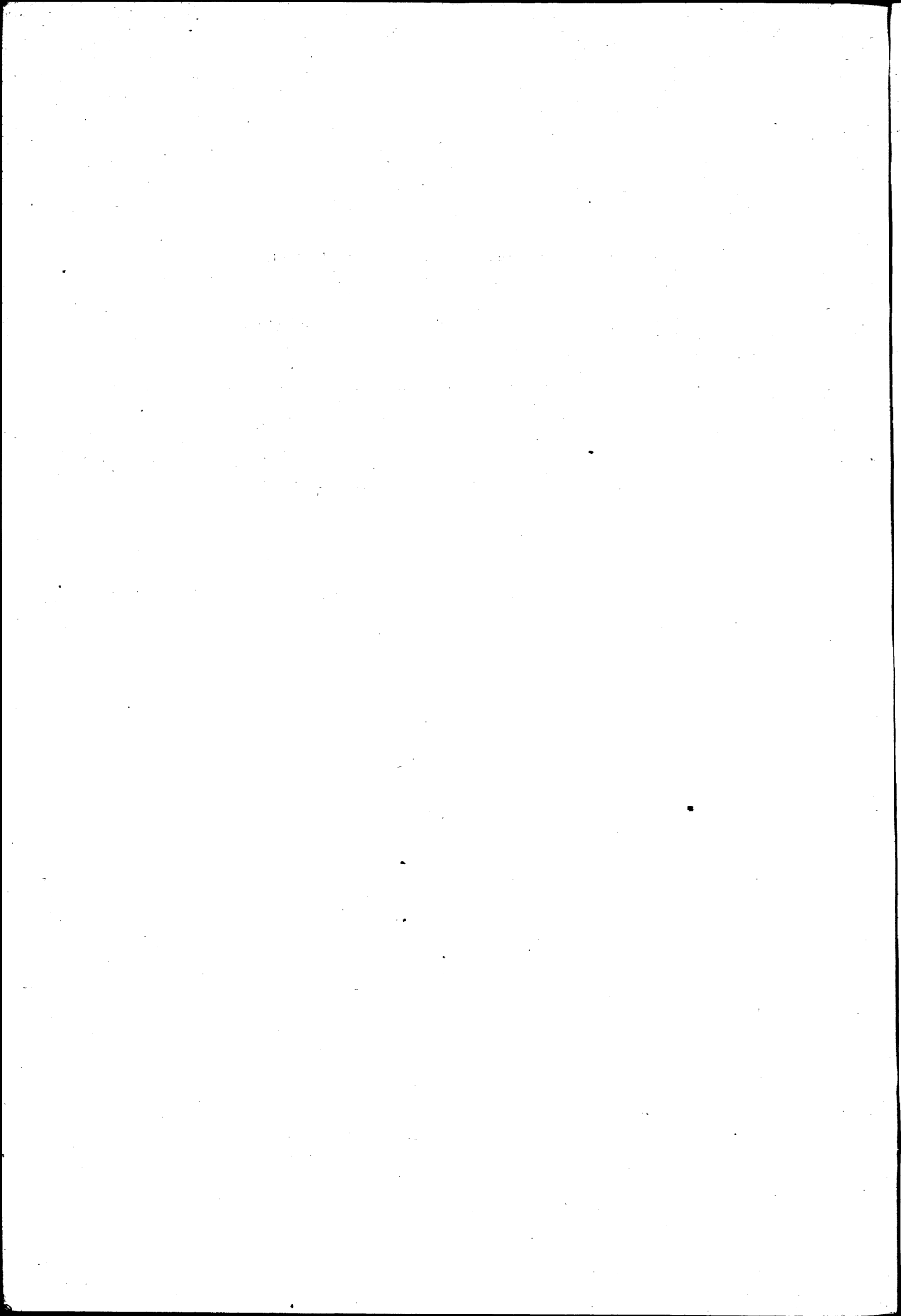
- 42.—*Budin et Crouzat*. La pratique des accouchements. (Pág. 637).
- 43.—*R. Barnes*. Obstetrique. (Pág. 552).
- 44.—*Castagne, J.* Maladies des Reins.
- 45.—*Charpentier, A.* Traité des accouchements. (Tomo I, pag. 430).
- 46.—*Duncan, A.* Mecanisme de l'accouchement.
- 47.—*Delore et Lutaud*. L'art des accouchements.
- 48.—*Auvard, A.* Traité d'accouchements.
- 49.—*Cazeau*. Tomo III, pag. 6.
- 50.—*Penaid, Adolfo*. Clinique obstetricale. (Pág. 197)
- 51.—*Tarnier et Budin*. Traité de l'art des accouchements. Tomo III, pag. 550.
- 52.—*Ribemont Dessaignes*. Précis D'obstetrique. (Pág. 705).
- 53.—*Essen Moeller*. XVIII Congreso Internacional de Medicina. Relato, Londres 1913, pag. 411, Revista de Pozzi.
- 54.—*Bouffé de Saint Blaisse*. Les auto-intoxications de la grossesse.
- 55.—*Hubert, Eugene*. Cours d'accouchements. (Tomo II, pag. 556).
- 56.—*Couvelaire, A.* Introduction á la chirurgie uterine obstetricale, 1913.
- 57.—*Puech, M.* Hemorragia retroplacentaria insidi-

- da. (Boletín de la Societé d'Obst. et de Gyn. de Paris, No. 9, 1913).
- 58.—*Buc-Reunin*. Obs. y Gynecol. de Monthpellier. (3 Diciembre 1913, pág. 817).
- 59.—*Bennet, J. H.* Hemorragie par decollement premature du placenta. (L'Obstetrique, pág. 448, 1897).
- 60.—*Doleris*. Avestement brusque dans un cas de hem. grave au decollement plan. cours d'une couche. (L'Obstetrique, pág. 349, 1897).
- 61.—*Lchmann, M.* Des hemorragies retroplacentaires. (Tesis, París, 1898).
- 62.—*Lorini, Adolfo*. Femme mort de hem. pendant un accouch gemellaire. (L'Obst., 1901, pág. 71).
- 63.—*Penet et Plauchm.* Hem. retro pl. par dechiruse du sinus circulaire. (L'Obst., 1902, pág. 424).
- 64.—*Holmes, R.* Hem. retropl. (L'Obstetrique, 1902, pág. 49).
- 65.—*Lcc.* Hemorragie diatesique avec detachement du placenta. L'Obst., 1902, pág. 49.
- 66.—*Dubrisay, Louis*. Decollem. prem. du pl. dereusse par glicement. L'Obstetr., 1903, pág. 344.
- 67.—*Lop. (Marscille)*. Hem. retro. pl. au cing. mois. L'Obst., 1903, pág. 345.
- 68.—*Devraigne, Louis M.* De l'hemolglobinemetria

- dans le diagnostic des hemat retropl. L'Obst., 1905, pág. 524.
- 69.—*Crasson, P.* Contribution a l'étude des hemorragies retropl. Tesis, París, 1906.
- 70.—*Bar, Paul. M. Kerily.* Notes sur les lesions cellulaires du foie dans un cas d'hém. retropl. L'Obstetrique, 1906, pág. 265.
- 71.—*J. Gastou.* Du decollement du pl. norm. inséré au cours de la grossesse. Tesis. Lyon, 1906.
- 72.—*Chevaldycheff, A.* Hysterectomie pour hém. consecutive au decollement prem. de la placenta. L'Obstetrique, 1908, pág. 403.



30608



Buenos Aires, Junio 15 de 1914.

Nómbrese al señor Consejero doctor Enrique Bazterrica, al profesor titular doctor Miguel F. O'Farrell y al profesor suplente doctor Faustino J. Tronqué, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el artículo 40. de la "Ordenanza sobre exámenes".

L. GÜEMES.

J. A. Gabastou,

Secretario.

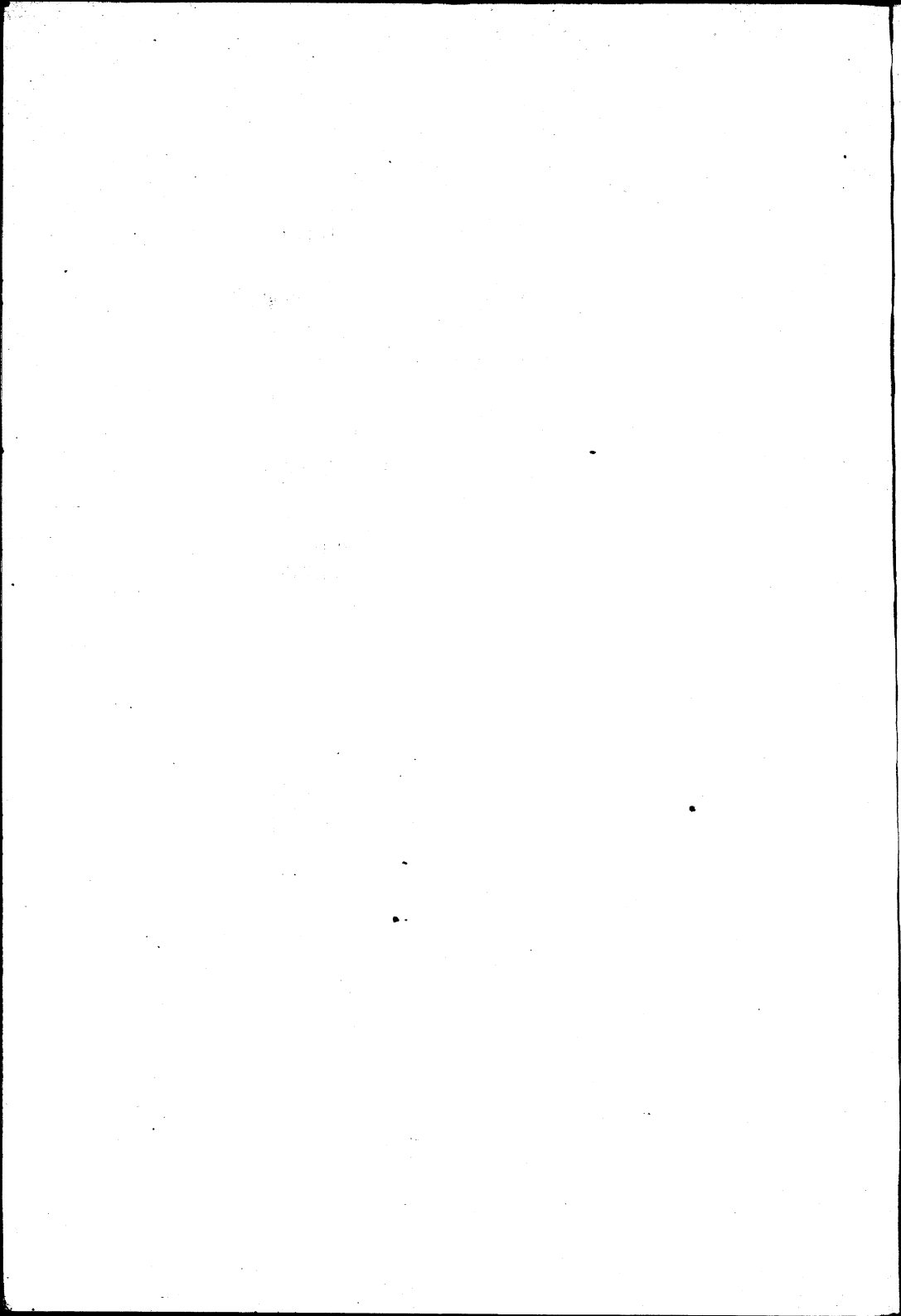
Buenos Aires, Junio 23 de 1914.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta No. 2838 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES.

J. A. Gabastou,

Secretario.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

1a.—¿Está indicada la histerectomía abdominal en el desprendimiento prematuro de la placenta?

Bazterrica.

2a.—Indicaciones para prevenir el desprendimiento prematuro de la placenta.

O'Farrell.

3a.—Indicación de la operación cesárea en el desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada.

F. J. Trongé.

