



Hemorragias ligadas á la inserción viciosa de placenta: su patogenia y tratamiento

Bruno Mayol Mir

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

HEMORRAGIAS LIGADAS

Á LA INSERCIÓN VICIOSA DE PLACENTA.



FACULTAD DE MEDICINA. — UNIVERSIDAD CENTRAL

HEMORRAGIAS LIGADAS

A LA

INSERCIÓN VICIOSA DE PLACENTA

SU PATOGENIA Y TRATAMIENTO

TESIS DEL DOCTORADO

POR

BRUNO MAYOL MIR



BARCELONA

TIPO-LITOGRAFÍA DE SALVADOR VENDRELL

Calle Riera Alta, 22

1897

À MIS PADRES

¿A quién, mejor que á vosotros, padres queridos, podría dedicar este primer trabajo de mi escasa inteligencia, ya que tantos sacrificios habeis hecho para educarla?

Dignaos aceptar, pues, esa pequeña prueba de agradecimiento filial.

B. Mayal.

ILMOS. SRES.:

Una de las peores complicaciones que pueden presentarse, ya en el transcurso del embarazo, ya durante el parto; es sin ningún género de duda la denominada «placenta prævia», ó sea la inserción de ésta en el segmento inferior del útero; dando ella lugar á silenciosas hemorragias, que debutando de una manera insidiosa en la generalidad de los casos y en el transcurso de los tres últimos meses, producen tan funestos resultados, que según estadísticas de la primera mitad de nuestro siglo (33 % de mortalidad materna y 67 % de mortalidad infantil), hicieron que con razón Simpson las incluyera entre las epidemias más mortíferas y que Nœgelé las contara entre los errores más funestos de la naturaleza.

No es extraño, pues, que dada la importancia del asunto, haya sido objeto de innumerables trabajos y que haya preocupado y preocupe aún el ánimo de los más eminentes tocólogos, dando ello origen á multitud de teorías para explicar dichas hemorragias y como derivado de ellas diversos métodos para su tratamiento, cuyos resultados y digámoslo como á gloria á la eterna memoria de tan ilustres héroes de la ciencia, son tan satisfactorios hoy día, que nos permiten salvar gran número de vidas, en otro tiempo condenadas á extinguirse, por falta de medios y de conocimientos exactos sobre tal complicación.

¿A cual de entre tantas teorías como han venido emitiéndose debemos hoy día dar la preferencia?

¿Y qué procedimiento reúne el mayor número de ventajas, ya para la madre ya para el infante? Cuestión es ésta, bastante debatida hoy día y lejos de estar resuelta, pues cuan-

do consultamos los autores clásicos, vemos reinar en ellos apasionamientos, ya para el uno ya para otro método, siéndonos algo difícil encontrar uno, que estudie el asunto con la suficiente imparcialidad, para marcarnos la línea de conducta bien trillada para tales casos.

Al escojer, pues, como sujeto de nuestra memoria tan árduo asunto, no se crea que tengamos ni remotamente la pretensión de zanjar lo que hombres de tanto valer como los que hoy se encuentran al frente de la Tocología no han hecho; sino solamente emitir una opinión, que al lado de muchas otras resultará la menos valedera de todas, ciertamente, pero al sustentarla dentro la medida de nuestras escasas fuerzas, procuraremos que sea con la mayor imparcialidad posible.

Para ello dividiremos nuestro modesto trabajo en dos partes: objeto de la primera será una breve reseña histórica de lo que ha venido haciéndose desde tiempos antiguos y guardaremos para la segunda un ligero estudio crítico de las diversas teorías y procedimientos que hoy día se usan, escojiendo el que según nuestro parecer sea de más fácil y sencilla aplicación, reúna más ventajas y mejores datos estadísticos aporte en su favor.

I

Registrando la literatura médica, véase que las hemorragias graves que en el transcurso del embarazo se presentan, eran ya conocidas de los antiguos médicos; pero los estudios obstetricales estaban tan relegados al olvido, que sin preocuparse de la causa, aceptábanla con resignación, considerándolas como á un capricho de la naturaleza, abandonando la pobre mujer á sí misma y recomendando su alma á Dios.

Preciso nos es llegar á Ambrosio Paré y sobre todo á su discípulo Guillemaux (fines del siglo xvi), para ver marcada ya una línea de conducta, aún que sin explicarse el hecho. El cirujano de Enrique IV dice: que «para socorrer á una mujer cuyas secundinas se presenten las primeras, es preciso librarla lo más pronto posible de el producto que en la matriz lleva, tirando del infante sin cortar el cordón sacándolo con destreza y prontitud.»

De esta manera logra salvar á la hija de su maestro.

Ya tenemos pues establecido un método, que fué, la única práctica seguida durante todo el siglo xvii con ligeras variantes, por Luisa Bourgois (1619), por Mauriceau, Viardel, Portal, Peu, y en el siglo xviii por Ruleau, Amand, Dionis, Deleurye y finalmente por Levret (1770), el cual le dá el nombre de parto forzado.

Portal es quién en (1685), da á luz la primera descripción de la inserción de la placenta en la vecindad del cuello; para él, la sangre proviene de dicho órgano y en consecuencia recomienda su arrancamiento, rotura de membranas y terminación rápida del parto.

Felipe Peu, contemporáneo de Portal, niega toda posibilidad de inserción en el cuello, aunque es partidario como él del parto forzado sin tocar la placenta.

Mauriceau, verdadera autoridad en aquella época, adversario declarado de Peu, niega como él la inserción en el

segmento inferior y explica la hemorragia, diciendo, que en tales casos, trátase de una cortedad del cordón, el cual tirando de la placenta, la desadhiera de su punto de implantación y cae por su propio peso sobre el orificio uterino.

Aunque de diferente manera de pensar los dos rivales de aquella época, sin embargo, es su conducta la misma.

Muy pobres eran, como se ve, los conocimientos que se tenían en Francia sobre tal complicación, pero vamos á ver que no les iban muy en zaga los que existían en los demás países.

Enrique Deventer (1701), célebre médico inglés, niega rotundamente ninguna inserción viciosa; para él, esta adhiere invariablemente en el fondo de la matriz y explica los casos de haberla encontrado sus contemporáneos en el segmento inferior, diciendo: que dichas adherencias no son otra cosa que sangre aglutinada entre la placenta y el cuello: preconiza como Portal el arrancamiento de la placenta y el parto forzado, pero si la presentación es normal la perfora y abandona el parto á la naturaleza.

Véase pues que los tocólogos de aquella época, faltos de ideas directrices para establecer un tratamiento racional, limitábanse todos á la práctica iniciada por Guillemeaux.

No hay qué decir lo desastroso de tal proceder, que pudiéramos llamar brutal; cuantas rasgaduras del cuello uterino eran causa, de que una mujer casi exagüe, una vez fuera del peligro de una hemorragia por inserción viciosa, muriera víctima de la que dicho desgarro le ocasionara, ó bien faltos de ideas de antisepsia, mujeres tan anémicas como eran las que tenían la fortuna de salvarse, sucumbieran días más tarde víctimas de una infección.

Fué entonces, (en 1759), cuando horrorizado de los funestos resultados de tal proceder, emite Puzos su teoría sobre la manera de producirse la hemorragia y aplica en consecuencia su tratamiento, que un siglo más tarde debía producir tan óptimos frutos en manos de Pinard, Barnes, Braxton-Hicks y otros.

Proviene para Puzos la hemorragia, de los vasos uterinos que al descubierto quedan una vez desadherida parcialmente la placenta de las paredes del utero; el cual no puede contraerse y por lo tanto cerrarlos, por contener en su interior el líquido amniótico y el feto.

Ahora bien: rompiendo las membranas, logramos la salida del líquido del amnios disminuyendo el contenido de la matriz, la cual se contraerá cerrando los vasos abiertos; además, obrando así provocamos el parto, resultado final que nuestros anteriores buscaban, sin producir lesiones uterinas; y por último, facilitamos que la cabeza del feto bajé y cierre por sí misma las fuentes de la pérdida sanguínea.

Esta es en resúmen la práctica seguida por Puzos, que no hizo muchos partidarios entre sus contemporáneos, quizá porque la consideran, dice Auvar, como un medio demasiado anodino, ante lo grave de tal complicación.

Ræderer en Alemania, Smellie, en Inglaterra y Levret en Francia; eran en aquel entonces los tres representantes de la Tocología; veamos pues, como pensaban cada uno de ellos. El primero era partidario de la rotura sea de las membranas sea de la placenta, seguida de la versión cuando el cuello era dilatado; el segundo, ni siquiera aguardaba á que lo fuese; y para Levret; que piensa que la hemorragia se produce cuando el cuello se borra durante el embarazo y cuando se dilata durante el parto, el único medio es el parto forzado, abandona la rotura de membranas que considera insuficiente y rechaza el arrancamiento de la placenta, pues dice que aumenta el número de focos hemorrágicos.

Igual es la conducta que siguen Deleurye y Astruc, quienes no admiten la inserción de la placenta en el cuello á pesar de los trabajos de Portal, de Petit, de Smellie y de Levret, sino que invocan para explicarla ya un traumatismo, ya una caída ó bien la hipótesis de Mauriceau sobre la cordadura del cordón.

Pocos años más tarde que Puzos, en (1775), Rigby, afamado tocólogo de aquella época, emplea por primera vez la versión podálica, rechaza el parto forzado por peligroso y no acepta el de Puzos por considerarlo poco rápido.

Al siguiente año, uno de los discípulos de Levret, propone á su vez un nuevo método que no tarda en entrar en lucha abierta con los dos anteriores; nos referimos al taponamiento vaginal, que si bien había sido ya puesto anteriormente en práctica por otros tocólogos, á Leroux de Dijon corresponde el mérito de haberlo vulgarizado.

Esta nueva práctica, adquiere de día en día más adeptos hasta el extremo de convertirse en método clásico para

Baudelocque, Capuron, Gardien, Paul Dubois, Depaul en Francia; fuera de ella Wigaud, Carl, Ritgen, Lumpe (quien no teme decir que sin el taponamiento no quisiera ser tocólogo), Burns, Chiari, Scanzoni, etc., etc., pero no por eso hállanse abandonados los otros métodos como son el parto forzado y la rotura de membranas: así son partidarios del primero, Mdmes. Lachapelle (1.821) y Boivin, Gendrin (1.839), Velpeau (1.829); y del segundo tenemos á Jacquemier, quien se esfuerza en vano para rehabilitar el método de Puzos en Francia, insistiendo sobre su modo de obrar, pero es desgraciadamente por muy pocos escuchado; no sucede así en Inglaterra, donde Smellie lo generaliza y Rigby lo acepta con reserva, pero es discutido por Duncan, Stewart (1.816) y John Burns (1.855), quienes le achacan la compresión fetal el uno y la inercia uterina que provoca, el otro; en Alemania lo encontraremos preconizado con ligeras variantes por Cohen y Ritgen y puesto en honor estos últimos tiempos por Pinard, quien hace de él, combinándolo con la aplicación de los globos inextensibles de Champetier de Ribes, su método de elección.

Solamente de otro proceder haremos mención, que si bien fueron muy pocos quienes lo siguieron, en cambio dada la autoridad de quien lo preconizará vale la pena de tenerse en cuenta. Simpson fundándose en algunos hechos personales en que la expulsión de la placenta tuvo lugar antes de la del feto cohibiéndose espontáneamente la hemorragia, afirma; que cuanto más desadherida se halla de las paredes uterinas, menor será la pérdida sanguínea ya que según él, proviene ésta de la placenta, la cual vá recibiendo continuamente sangre por la porción aún inserta y es expulsada en el momento de la contracción, que comprimiéndola dá por resultado la expresión de la misma; ahora bien, si arrancamos la placenta, no recibirá más sangre del útero y como el objeto de ella es solo servir para la respiración del feto, abolido su papel fisiológico, tomará otra vez el líquido sanguíneo su dirección primitiva.

Vése pues por lo que antecede que ni una sola explicación de la hemorragia en el transcurso de estos dos siglos y medio, puede aceptarse en el estado actual como verdadera teoría que descansa en bases sólidas; siéndonos preciso llegar al año 1846 para encontrar una que basada sobre datos anatómicos, satisfaga en algo.

Teoría de Jacquemier: Este autor, hace notar que el útero se desarrolla durante los primeros meses del embarazo á expensas de su segmento superior; á partir de dicha época, solo el segmento inferior es el que aporta lo que falta al desarrollo completo que debe presentar la matriz al final del embarazo. Ahora bien, sabemos que la placenta llega al término de su crecimiento hacia el sexto mes, por lo tanto, en el caso en que dicho órgano fetal se inserte en el fondo ó bien en el cuerpo del útero, crecerán los dos paralelamente y ningún trastorno vendrá á interrumpir la marcha fisiológica del embarazo, pero si por al contrario, ya sea por una causa ya sea por otra se implantare en el segmento inferior, cuando aparezca la época de crecimiento de dicha parte uterina, forzosamente se romperá dicho paralelismos dando lugar á hemorragias más ó menos considerables.

Esta es en resumen la manera de pensar de Jacquemier y con él muchos ó casi todos sus contemporáneos; pero no deja completamente satisfechos á todos, entre ellos á Depaul que á pesar de admitirla, encuentra en ella un pequeño lunar.

Si siempre se pasaran las cosas dice, como Jacquemier describe. ¿Por qué hay casos en que la hemorragia se presenta durante el séptimo mes y en otros no aparece sino al final del embarazo ó bien durante el parto? y él lo explica completando la anterior teoría de la manera siguiente:

Si bien es verdad que la hemorragia es debida á la falta de paralelismo entre la placenta y el crecimiento del segmento inferior, no nos es posible designar exactamente, ni cuál es la parte que más se desarrolla en los últimos tiempos del embarazo, ni la época fija en qué acaba; por otra parte tampoco nos es posible fijar de una manera exacta, la época en que empieza en cada mujer en particular, y si á esto añadimos que la porción anterior siempre es la que más se distiende á causa del embarazo, como lo prueba el que al principio del encajamiento encontramos la cabeza como cubierta por ella, tendremos explicado el por qué de esas diferencias en la presentación de la pérdida: así puede decirse que cuanto más baja y anterior sea su inserción, más precoces serán: y al revés cuanto más alta y más posterior, más tardarán en presentarse.

Teoría de Barnes. No es para él el crecimiento excesivo del

segmento inferior con relación al de la placenta el causante de la pérdida, sino por al contrario afirma el autor inglés que el cuello al desarrollarse, lo hace relativamente á la excitación que el huevo le imprime y que no estando dicho segmento destinado para la inserción de la placenta, es ésta, la que aumentando más de volumen de lo que si estuviera inserta en otra región hiciese, hace por dicho motivo que se pierdan las relaciones con el segmento inferior.

Además para explicar la pérdida de sangre en el transcurso del embarazo, supone serán más frecuentes durante el período correspondiente á las épocas menstruales, gracias á una congestión que apellida «hiperemia periódica» y que aumentando el volumen de la placenta, une su acción á su relativo exceso de crecimiento.

Teoría de Matthews-Duncan: Este tocólogo discípulo de Simpson, no acepta las ideas de su maestro y rechaza la teoría de Barnes, considerándola como á una concepción imaginaria, en contradicción con los hechos clínicos. Para él son las causas de la hemorragia durante el embarazo, accidentales y las mismas que las producen en casos normales: ya lo será la rotura de un pequeño vaso útero-placentario, ya la del seno marginal ó bien la separación parcial de un trozo de placenta debida á un choque, á una caída, etc.; etc., ó bien será debida á contracciones uterinas extemporáneas, en cuyo caso se podría considerar como un principio de aborto cohibido. Durante el trabajo, lo atribuye á que dada una mayor potencia contractil de las fibras longitudinales sobre las circulares, se ejerce una excesiva expansión del segmento inferior del útero, no pudiendo ser seguida por la placenta; desadhiriéndose ésta en parte, de la misma manera que lo verifica una vez terminado el parto por no poder seguir la retracción del mismo.

Teoría de Schröder ó del deslizamiento. Según dicho autor, las contracciones indoloras que tienen lugar hacia el fin del embarazo, tienen por objeto la retracción del segmento inferior. Ahora bien; para que esto tenga lugar, precisa se verifique un deslizamiento entre las membranas y las paredes del útero, cuyo deslizamiento se verifica entre el corión y la caduca; pero como el corión se halla fuertemente unido á la placenta, resulta que cuando ésta se inserte por encima del orificio de Bandl, seguirá al cuerpo en su movimiento ascensional, pero si por al contrario su punto de inserción se

encuentra por debajo de dicho orificio interno, se seguirá el deslizamiento hacia la placenta, dado caso que el corión sea resistente y entonces se separará parcialmente de la pared uterina, dejando al descubierto vasos uterinos abiertos por los cuales se escapará la sangre: en el caso contrario, es decir, que el corión no pueda resistir, tendrá lugar su ruptura que en la generalidad de los casos, va unida á la del ámnios y por lo tanto pérdida consecutiva de aguas.

Teoría de Pinard. Un mecanismo análogo aduce Pinard para explicarla:

En los últimos tiempos del embarazo las contracciones uterinas tienden de una parte á hacer descender la presentación y de otra á la elongación del huevo; resulta de esto, que apoyando éste en el orificio externo de la matriz, el feto tira por decirlo así, de las membranas hacia abajo; ahora bien, si la placenta se halla inserta en el cuerpo, la presión ejercida á lo largo de las membranas se hallará repartida en toda la extensión existente entre el orificio externo y el borde inferior de ella, suficiente espacio para que dicha elongación tenga lugar sin transtorno alguno: pero si en vez de ser en el segmento superior es en el inferior donde se aloja, entonces ya no es suficiente el espacio membranoso donde repartirse la presión intra-amniótica, y ó bien se desgarran las membranas (que es la regla) ó bien tirando ésta de la placenta la desinsertará parcialmente. Esto es en cuanto á la patogenia de la hemorragia durante el embarazo, pero una vez principiado el parto y sobre todo cuando la placenta se halla inserta totalmente en el segmento inferior, se le une la acción mecánica de la presentación que al descender la arrastra delante de sí, siendo causa á su vez de nuevas pérdidas.

Quedan someramente expuestas con lo que va dicho la mayoría de teorías emitidas para explicar el mecanismo de tan funesta complicación y los procedimientos más antiguos que para su tratamiento se han venido usando durante este último siglo y medio: hemos omitido intencionalmente los más usados en la actualidad, para que al hacer su estudio crítico le podamos anteponer una lijera descripción del mismo.

II

Cuál es de entre todas las explicaciones que de la hemorragia se han dado la que en el estado actual resulta más satisfactoria por apoyarse en bases más sólidas? Una revista de todas ellas, nos dará la clave para escoger la que más nos satisfaga, ya que aceptaremos aquella que dé de los hechos una explicación más plausible.

Ni como á teorías, podemos admitir las explicaciones formuladas *á priori* por los antiguos, que faltos de conocimientos anatómicos y científicos, aceptaban la caída de la placenta normalmente inserta, atribuyéndola ya á una corteidad del cordón, ya á una caída de la mujer ó á un traumatismo cualquiera, etc., etc.; ni tampoco á otras muchas que en aquéllos remotos tiempos pasaban como á aceptables á falta de mejores sin duda, pues no son otra cosa que simples creaciones de la imaginación, vertidas con el único objeto de satisfacer la necesidad imperiosa que siempre el hombre ha sentido, de darse una explicación más ó menos fundamentada de los hechos que observa.

No son, tampoco más aceptables por ser más recientes, las de Levret y Barnes; pues se hallan en contradicción con los conocimientos anatómicos que hoy poseemos y con los hechos clínicos. Si el cuello no se borra si no una vez principiado el trabajo del parto, mal podemos explicar siguiendo á Levret las hemorragias del embarazo: probado se encuentra hoy además que la placenta ha llegado á su completo desarrollo hacia el séptimo mes y que las hemorragias en los casos de inserción viciosa distan mucho de presentarse con la periodicidad á que Barnes alude; por lo tanto ni la clínica ni la anatomía pueden dar á dichas explicaciones el más ligero fundamento.

Simpson se limita á afirmar que la sangre proviene de la placenta: funda su opinión en que, los senos utero-placentarios del útero, por el hecho de hallarse rodeados de fibras

musculares, están siempre garantidos para la pérdida procedente de dicho origen; mientras que los que se hallen abiertos de parte de la placenta, faltos de fibras contractiles, forzosamente dejaran escapar la sangre que en su interior contengan.

Por lo que se ve limitase dicho autor á explicar el origen de la hemorragia, dando por sentado el hecho de la desinserción parcial: ¿cómo tiene lugar ésta? esto es lo que Simpson no dice; y si bien es verdad que tal opinión es digna de tenerse en cuenta por la valía de quien supo sostenerla y por las muchas observaciones publicadas que vienen en apoyo de tal manera de pensar, no podemos aceptarla como á teoría, puesto que es insuficiente para explicar el mecanismo de la hemorragia.

Más completa y suficiente resulta la dada por Jacquemier, aunque no explica satisfactoriamente la hemorragia tardía, ni la evitable; con todo vimos como Depaul, aportando á ella su modificación, pareció completarla en todas sus partes.

Nos bastará recordar la formación del segmento inferior de la matriz, para sentar el poco valor que hoy día tienen las teorías antes mentadas.

Dos son las maneras por las cuales se explica la formación del segmento inferior.

Según Bandl y con él la mayoría de alemanes, lo creen formado á expensas del cuello; en los últimos tiempos del embarazo, succédense un sinnúmero de contracciones indoloras, cuyo resultado es el deslizamiento de las fibras circulares, sobre las longitudinales del músculo uterino.

Aceptan al mismo tiempo, diversa manera de formarse según sea múltipara ó primípara la mujer: en esta última, empieza hacia los últimos quince días: percibiéndose cuando se la examina, un espacio circular, limitado en su parte superior por un reborde saliente, que aumenta de día en día; al mismo tiempo otros dos fenómenos tienen lugar, la disminución de altura del cuello por la desaparición de su porción más elevada hasta borrarse por completo y existir sólo por su orificio externo: al mismo tiempo se extiende y adelgaza como á tejido clástico que es, de manera que se verifica una absorción sucesiva del cuello por el segmento inferior.

No sucede lo mismo en una múltipara sino por el contrario, hasta en el mismo momento del parto, no se consti-

tuye el segmento inferior, teniendo al mismo tiempo lugar la dilatación y el hecho de borrarse el cuello; de aquí la explicación de la mayor frecuencia en las hemorragias, cuando se trata de primíparas afectas de placenta *prævia*: esta frecuencia es admitida por todos sean ó no partidarios de las ideas de Baudl.

No acepta Pinard las ideas vertidas por el médico alemán, ya que afirma que el segmento inferior no se forma á expensas del cuello sinó del cuerpo de la matriz; como prueba de ello, aduce dos consideraciones de mucho valor anatómica la una é histológica la otra; refiérese la primera á las relaciones que guarda el peritóneo con el segmento inferior; y la segunda á la analogía tan íntima que existe entre la estructura de la mucosa que tapiza el cuerpo, con la que tapiza dicho segmento. Para él, pues, el músculo uterino se alarga en el sentido longitudinal sin que se pierdan las relaciones que entre las fibras longitudinales y circulares existen, las cuales se distienden y se adelgazan también á su vez; á esta distensión mecánica es, á la cual Pinard, liga todos los fenómenos causados por la inserción viciosa; hemorragias, ruptura de membranas, parto prematuro, etcétera, etc.

Lo que en tales casos sucede es, que el segmento inferior se desarrollará solamente en la porción que se encuentra libre de inserción placentaria y como dicha distensión resulta muy considerable, la presión intra-amniótica lo será á su vez, debiendo repartirse entre la porción de membranas que se extiende desde el orificio externo á la placenta y sucederá lo que ya dijimos al exponer su teoría.

Schræder, que había ya entrevisto el deslizamiento del corion en el espesor de la caduca, cometió el error de una parte, de achacarlo á la retracción del segmento inferior y de otra de hacerlo extensivo á todos los casos, tanto de inserción normal como viciosa.

De entre todas las teorías enumeradas, la ideada por Pinard, entiendo que es la que mejor nos explica el mecanismo de la hemorragia; á este autor pues, corresponde el mérito de haber dado la satisfactoria interpretación al procedimiento ideado por Puzos: á ella daré la preferencia, ya que además de fundarse en principios anatómicos sólidos y explicarnos los fenómenos clínicos dependientes de tal complicación,

reúne á su favor pruebas irrecusables de veracidad: la mayor frecuencia de la ruptura prematura de membranas, es debida á la inserción viciosa, ya que en 105 sobre 147 casos registrados en la clínica Baudelocque de París de espontánea ruptura prematura de membranas, éstas median menos de 10 centímetros de un lado, indicando la proximidad de la placenta al cuello uterino; esto por una parte y por otra el hecho de cesar como por encanto en la mayoría de casos la hemorragia una vez destruido el polo inferior del huevo, creemos son pruebas fehacientes en apoyo de tal manera de pensar.

Terminado ya este ligero estudio crítico de las teorías patogénicas de la hemorragia, parécenos pertinente al caso, decir cuatro palabras acerca las fuentes productoras de la misma:

¿Son los vasos utero-placentarios de la matriz los únicos que dan sangre? ó bien ¿viene de la placenta parte de ella como afirman entre otros Simpson y mi docto maestro Doctor Budín?

Si nos fijamos en las observaciones publicadas por estos dos tocólogos, veremos evidenciada, en parte, la procedencia placentaria de la hemorragia; pero sobre todas las observaciones anotadas y como concluyente, hay una de Hamilton, en la cual, una hemorragia fulminante mata en pocas horas la parturienta; verificada la autopsia vése la placenta desprendida de la pared uterina la ínfima porción del espesor del dedo gordo: ciertamente no fueron suficientes uno ó dos senos maternos puestos al descubierto para causar la muerte en tan poco tiempo, mas de creer es, que el seno marginal abierto por completo, fuese el productor de la gran cantidad de sangre perdida.

Réstanos para terminar, escojer de entre los tratamientos seguidos contra tan funesto contratiempo, el que tiene más visos de seguridad, más fácil aplicación y se oponga de una manera más completa á sus funestos desenlaces, aportando al mismo tiempo una estadística más halagüeña, ya para la madre, como para el infante.

No nos entretendremos en combatir lo malo que encierra la práctica preconizada por Guillemaux y seguida por Lachapelle, Boivin, Velpeau, Gendrin y otros muchos, nos referimos al parto forzado: esta práctica que puede calificar-

se de brutal, está afortunadamente abandonada en la actualidad, pues aunque lo que urge y lo que debe preocupar al tocólogo en casos parecidos, es el desembarazar á la mujer lo más pronto posible; no debemos recurrir á este medio, tanto más cuanto poseemos otros, más eficaces é inofensivos.

No resulta aceptable tampoco la práctica seguida por Simpson: es difícil y casi imposible muchas veces, y si consideramos por una parte que al obrar como él, aumentamos del lado de la matriz el número de vasos rotos y consideramos por otra que el arrancamiento de la placenta implica la necesaria muerte del feto á no ser medien pocos momentos, (y esto ha de constituir la escepción) entre la extracción de la una y la salida del otro, en cuyo caso tampoco vemos la necesidad de tal manera de obrar; lejos de aceptarla como buena, la rechazamos como perjudicial.

Al lado de ellos y relegados por completo al olvido, se halla la administración del cornezuelo de centeno, aconsejada un día por Velpeau, Paul Dubois y Depaul, aunque este último, discutiendo el efecto hemostático de tal medicamento, le achacara el producir contracciones tetánicas y el dificultar el alumbramiento; nos abstenemos de insistir sobre la conveniencia de su empleo; por lo muy sabidos que se tienen sus inconvenientes, hasta el extremo de haberse completamente proscrito de la práctica tocológica.

No nos entretendremos en refutar la multitud de inyecciones vaginales propuestas por distintos médicos, entre otras las de vinagre puro que tuvieron en su tiempo gran voga; las practicadas con un cocimiento de corteza de encina; las preconizadas por Stein con soluciones de alumbre; las propuestas por Dupierris con la tintura de yodo al tercio; las de vino por Mendel, ni las de creosota de Arendt: medios todos olvidados por completo por haberse demostrado palpablemente tanto su ineficacia como poco valor.

En el día nos quedan de entre tantos procedimientos como han venido usándose, tan sólo cuatro, seguidos hoy con mejores ó peores resultados, son: el taponamiento vaginal seguido en Francia y en otras naciones por afamados tocólogos; el de Braxton-Hicks seguido por la mayoría de alemanes; el de Barnes practicado sobre todo en Inglaterra y Norte América; y por último, el de Puzos modificado por Pinard.

Empezaremos por el taponamiento vaginal, que tanta voga tuvo y tiene aún en la actualidad, aunque parece perder cada día más adeptos, debido ello á desengaños experimentados por los que en práctica lo empleaban con entusiasmo, ya también porque gana cada día más partidarios la ruptura artificial de membranas.

El objeto del taponamiento es oponerse mecánicamente á la salida de la sangre y consiste en llenar por completo la vagina de torundas de algodón aséptico (empapado de una solución ya de ácido fénico al 2 p.%, ya de sublimado al $\frac{1}{4}$ p.%) provistas las primeras que se apliquen de un hilo fiador para poderlas retirar más fácilmente; y debiendo tener como condiciones indispensables, el ser lo más aséptico posible, ser permeable á fin de dejarse impregnar por las soluciones antisépticas, ser aplicado con método y ser suficientes.

¿De qué manera obra el taponamiento?— Tarnier, partidario de dicho proceder, lo explica de la manera siguiente: «El tapón bien aplicado es un dique opuesto á la sangre que de la matriz se vierte; acumúlase ésta entre el huevo y las primeras torundas, se coagula y subiendo hacia arriba, gana los orificios maternos abiertos cerrándolos por completo: oponiéndose así, á la nueva producción de sangre.» Añaden al propio tiempo sus partidarios, que reúne la huena condición de despertar contracciones uterinas, acelerando el parto si se halla empezado ó provocándolo en caso contrario.

De la explicación dada por Tarnier dedúcese que para cohibirse la hemorragia, precisa se llene de coágulos sanguíneos el espacio comprendido entre el tapón y el huevo; por lo tanto, nueva pérdida de sangre es necesaria desde que esté aplicado, para que surta efecto; ahora bien, si durante el tiempo en que la mujer está taponada, se rompen las membranas ¿no puede suceder que encontrando la sangre donde alojarse vaya afluyendo de los vasos rellenando por completo el interior de la matriz, máxime tratándose de uteros de multipara que se dejan distender enormemente, y esta pequeña hemorragia interna se convierta en grande y formidable?

Más de una observación publicada nos prueba esta posibilidad que señalamos; ya que hay casos y son numerosos, en que algunos días más tarde cuando todo peligro parecía conjurado, cuando los médicos y la familia respiran y ad-

quieran confianza, la mujer sucumbe en pocas horas, en pocos momentos; el desastre es mayor para todos, pues la sangre ya no se escapa al exterior, ni la más pequeña mancha roja en el algodón se trasluce, pero la palidez del semblante aumenta, el pulso hácese filiforme, la vista se nubla, lipotimias repetidas se suceden, un desvanecimiento y la muerte vienen á ser el resultado de la hemorragia que detrás del tapón y á pesar de él se ha fraguado, no al exterior, pues ésta estaba dominada, si no al interior de la matriz y es esta la causa del funesto desenlace previsto pocos momentos antes, pero cuando era ya tarde.

Si una de las condiciones que debe reunir el tapón, es la de ser permeable por los líquidos antisépticos ¿no puede igualmente serlo por la sangre? lo es algunas veces. El mismo Auvard, partidario de él, registra entre 47 casos 16 en los cuales el algodón se ha dejado empapar por el líquido sanguíneo, el cual salía al exterior á través de él aunque en pequeña cantidad; Depaul, en sus *Lecciones de clinica obstetrical*, cita uno, en que pocas horas después de haberse aplicado el táponamiento, se encontró el algodón empapado en sangre y líquido amniótico; lo que prueba que en este caso medió lo que antes hemos indicado; y no se achaca tal contratiempo á la torpeza de quien lo practicara, que á nadie se le ocurrirá tachar de torpe á Depaul, que fué quien lo practicó.

Por lo que antecede, bien palpable se vé lo ineficaz que resulta en muchos casos, no pudiendo de ninguna manera dársele el pomposo calificativo de infranqueable dique.

Muy discutible es la segunda buena condición que sus partidarios le aducen, pues si recordamos los casos citados por Depaul 24 horas y 36 después de aplicado sin ninguna contracción uterina: los de Müller en los que no aparecen sino al cabo de ocho días: los de Hegar, en fin, en que todos los músculos abdominales se contraen solamente, ocasionando á las desgraciadas mujeres inútiles sufrimientos bajo el punto de vista del trabajo, nos prueban que no es muy excelente medio para provocar el parto.

Y es por demás chistoso de ver, que entre los mismos que abonan tal manera de proceder, creen que es una ventaja del método de Leroux, la de permitir en ciertos casos la continuación del embarazo, como en otras la de provocarlo;

en qué quedamos ¿despierta ó nó contracciones uterinas?

Lo peor es que además de ser ineficaz, muchas veces adolece de defectos dignos de tener en consideración: el sér doloroso es uno de ellos; entorpeciendo al mismo tiempo la evacuación del reservorio urinario por una parte y la del intestino por otra.

La gran cantidad de algodón que es necesario introducir en la vagina, á fin de que no exista espacio alguno entre las torundas en ella intruducidas, que pueda ser atravesado por la sangre, hasta lograr que las paredes vaginales toquen á las paredes de la pequeña pelvis, cantidad que ha sido comparada á la indispensable para llenar un sombrero de copa, no puede ser soportada por mucho tiempo sin dolor excesivo. Por otra parte, la enorme distensión que sufren las paredes de la cavidad vaginal, no se hace sino á expensas de su integridad; pequeñas escoriaciones, lijeras heridas, la descamación de su mucosa irritada por el contacto sostenido del tapón, con secreción más ó menos abundante, son su resultado; todas estas lesiones son nuevas puertas de entrada abiertas á la infección, más fácil siempre en mujeres depauperadas por la pérdida repetida de sangre, debilitadas en grado sumo y con poca resistencia para luchar con los gérmenes patógenos que pueden fácilmente ser introducidos con el algodón, instrumentos, etc., etc., pues si bien es verdad que poseemos hoy medios más eficaces para la asepsia, gracias á las cuales ha disminuído mucho el número de mujeres infectadas, después de haber sufrido tal práctica tocológica; no deja de ser por eso peligroso, pues el más pequeño descuido, el más lijero olvido en su preparación, sobre todo en la práctica particular, donde no siempre se hallan á nuestra mano los medios necesarios, donde el tiempo apremia, pues la mujer puede irsenos de un momento á otro y precisa obrar con premura; el más lijero olvido, decimos, puede traernos una infección que revestirá el carácter de grave siempre, pues en tales casos la mujer á consecuencia de la pérdida sanguínea, se convierte en sabroso pasto para los gérmenes patógenos.

Haremos solamente mención para recriminarla, de la práctica seguida por algunos, de empapar el tapón con diversas substancias que decían obraban como hemostáticas: echando mano ya del percloruro de hierro, alumbre, etc.,

cuya sola acción era, la de tamizar y curtir la mucosa vaginal, ofreciendo más tarde un obstáculo á la salida del feto.

Las modificaciones aportadas al taponamiento, como son, las vejigas de cerdo (Miquel), (Stein), los pesarios de aire (Gariel), el colpeurynter de (Braun), el globo elytro-pterygoideo de (Chassagny), no reúnen mejores condiciones que el método de Leroux; muy al revés, son considerados por los mismos partidarios de él, como á muy inferiores é insuficientes y si los aconsejan es, según los autores de los mismos, para aquellos casos en que no fuera factible el taponamiento clásico.

Y para terminar con el estudio de tal proceder, vamos á exponer los resultados estadísticos sacados de diversos servicios de partos de París, publicados el año 1895. Pero como sabido es que no resultan suficientemente imparciales las estadísticas hechas por los que quieren á pesar de todo entronizar un método, vamos á entresacar de una reseña sobre dicho tema, que se publicó no hace mucho en los «Anales de Ginecología y de Obstetricia», á raíz de haberse dado á luz dos «tésis» sobre ello, la una de «Bourdier», favorable al método de Leroux y la otra de «Abd-el Nour», acérrimo adversario.

En la primera se recogieron datos de 44 casos de la Maternidad, Rue d' Assas y 11 del Hospital La Riboisière, dando la primera una mortalidad materna 13,6 % y 65 % mortalidad infantil; de la segunda serie resulta, M. materna 9 % y M. infantil 72 %: reunidos todos y después de una selección hecha de casos, separando muchos de ellos cuya muerte según dicho señor no debía achacarse al taponamiento, sino á circunstancias fortuitas, entre ellas la *septicemia*, resulta la cifra muy halagüeña si fuese cierta, de 17 % de mortalidad materna y 64,3 % la infantil.

La segunda comprende 6 series de casos, entresacada la primera de la clínica, también de la Rue d' Assas, 14 casos, de la Charité, Pitie, La Riboisière, etc., etc., después de revistados *in extenso* por su autor la mayoría casi de todos ellos, resulta una mortalidad media maternal 26 % y de mortalidad infantil 77,6 %.

Ahora bien, si para ser más imparciales, tomamos un término medio entre los dos resultados, nos daría siendo muy benévolos aún, 12 % para las madres y 68 % de mor-

talidad infantil; cifras enormes sobre todo la segunda, máxime si la comparamos con la que más tarde expondremos.

Resulta nos parece de lo dicho, que el que estudie el asunto de una manera imparcial, sin pasión para el uno ni para el otro de los diversos procederes, no escogerá ciertamente el método de Leroux para tratar sus clientas afectas de inserción viciosa de placenta; que hoy resulta mal que les pese á sus partidarios, anticuado y no como á un método de elección, debiéndose reservar solamente para los casos de estricta necesidad, cuando nos sea de todo punto imposible por no permitírnoslo las circunstancias, poner en práctica otros mejores, y sobre todo el que hoy parece ser llamado á ocupar el primer puesto entre todos los demás y es el de Puzos modificado por Pinard.

¿En qué consiste dicho método? A verlo vamos, pero al mismo tiempo que haremos su descripción expondremos los hechos tal como se suceden en la práctica y la conducta que se debe seguir en presencia de un caso de tal naturaleza.

Hállase la mujer al principio de su séptimo mes del embarazo y un día, sin razón que lo explique ni fenómeno anterior á que achacarlo, una pérdida de sangre más ó menos abundante se presenta; (quizá durante una noche pasadá tranquilamente en un sueño), dando principio á una serie repetida de pequeñas y moderadas hemorragias.

En tal estado las cosas, viene la mujer á consultarnos algo extrañada y recelosa, pero sin ni siquiera sospechar la gravedad que tal estado encierra: ¿qué debemos aconsejarla? En primer lugar el más absoluto reposo en la cama, recomendándole evite los menores movimientos, prohibiéndole se siente en ella, guardando siempre el decubito dorsal, con la cabeza colocada en una almohada de mediano volumen y la pelvis en un plano algo más elevada que el resto del cuerpo.

Inyecciones vaginales con una solución anti-séptica cualquiera (yoduro de mercurio 1 $\frac{0}{2000}$ ó bicloruro mercurio, ácido fénico, naftol, etc., etc.), pero de una temperatura elevada tanto como la paciente pueda resistirlo, 45° á 48° serán prescritas; de dicha solución se hacen pasar algunos litros por dentro la cavidad vaginal, hasta que el líquido de retorno salga completamente claro y sin la más débil coloración sanguínea, si además administramos ya por la vía gás-

trica ya por la rectal preparaciones opiadas (láudano, morfina, etc., etc.), veremos en la mayoría de casos cesar la hemorragia de momento: una vez logrado esto, vamos á practicar un examen por medio de la palpación (prescindiendo del tacto siempre que sea posible), para darnos cuenta de la presentación; exámen que ha de ser de mucha importancia, ya que si fuese transversal debemos intentar convertirla en longitudinal, porque más tarde será beneficiosa para cohibir quizá por ella misma la hemorragia que seguramente va á sobrevenir: fácil resulta siempre dicha reducción, ya que tratándose de úteros de múltiparas la flexibilidad de sus paredes permitirá fácilmente los movimientos que al feto debamos imprimir.

Verdad es que estos medios no son eficaces ni curativos, son más bien paliativos; pero nos permitirán, por lo menos, ganar tiempo, aumentando así las probalidades de vida para el feto.

Pero llegará un momento en que, el estado de la mujer á consecuencia de la repetición de la hemorragia, empiece á ser inquietante; momento en que la palidez de su cara, su debilidad de pulso, su turbia vista, etc., etc., nos obliguen á obrar más enérgicamente; en tal caso, á la ruptura artificial de membranas debemos, sin titubear un momento, dirigirnos; ella será la que haciendo desaparecer la causa productora de la pérdida sanguínea, va á oponerse á su nueva producción de una manera radical y segura.

Tomadas todas las precauciones anti-sépticas hasta la exageración si cabe, introdúzcanse dos dedos dentro la vagina, la mano entera si es preciso, á fin de reconocer la posición de la placenta; una vez orientados, háganse penetrar uno ó dos en el interior de la matriz, (cosa que nos será fácil las más de las veces dada la naturaleza de los cuellos de múltipara que por lo general hay que atravesar); llégase al orificio interno y entonces desgárrase en la mayor extensión posible las membranas, hasta completa destrucción del polo inferior del huevo.

Al obrar de esta manera lo hacemos como se vé, en completa consonancia con el mecanismo productor, según ya vimos en otro lugar al transcribir la teoría de Pinard; pero al hablar de ella, vimos también que encerraba una segunda parte, á saber, que la presentación se convertiría á su vez en

causa productora, cuando al descender arrastraba delante de sí, al órgano fatal.

Cuando tal sucede y á pesar de la ruptura artificial de membranas continúa alarmante la hemorragia, entonces la terminación pronta del parto se impone; respecto á este punto todos los tocólogos están acordes, más donde empiezan la diversidad de pareceres es al determinar la manera de intervenir.

Los unos (afortunadamente hoy hay muy pocos), practican el parto forzado; otros siguiendo á Barnes aplican su globo en forma de violón y otros como Braxton-Hicks aconsejan la versión podálica bipolar por maniobras mixtas, con el objeto de llevar al orificio externo un pie, que al mismo tiempo que sirve de medio acelerador del trabajo y de tapón gracias á su forma cónica nos dé un punto de apoyo para terminar el parto de una vez cuando se crea conveniente.

Una lijera crítica de dichos procedimientos, excepto el primero que rechazamos como perjudicial; va á ser el último punto de nuestro trabajo, completándolo con la exposición del método que consideramos reúne mejores ventajas.

El proceder de Barnes y el de Mac-Lean, (lijera modificación del primero), adolecen de dos graves inconvenientes; primero, la forma de violón que dió dicho autor á su globo, unido á la extensibilidad que posee, permite que el contenido del depósito superior, (así le llamaremos á la porción introducida en el interior del huevo), gracias á la presión interna que la contracción uterina produce, pase fácilmente al reservorio inferior (porción que se halla por debajo del cuello), lo cual anula casi por completo, el efecto que con dichos globos se proponen obtener y que por lo tanto el trabajo del parto adelante poco. Segundo, implica tal procedimiento el reemplazo de un saco de mayor volumen á medida que vaya la dilatación aumentando, pues una vez adquirido el cuello el mismo diámetro del aparato, se cae éste en el interior de la vagina; precisa pues suma atención, á fin de no dejar expuesta á la mujer á los mismos peligros y si unimos á esto que hay que emplear forzosamente un tiempo en la substitución de los sacos violones, resulta otro inconveniente grave, ya que este tiempo que debemos emplear es un tiempo precioso que nosotros perdemos y que la hemorragia aprovecha repitiéndose.

Parécenos suficientes tales desventajas, para que no nos unamos con los ingleses y americanos que en tanta estima lo tienen.

La versión podálica llevada á cabo por la primera vez en casos de tal naturaleza por Rigby y preconizada y vulgarizada en estos últimos tiempos por Braxton-Hicks, no deja de ser un ingenioso método y de buenos resultados, según sus partidarios dicen y que nosotros hemos tenido ocasión también de apreciar más de una vez, sobre todo para la madre (5 á 7 % de mortalidad).

El llevar un pie al orificio externo cuando nos lo permitan las circunstancias sea cual sea la presentación después de la ruptura de las membranas, es ciertamente un medio eficaz, radicalísimo para contener la hemorragia; la extremidad inferior del feto obra como á verdadero tapón que ocluye por completo los orificios abiertos de los vasos uteroplacentarios del segmento inferior, aplicando gracias á tal compresión, la placenta desadherida parcialmente del útero contra la pared del mismo; provocando por otro lado contracciones uterinas, que á medida que hacen progresar la dilatación, hacen al propio tiempo descender el feto hacia la excavación cuyo diámetro va aumentando gracias al cono, representado, por la extremidad inferior primero y pelvis fetal más tarde, cuerpo y hombros después; y por cuya razón queda siempre ocluída la puerta de salida de la sangre ó sea el orificio externo del útero.

El hecho de poder cohibir de tal manera la pérdida sanguínea, con los medios solos que la naturaleza misma nos dá, sin tener que recurrir para ello á instrumentos de ninguna clase ni aparato alguno, prestándonos al mismo tiempo espacio, que podemos aprovechar para levantar las fuerzas casi agotadas de la mujer en muchos casos; es verdaderamente seductor, el ideal puede decirse, que se puede apetecer.

Pero en medio de tan bello ideal, de lo seductor que encierra tal procedimiento, un punto negro se destaca: la mortalidad infantil se queda aun á la enorme cifra de 70 á 75 por 100, si registramos entre las estadísticas de sus mismos preconizadores: ¿por qué razón sucede eso? fácilmente se comprende: el miembro inferior que en la vagina hemos conducido, á medida que la dilatación aumenta, descenderá

por el canal genital y llegará forzosamente un instante en que fuera ya de la vulva, se pondrá en contacto con el aire exterior; entonces, la impresión fría que la piel del feto experimenta, produce por reflejismo, movimientos de inspiración y como se halla aun la cabeza en el interior de la matriz rodeada de líquido amniótico, fácilmente se concibe que va á precipitarse en el interior de sus vías respiratorias causando su muerte por asfixia: no se olvide además el peligro siempre mayor que implica una presentación de nalgas, para el feto.

Lástima es en verdad que este contratiempo, nos impida aceptar con la mayoría de alemanes, tan ingenioso procedimiento como al de elección y nos haga reservarlo solamente para ciertos casos graves en que la vida del feto se haya extinguido ó desesperemos de salvarla, debiendo reducir nuestra atención á la madre, cuya vida se halle en inminente peligro; en este caso, no hay duda es el mejor y casi el ideal que el práctico debe apetecer siempre ya que el poder prescindir en casos parecidos de aparatos é instrumentos que siempre resultan difíciles de aseptizar, resulta una gran ventaja.

Antes de terminar con el método de Braxton-Hicks, debemos fijar la atención sobre un punto de técnica, cuya falta de observación puede conducirnos á funestos desenlaces, debiendo quizá á ella atribuirse la muerte de la mujer sujeto, de nuestra 2.^a observación.

Cuando una vez practicada la versión tenemos el miembro inferior en el orificio externo; que debemos hacer? extraerlo artificialmente ó bien dejar á la naturaleza que lo termine?: en el momento en que en tales casos tiene el médico, entre sus manos un pie, parece como si una verdadera tentación de tirar, se apoderara de él, y concluir de una vez para liberrar á la mujer, del apurado trance en que se encuentra: lo peor que se puede hacer es obrar así; déjese una vez terminada la versión y cohibida la hemorragia, á la naturaleza sola y dirijamos nuestra atención á levantar las fuerzas de la pobre mujer que quizá no podría resistir la terminación rápida del parto; y si es preciso intervenir, hágase más tarde, después que se halle más repuesta gracias á las pociones estimulantes de un lado y sobre todo á las inyecciones sub-cutáneas de suero artificial que tan magníficos efectos producen en casos de tal naturaleza.

De no hacerlo así, nos exponemos á que, la mujer agotada casi por completo, ya por efecto de la fatiga, ya de la fuerte impresión nerviosa, ó ya del rápido vacío que en su cavidad abdominal tendrá lugar después de una intervención, provocando un aflujo mayor de sangre en las vísceras en ella contenidas; sea víctima de un síncope, de un ataque de asistolia, que en pocos momentos ponga fin á su existencia: mucha calma, mucha sangre fría, y actividad en el obrar, pero nunca localmente, es lo que precisa tenga el práctico, si no quiere más de una vez verse obligado á entonar arrepentido el *mea culpa*.

El último procedimiento del que nos resta hacer mención, es el que nos convierte en verdaderos dueños de la hemorragia, sin exponer en lo más mínimo la vida tan amenazada del infante; y el único, puede decirse bien alto, capaz de reducir la cifra de mortalidad fetal á otra relativamente ínfima comparada con la que los otros métodos nos suministran.

La introducción de un globo inextensible de Champetier de Ribes en el interior del huevo, es de práctica fácil y susceptible de llevarse á cabo en todos sitios y en todas circunstancias: tomadas todas las precauciones antisépticas propias á toda maniobra obstétrica, plegado en forma de cigarro puro y colocado en el interior de las dos ramas de la pinza fórceps anexa á dicho instrumento, fácilmente llegaremos al interior de la cavidad uterina si nos servimos de los dos dedos índice y medio como á conductores; una vez en su sitio vacío el globo, inyectase en su interior un líquido antiséptico cualquiera, hasta rellenarlo por completo (450 gr. á 500 gramos) adquiriendo así un volumen, que gracias á su forma se adaptara perfectamente á toda la extensión del segmento inferior: fácilmente se concibe el efecto producido; el paro completo de la hemorragia por presión directa sobre los vasos rotos, es su resultado.

La placenta que se halla desadherida parcialmente por la presentación fetal y empujada hacia el centro del orificio externo y entre cuyos labios se presenta á veces, será repuesta á su primitivo sitio por decirlo así, una vez el globo inextensible sea llevado á su mayor grado de extensión y conducida hácia uno de los lados del órgano gestatorio.

Ahora bien; el aparato dilatado completamente, ejercerá

una doble presión, de arriba á bajo la una y transversalmente la otra, contribuyendo de este modo no sólo á cohibir la hemorragia sino también á acelerar el trabajo; ésta doble influencia se presenta á la vez, siendo buena prueba de ello los numerosos casos clínicos publicados. Sin esfuerzo se comprende que así suceda, dada la potente presión ejercida sobre el segmento inferior y la naturaleza del voluminoso cuerpo extraño en él introducido.

No es solamente la inextensibilidad dada al aparato por su autor, la única ventaja que tiene sobre los demás ideados para el caso, como los sacos violones de Barnes, los de Mac-Lean, Tarnier, etc., etc., sino que su forma cónica, parecida á la del segmento inferior y cuello con los cuales debe ponerse en contacto, escapa á los esfuerzos expulsivos del útero hasta que la dilatación no esté acabada; Mr. Champetier basando los límites de la circunferencia de su aparato sobre las mediciones normales de una cabeza de feto á término, hizo imposible su caída en el interior de la vajina, hasta tanto que las vías que el feto debía atravesar no fuesen suficiente anchas para darle libre salida; no sucediendo así con los demás que ni por su volumen ni por su forma pueden mantenerse en un cuello que se dilata.

Y no es esto sólo, sino que según experiencias llevadas á cabo en la clínica Baudelocque de París y expuestas por Varnier en sus lecciones clínicas dadas en la Facultad, podemos á voluntad acelerar el parto con sólo retirar é introducir sucesivamente una cantidad dada de líquido en el interior del aparato, puesto que procediendo así, lo que buscamos es la sustitución de un diámetro mayor en la porción de globo que se halla en contacto con el cuello uterino: además podemos con dicho globo aumentar ó disminuir según las circunstancias, la energía de las contracciones uterinas.

Lo mismo que los demás tratamientos, se halla expuesto el que acabamos de describir, á objeciones y las formulan sobre todo los partidarios del taponamiento: veamos cuáles son estas y qué valor tienen.

1.ª «La ruptura artificial de membranas dicen, provoca indefectiblemente el parto.» Verdad y mucha verdad es; pero fijense en lo parcial que resulta tal objeción, ya que los que la hacen, son los mismos que consideran como inconveniente de la ruptura de membranas el de provocar el parto, ol-

vidando que el suyo reúne esta ventaja, hasta el punto que ha habido quien acérrimo partidario del método de Leroux; lo propusiera como agente provocador de elección en casos de estrecheces pélvicas.

2.^a «Aumenta las probabilidades de infección; pues sabido es que el huevo íntegro, resiste mucho más á los gérmenes infectivos que cuando se halla abierto.» No está en parte desprovista de razón tal manera de pensar; pero no puede en modo alguno ponerse en parangón este inconveniente y menos hoy que poseemos medios eficaces para conservar aséptico el conducto vaginal; con el beneficio que con su aplicación obtenemos, que es la cohibición de la hemorragia.

Dígannos además los partidarios del taponamiento. ¿No nos será siempre más fácil mantener aséptica la vagina y cuello que ya lo es de sí, que aseptizar completamente la enorme cantidad de algodón ó gasa necesaria para llevar á cabo su proceder?

3.^a «El cuello no es siempre lo suficiente permeable que nos permita impunemente la introducción de las pinzas en el interior de la matriz, sin que pequeñas rasgaduras de parte del cuello se produzcan.» Por nuestra parte nunca hemos hallado tal obstáculo durante nuestra permanencia en las clínicas de partos. Y siendo la placenta prævia complicación que nos pone en presencia la gran mayoría de casos de multíparas llegadas á los últimos tiempos del embarazo, con cuellos cortos y blandos fáciles de atravesar, difícilmente dicho obstáculo puede presentarse; además que, cuando recurrimos á la introducción del globo de Champetier, supone ya casos en que la ruptura artificial ha sido practicada, en que las hemorragias han venido sucediéndose y que la mujer está en trabajo de parto.

4.^a «La oblicuidad á veces extrema del útero hace dolorosa é impracticable la introducción de las pinzas á través de un cuello situado profundamente hacia atrás.» Dicha objeción es sin importancia alguna ya que en tal caso la anestesia local y en último extremo la administración de cloroformo, nos permitirán siempre corregir la dislocación uterina, que hacía difícil los primeros tiempos de la operación.

5.^a «Acúsase al globo de Champetier de que debido á su volumen considerable provoca cambios en la presentación;

transformando á veces una de longitudinal en transversal.» Asentimos con los que tal dicen, pero no debemos olvidar que por el hecho solo de la posición viciosa de la placenta, nos encontramos en algunos casos con presentaciones transversales; además de que dichas mutaciones cuando tienen lugar, suelen ser transitorias y se evitan en parte con la sola precaución de practicar la inyección del líquido antiséptico en el interior del aparato con lentitud, precaución sobre la que insiste mucho M. Pinard; pero en el presente caso seamos generosos y admitamos que se cambiara la presentación ¿qué nos importa? lo principal, lo que debe preocuparnos es la detención de la hemorragia y como dicho globo la cohibe infaliblemente siempre y sin excepción, preparándonos al mismo tiempo el terreno de tal modo, que después de su expulsión, forzosamente resulta un pueril juego la operación obstétrica (versión forceps), que para terminar el parto debamos practicar, pues que la dilación es completa y las vías amplias y fáciles de ser atravesadas por el feto; resulta aunque bien fundada, débil tal objeción.

6.^a y última. «La placenta centro por centro, dicen sus adversarios, es un obstáculo que se opone á su aplicación y si se intentara, sería exponerse á aumentar las fuentes de la hemorragia.» En primer lugar ¿existe la verdadera inserción centro por centro de la placenta? quizás sí; pero si debemos creer á Pinard, sería tan sumamente rara que afirma él, no haberla encontrado nunca, ni una sola vez en los 20.000 partos que desde su internado en el Hospital La Riboisière hasta el día de la fecha, ha tenido ocasión de ver.

Afirmación tan categórica hecha por tan eminente tocólogo y que la apoya en tan considerable número de casos, hace en verdad dudar; y nos induce á creer, que el tal error de diagnóstico haya sido cometido por diferentes autores que interpretarían mal los hechos por ellos observados; pues en cuanto á nosotros se refiere, hemos tenido ocasión de ver entre otros, dos casos en los cuales habíase anteriormente diagnosticado inserción placentaria centro por centro y en ambos un examen detenido nos permitió llegar á las membranas que rompimos anchamente, dirigiendo para ello nuestro dedo hacia la porción anterior del segmento inferior y pasando por encima de la sínfisis púbica.

Pero aún suponiendo nos encontráramos en presencia de

tales casos; podemos aún introducir el globo Champetier sino dentro del huevo mismo, sí en el espacio de segmento inferior que se halle libre de adherencias placentarias, aumentándolo nosotros mismos si es preciso; es verdad que obrando así aumentamos el número de boquillas venosas puestas al descubierto, ¿pero qué importa este inconveniente si al momento vamos á llevar á la superficie denudada un cuerpo voluminoso que ocluyéndolos por completo no permitirá la salida de sangre por ellos? de manera que hasta en el caso de placenta centro por centro, caso excepcionalísimo á nuestro entender, podríamos echar mano de nuestro tratamiento.

No cabe duda alguna pues, que en la actualidad es el mejor y el más completo de cuantos han venido sucediéndose en el transcurso del tiempo. Sea cual sea, bajo el punto de vista en que se mire, se ven siempre las inmensas ventajas que sobre los demás posee: su fácil ejecución, posible siempre tanto en la práctica particular como en la de Hospital: en el campo como en la de ciudad; la seguridad de poder cohibir con él de momento toda pérdida sanguínea, dándonos tiempo para poder levantar las fuerzas casi agotadas de la mujer con los muchos y eficaces medios que hoy poseemos: el alejarnos el temor de una hemorragia interna que podría llevarse la mujer en pocos segundos: el ser completamente indoloro: la facilidad de una intervención sea la que sea gracias á la dilatación rápida y completa del cuello y demás partes blandas: el poder mediante á él adelantar á placer el parto sin la más lijera erosión ni en el cuello ni en la vagina: su manera de obrar tan en armonía con la explicación científica que de la pérdida de sangre se ha dado; y finalmente, la disminución de la mortalidad materna á la cifra de 2'7 % y de 37 % tan solo de mortalidad infantil, cifra de la cual distan mucho las dadas por los otros medios; parece son razones suficientes para hacernos acérrimos partidarios de tal manera de obrar delante los casos de inserción viciosa de placenta, teniendo la certidumbre que han de ser adeptos á este nuestro criterio cuantos lo empleen una sola vez.

Parécenos pertinente exponer en este lugar antes de concluir, los medios de que debemos echar mano para corregir el estado anémico grave en que la mujer se encuentra algunas

veces después de tan repetidas hemorragias. Ya hemos dicho algo referente á las inyecciones sub-cutáneas tan recomendables y recomendadas de suero artificial, preparadas según la fórmula de Cheron; y aún mejor según nuestra manera de ver, con el preparado según Hayem; y como á último recurso, pueden llevarse á cabo utilizando el agua hervida en la cual se haya disuelto una cucharada grande de sal común por litro. No queremos dejar en silencio, antes al contrario nos proponemos insistir é insistir de modo especial sobre un nuevo tratamiento dirigido á aquellos casos de anemia supraguda; casos en los que la mujer está en eminente peligro de un ataque sincopal que puede poner fin rápidamente á su vida, casos en los cuales todos los medios empleados han sido insuficientes, incluso las inyecciones sub-cutáneas de suero artificial.

¿Qué podemos hacer? En estos últimos tiempos se han publicado en Francia algunas observaciones por Lejars y últimamente por Maygrier, en los cuales se ha echado mano con magníficos resultados de las inyecciones intra-venosas de suero artificial á dosis masivas.

Vamos á entresacar algunos datos de una de ellas publicada por el último de dichos tocólogos; en ella se ve que después de cuantos medios practicados para el caso como son inyecciones sub-cutáneas de eter, vendas de goma aplicadas á las extremidades inferiores; inhalaciones de oxígeno, etc., etc.; la respiración continuaba fatigosa; la mirada convertíase de más en más vidriada, el reflejo córneo había desaparecido, la conciencia abolida, en fin, todo presagiaba una muerte inminente; visto lo cual se deciden á practicar las inyecciones intra-venosas.

El efecto fué inmediato y sorprendente, dice Maygrier, momentos antes de terminar la inyección de 2 litros de suero, pareció que asistíamos á una verdadera resurrección: el pulso empezó á hacerse perceptible, más limpio luego, regular después, hasta convertirse en lleno; la respiración convirtióse en normal y regular, perdió la cara su aspecto lívido tomando un tinte sonrosado, recobraron los labios su matriz rojo habitual; al mismo tiempo abrió la enferma los ojos y pronunciaba algunas palabras expresando la sensación de bienestar que experimentaba.

En esta enferma después de terminar el parto, hubo nece-

sidad de repetir una inyección intra-venosa, sus efectos fueron parecidos á los anteriormente descritos y por fin, después de una convalecencia relativamente corta pudo dejar el Hospital, en buen estado aunque algo anémica.

Este medio heróico, que ha sido preconizado en Francia por Gervais de Rouville y Championnier y que se viene usando hace ya tiempo por Thomson, H. Spencer, Rye-Smith y Horrocks fúndase en cuatro proposiciones emitidas por este último:

- 1.ª Cuando una mujer sucumbiera por hemorragia grave, queda en su interior cantidad de sangre suficiente para ser llamada otra vez á la vida.
- 2.ª La mitad del volumen total de sangre, puede llenar las mismas funciones que el volumen normal, si la rapidez de su movimiento es doble.
- 3.ª La muerte por hemorragia sobreviene por el corazón á causa de la caída de la presión sanguínea.
- 4.ª Esta presión puede aumentarse con la transfusión de una cantidad de líquido igual á la de sangre perdida.

Estos son los principios en que se apoya esta práctica que parece viene á substituir la transfusión sanguínea: los buenos resultados obtenidos por hombres tan autorizados, parecen decir que dicho medio está llamado á ser un precioso recurso. En presencia de una mujer exsangüe, cuando hayamos agotado ya nuestro arsenal terapéutico y á pesar de ello veamos que la muerte se acerca con pasos agigantados, creo y entiendo un deber el acudir á este medio terapéutico, que si no ha hecho las pruebas apoyándose en grandes estadísticas, se apoya con todo en hechos por demás elocuentes.

Después de todo lo expuesto, creemos poder formular las siguientes conclusiones.

- 1.ª La teoría patogénica de Pinard, es la que más completa explicación nos dá de los fenómenos causados por la inserción viciosa de placenta.

- 2.ª En las hemorragias debidas á la llamada placenta prævia, la sangre puede venir no tan sólo de los senos utero-placentarios abiertos de la parte del útero, sí que también del seno circular desgarrado por el hecho de la desinserción parcial de la placenta.

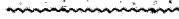
- 3.ª El taponamiento vaginal resulta ser en la actualidad, un medio algo anticuado, poco eficaz y expuesto á peligros; debiendo reservarlo por lo tanto, para los excepcionales ca-

sos en que no nos sea posible poner otro mejor en práctica.

4.^a El ingenioso procedimiento preconizado por Braxton-Hicks debe solamente usarse cuando desconfiemos de salvar la vida del infante, ya por lo grave de la situación ó ya por la corta fecha del embarazo, debiendo limitar nuestra atención, tan sólo á la madre.

5.^a El procedimiento de elección por excelencia es el de Puzos modificado por Pinard, completándolo siempre que necesario sea, por la aplicación del globo inextensible de Champetier de Ribes.

6.^a y última. En los casos inminentemente graves de anemia supra-aguda en que quedan agotados ya todos los recursos, no debemos titubear un sólo momento en poner en práctica las inyecciones intra-venosas de suero artificial á dosis masivas.



OBSERVACIÓN NÚMERO 1

Luisa X, de 26 años de edad, múltipara sin antecedentes hereditarios ni personales de importancia, empezó á estar reglada á los 15 años siguiendo con regularidad después.

Hállase en cinta por la cuarta vez: datan sus últimas reglas del 23 de Octubre 1865: hácia el cuarto mes y medio percibió por primera vez los movimientos activos del feto.

Después de un embarazo pasado inmejorablemente, sintió los primeros dolores de parto, el día 3 de Agosto á las ocho de la noche: tres horas después de principiado, una ligera pérdida sanguínea tiene lugar: la Comadrona mandada á buscar, no dá importancia á la cosa pero como continuaran acentuándose más los dolores y aumentando al mismo tiempo la hemorragia, determinase dos horas más tarde algo recelosa á mandar á la familia por un médico.

A la una y media de la mañana del 3 de Agosto vimos por primera vez dicha mujer; nuestro primer cuidado fué de ponernos al corriente de su estado general, que á pesar de la continuación de la hemorragia y fuera de una ligera palidez del semblante, era satisfactorio; pulso fuerte, duro y desplegado; pasamos enseguida á su examen por la palpación y sentimos perfectamente una cabeza encajada en el estrecho superior, el plano duro del feto parécenos dirigido hacia atrás y á la izquierda, el corazón late fuerte y regularmente; encontrándose por el tacto el cuello dilatado unos cuatro centímetros á lo más, las membranas intactas, y dirigiendo el dedo hacia la derecha y parte posterior llegamos á percibir tejido placentario; nuestro diagnóstico fué formulado enseguida y acto continuo la ruptura de membranas llevada á cabo, seguida de una inyección vaginal con tres litros de una solución de sublimado al 0'50 por 100, y á unos 45° de temperatura; al terminar salía el agua clara, sin la más débil coloración.

Una hora más tarde y viendo que la hemorragia no se reproducía é iban haciéndose frecuentes los dolores, nos ausentamos llevándonos una cantidad de orina para analizar y recomendando á la Comadrona nos mandara á llamar en caso de repetirse.

Eran las siete y media de la mañana, cuando un nuevo aviso nos hizo levantar apresuradamente de la cama y provistos del globo Champetier, dirigirnos hacia la casa de la enferma.

Al llegar allí nos notifican que no se había repetido la hemorragia, pero que haciendo más de una hora y media que la dilatación era completa y los dolores habían del todo cesado, se empezaba á temer por la vida del infante.

Una sencilla aplicación de forceps nos puso en posesión de un robusto niño que pesaba 3.700 gramos.

Cinco minutos más tarde tiene lugar espontáneamente el alumbramiento, las membranas completas, se hallan rotas de un lado hasta el mismo borde placentario y como fluyera algo de sangre y la matriz débilmente contraída remontaba hasta el ombligo, practicamos una inyección vaginal de dos litros con una solución sublimada 45° lo cual acompañado de ligeros flotes sobre su fondo, hace se retraiga por completo cesando toda pérdida: y después de practicada una rigurosa «toilette» de los órganos genitales externos nos retiramos.

Por la tarde la mujer sigue bien, su temperatura es de 37° 2 la pérdida es moderada é inodora, practicase una irrigación vaginal de dos litros.

La mañana siguiente temperatura 36° 8 nueva irrigación vaginal y el mismo estado satisfactorio continúa todo el puerperio: levantándose la mujer por la primera vez en inmejorable estado el 13 de Agosto.

OBSERVACIÓN NÚMERO 2

El día 13 de Julio del corriente año fuimos llamados para visitar á una mujer habitante en un pueblo próximo de la ciudad: la vimos por primera vez hacia el anochecer del

mismo día: llámase Antonia X, de 46 años de edad y constitución robusta, según nos dicen: su aspecto es el siguiente: Cara extremadamente pálida, labios sin color, mirada apagada, pupilas extremadamente dilatadas, pulso filiforme y depresible, etc., etc., cuyo estado nos indica la anemia profunda en que se encuentra; interrogada su familia y ella misma, nos dice se encuentra en cinta, por la sexta vez, sus últimas reglas datan del 2 de Diciembre último, habiendo pasado un embarazo inmejorable, hasta hace unos 15 días que al levantarse de la cama vió con asombro las sábanas y camisa tintas en sangre: dicha hemorragia duró todo el día hasta la mañana siguiente que habiéndose quedado en cama, se paró por completo; vuelve á los dos días á levantarse y vuelve á repetirse otra vez la pérdida: entonces un médico es llamado que recomienda un reposo absoluto, formulando una poción hemostática; cohíbese de momento, pero no tarda en reproducirse á los siguientes días, continuando así las cosas hasta nuestra primera visita.

Del examen de la enferma resulta al parecer que está en cinta de unos siete meses apenas, un pequeño feto ocupa la cavidad uterina, cuyo fondo remonta á unos tres traveses de dedo por encima del ombligo: por la palpación encuéntrase hacia su fondo y parte izquierda el polo cefálico fácilmente movable gracias á la mucha agua que le rodea: siéntense latir aun que débilmente los latidos cardíacos: y por el tacto nos encontramos con un cuello cerrado, blando y dilatado que atravesamos con el dedo, el cual siente en todos sitios tejido placentario: á causa de nuestro examen una regular cantidad de sangre se escapa al exterior: como no estamos provistos de nada propio para el caso y debido á la gravedad del mismo, nos abstenemos por el momento de obrar por nosotros solos y pedimos un compañero en consulta.

Inyecciones vaginales calientes con una solución antiséptica son prescritas, formulamos al mismo tiempo una poción estimulante con el citrato de cafeína y recomendamos le den con frecuencia cucharadas de vino de Jerez, alternándolo con un nutritivo caldo.

A la mañana siguiente pasamos á ver la enferma cuyo estado parece no se ha agravado á pesar de haber la hemorragia repetido durante la madrugada, acompañada esta vez de moderados dolores; examinada de nuevo, vemos perma-

necesario cerrado aun el cuello, el feto conserva su presentación podálica, pero no se oye en sitio alguno los latidos cardiacos; la hemorragia ha cesado por completo.

Inyectamos debajo de la piel del muslo, unos 60 gramos de suero artificial de Hayem que parecen reanimar algo á la enferma y habiendo sido avisado ya un compañero, aguardamos ponernos de acuerdo con él para obrar más directamente ya que el estado de la mujer nos lo permite.

La junta no tiene lugar hasta la tarde, y después de una lijera conferencia acordamos; practicar la ruptura artificial de membranas (las cuales eran asequibles hacia la parte posterior, gracias á que el cuello presentaba ya una dilatación de seis centímetros) y la conducción de un pie al orificio externo que debía sernos fácil dada la presentación: cinco minutos después, nuestro plán había sido puesto en planta; pero al encontrarnos con el pie en nuestras manos y al considerar la fácil dilatabilidad del cuello y la pequeñez del feto, la tentación de querer terminar, de una vez, se apoderó de nosotros, (quizás en esto procedimos con precipitación) y tiramos de él hasta extraerlo y terminar el parto. Los primeros tiempos fueron fácilmente ejecutados: pero una vez al exterior las extremidades inferiores, el tronco y los miembros superiores desprendidos, fuimos á verificar la maniobra de Mauriceau á fin de desprender la cabeza; esta segunda parte fué algo más laboriosa, pero conseguimos al fin la completa extracción del feto; la placenta y membranas no tardan en ser expulsadas sin la más lijera pérdida; practícase una irrigación vaginal de dos litros; la enferma, aun que presa de extrema excitación nerviosa, encuéntrase al parecer en buen estado relativamente.

Todo concluído ya, sin la más lijera pérdida y bien retraído el útero, parecía íbamos á entrar definitivamente en buen camino: pero cuando tranquilos y satisfechos nos hacíamos tal reflexión y nos felicitábamos por el feliz desenlace, cesa de pronto la excitación nerviosa en que la mujer se hallaba, aumenta la palidez de su semblante hasta convertirse en lívido, tórñase vidriosa su mirada, el pulso huye de nuestros dedos, un frío gracioso invade sus miembros inferiores, el corazón late débil é irregularmente y á pesar de rodearla de botellas de agua caliente y de inyecciones repetidas ya de suero artificial ya de éter, de la ligadura estrecha

de sus miembros inferiores, de esponjas calientes en la región precordial, en fin de todos cuantos recursos son aconsejados en tal caso y pudimos echar mano, cesa el corazón de latir y la mujer se nos muere víctima de un síncope mortal.

Realizado el grado de Doctor en Medicina, fué calificado de Sobresaliente.

Madrid 7 de Diciembre de 1896.—*Ildefonso Rodríguez*, Presidente.—*E. Pérez Zuniga*, Secretario.—*A. Herrero*, Vocal.—*A. Fernández Chacón*, Vocal.

INDICE BIBLIOGRÁFICO

- Alezais.** — De la rupture prématurée spontanée des membranes de l'œuf. Thèse de Montpellier, 1882.
- Auvard.** — De la conduite à tenir dans les cas de placenta prævia. Thèse d'agreg. Paris, 1886.
- Barnes.** — Lectures of obstetric operations, trad. par Cordes. Paris, 1831.
- Boivin (M^{me}).** — Memorial de l'art des accouchements, 4.^a edi. Paris, 1844.
- Bourdier.** — Insertion vicieuse du placenta et taponnement vaginal. Thèse de Doctorat. Paris, 1895.
- Champetier de Ribes.** — De l'accouchement provoqué dilatation du canal genital a l'aide de ballons introduits dans la cavité uterine. Paris, 1888.
- Depaul.** — Leçons de clinique obstetricale. Paris, 1872-1876.
- Duncan (Matthews).** — Sur le mecanisme de l'acc. et recherches sur l'insertion vicieuse du placenta: trad Budin. Paris, 1886.
- Jouve.** — Nouveau traitement des hémorrhagies par insertion vicieuse du placenta. Paris. Thèse Doctorat, 1892.
- Labusquière.** — Hémorrhagies, par insertion vicieuse du placenta. De la meilleure manière de les combattre, d'après deux maîtres de l'Obstetrique française. Paris. Annales de Gyne. et d'Obste., 1896.
- Maygrier.** — Des injections intra-veineuses de serum artificiel a doses massives. Paris. L'Obstetrique, 1896.
- Pinard.** — a) De la rupture prématurée, dite spontanée des membranes de l'œuf humain. Ann. de Gynè., 1886.
b) Leçons faites a la clinique Baudelocque. 1890. Union medicale.
- Ribemont et Lepage.** — Precis d'Obstetrique. Paris, 1894
- Simpson.** — Clinique Obstetricale. 1874.