



Biblioteca
de la
Facultad de Medicina
de la
Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Tesis Dr.

28

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN MARCOS.

FACULTAD DE MEDICINA



TRATAMIENTO DE LAS HEMORRAGIAS

POR RETENCION DE LA PLACENTA DESPUES DEL PARTO.

TESIS

LEIDA POR

Anibal Fernández Dávila.

MEDICO Y CIRUJANO, ANTIGUO INTERNO, POR CONCURSO,
DE LOS HOSPITALES,

PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR.



FACULTAD DE MEDICINA DE LIMA
BIBLIOTECA

LIMA.

IMPRENTA LIBERAL DE F. MASIAS Y C^ª

Calle de la Union (Baquíjano) 317.

1887.

FACULTAD DE MEDICINA DE LIMA.

Decano	Dr. D. Manuel Odriozola.
Sub-Decano	„ „ Leonardo Villar.
Secretario	„ „ José Casimiro Ulloa.
Pro-Secretario	„ „ Manuel C. Barrios.

CATEDRATICOS PRINCIPALES.

Física médica é Higiene.....	Dr. D. Martín Dulanto.
Química médica.....	„ „ José A. de los Ríos.
Historia natural médica.....	„ „ Miguel F. Colunga.
Farmácia (vacante)	„ „ Manuel R. Artola (interino)
Anatomía General y Patológica	„ „ Leonardo Villar.
Fisiología	„ „ Francisco Rosas.
Patología General	„ „ Armando Velez.
Nosografía Quirúrgica	„ „ Belisario Sosa.
Nosografía médica.....	„ „ Manuel Odriozola.
Terapéutica y materia médica.....	„ „ J. Casimiro Ulloa.
Medicina operatoria y Anatomía Topo- gráfica.....	„ „ José María Romero.
Medicina Legal y Toxicología (vacante).....	„ „ Manuel C. Barrios [inter.]
Obstetricia, Enfermedades puerperales y de niños [vacante]	„ „ Ramon Morales.
Oftalmología.....	„ „ Aurelio Alarco.
Clínica médica de hombres (vacante).....	„ „ Leonardo Villar.
„ „ de mugeres id.....	„ „ Armando Velez.
„ quirúrgica de hombres.....	„ „ Lino Alarco.
„ „ de mugeres	„ „ Julian Sandoval.
„ de partos.....	„ „ Ramon Morales.

CATEDRATICOS ADJUNTOS EN EJERCICIO.

Anatomía General y Patológica	Dr. D. Julio Becerra.
Patología General.....	„ „ José María Quiroga.
Fisiología	„ „ Antonio Perez Roca.
Nosografía médica.....	„ „ Juan C. Castillo.

CATEDRATICOS ADJUNTOS.

Dr. D. Tomás Salazar.
„ „ José M. Capitan.
„ „ Leopoldo Donayre.
„ „ Eduardo Sanchez Concha.
„ „ Constantino T. Carvallo.

«Toute femme qui, après être accouchée, a conservé son placenta dans la matrice sans qu'on ait pu l'extraire, est une femme morte.»

PAJOT.

«Jamais d'ergot quand il y a quelque chose dans l'uterus,»

Id.

SEÑOR DECANO:



SEÑORES CATEDRÁTICOS:

Tal vez no existe en la práctica momento más angustioso para el médico, que aquel en que, llamado para tratar los accidentes consecutivos á un parto ó un aborto, se encuentra con una hemorragia que combatir. ¡La hemorragia! ¡Cuántas angustias, terrores y amargos recuerdos no encierra esta palabra para muchos de vosotros! ¿Quién no recuerda esas interminables horas de ansiedad pasadas en medio de la noche á la cabecera de alguna enferma que, en tales casos, mirando al médico como su única esperanza de salvación, le suplica que no la abandone?

La existencia de esa muger, llena todavía de vida, depende de vuestra experiencia, presencia de ánimo y sangre fria. En algunos casos la acción marcha con tal lentitud, que mantiene al médico en una seguridad engañosa; en otros, se desarrolla tan violentamente y con una rapidez tal, que atemoriza aún á los más intrépidos. Ya se requiere una hábil contemporización, ya sólo una rápida decisión puede salvar á la paciente.

Cuando en tales casos se encuentra el médico solo, sin poder tomar consejo sino de sí mismo, debe devorar sus propias angustias para ocultarlas á la familia y á la enferma, presentándoles una fisonomía serena y si es posible risueña. ¡Cuántas veces en semejantes circunstancias se echa de menos la presencia de un compañero, de un amigo!

Son estas alarmas continuas las que gastan la vida del médico más que los trabajos físicos é intelectuales; y el reconocimiento que algunas veces se obtiene como de limosna, se compra infinitamente más caro de lo que el vulgo imagina. Cuando, lo que es más frecuente, esta indemnización moral falta ó creen no deberla, mediante el pago de una mezquina retribución pecuniaria, felizmente le queda al médico la conciencia del deber cumplido.

El partero que ha seguido desde su principio las diversas faces de un desembrazo, tiene indudablemente el poder de dirigir en cierto modo la marcha de la acción: unas veces conteniendo un comienzo de hemorragia mediante los astringentes, las inyecciones, el taponamiento, etc., otras, acelerando o retardando el trabajo, según los casos. Pero cuando es llamado después de un parto y se encuentra en presencia de una hemorragia considerable que ha durado algunas horas, conduciendo á la paciente al borde del sepulcro, y que apenas practicado un sucinto exámen, es acosado por la familia con ansiosas y abrumadoras preguntas, es entonces, repito, cuando el médico necesita más sangre fria, mayor firmeza y mucha presencia de ánimo.

I.

Las hemorragias de que voy á ocuparme son aquellas que se verifican después de la salida del feto, durante la expulsión de la placenta ó después de ella.

Se dividen naturalmente en dos clases:

1.^a Hemorragias que acompañan á la retención de la placenta.

2.^a Hemorragias que comienzan ó continúan después de expulsada la masa placentaria.

En ambos casos, la causa principal y casi única, es la *inercia uterina* primitiva ó secundaria.

Si cuando sobreviene una hemorragia durante el trabajo, ésta requiere una intervención tan activa, al verificarse durante la expulsión de las secundinas, dicha intervención es aún más necesaria, pues las hemorragias á que dicha expulsión puede dar lugar, son capa-

ces de hacer sucumbir en muy corto tiempo á una mujer poco antes en la plenitud de la vida.

Por ser bastante conocidas de vosotros las causas y síntomas de la inercia uterina, prescindo de su descripción y paso á ocuparme del tratamiento preventivo y curativo de estas hemorragias, objetivo principal de este trabajo.

Cuando una hemorragia tiene por origen la inercia uterina, puede sobrevenir tan repentinamente después de la salida del niño, que á veces no es posible ni aun sospechar su aparición, ya se encuentre la placenta en la matriz ó acabe de ser arrojada; pudiendo decirse de un modo general que mientras exista en su cavidad un cuerpo extraño cualquiera, se llame placenta, cóagulos, membranas, etc., la hemorragia será siempre de temerse. Algunas veces sobreviene con tal abundancia, que justifica el calificativo de *fulminante* que se le ha dado. Esto depende en gran parte de la composición de la sangre, pues mientras en algunas mugeres, sobre todo en las del campo, tiene gran tendencia á la coagulación; en otras, especialmente en las que habitan ciudades, como nuestra capital de clima esencialmente anemizante, presenta una gran fluidez y la tendencia opuesta.

La hemorragia puede ser interna, externa ó mixta, siendo esta última, la más frecuente.

Cualquiera que sea la forma, la exploración con sus variados medios nos suministra preciosas indicaciones, pues mediante ella podemos averiguar si la placenta está desprendida ó adherente, si existen cóagulos en el útero, ó él se encuentra en estado de vacuidad, etc., desprendiéndose de allí las indicaciones del tratamiento, siendo las principales las siguientes:

- 1.^a Limpiar el útero.
- 2.^a Despertar su contractilidad lo más pronto posible.
- 3.^a Impedir el aflujo de sangre, su extravasación y salida fuera del útero.
- 4.^a Combatir los efectos inmediatos y consecutivos de la hemorragia.

Las dos primeras indicaciones se refieren más especialmente al tratamiento preventivo ó profiláctico; las dos últimas, al curativo.

Voy á ocuparme sucesivamente de cada una de ellas.

II.

Respecto al modo de llenar la primera indicación, no están de acuerdo los especialistas, pues mientras en Francia la mayoría de ellos con el profesor Pajot á su cabeza, carecen de la audacia que requiere el adelanto actual de la Tocología por aferrarse á las tradiciones de la escuela francesa, en Alemania, Inglaterra, Austria, Estados Unidos, etc., con algunas excepciones, son más atrevidos y van tal vez demasiado lejos, aunque los resultados obtenidos por éstos, sean más favorables comparados con los de aquéllos. Entre ambos se coloca un tercer grupo formado por los que, prescindiendo de las preocupaciones de los primeros, rechazan el exclusivismo de los segundos, tomando de ambos lo que la práctica ha demostrado ser más favorable.

El tercer período del trabajo, la expulsión de la placenta y accesorios, ha dado lugar á tres grandes métodos.

1.º El método antiguo, de *expectación*, que consiste en aguardar á que la matriz expulse placenta y membranas, sin ninguna ayuda artificial, salvo que una hemorragia ú otro accidente grave, reclame su extracción. Modificado sucesivamente, constituye hoy lo que Charpentier denomina: *método francés*.

2.º El método moderno, llamado de *intervención*, primitivamente *método de Dublín*, en la actualidad *método de Credé*, trata de obtener á todo trance la expulsión de la placenta y accesorios; y

3.º El *método ecléctico*, que es un término medio entre la expectación llevada al extremo y la intervención prematura.

Voy á procurar exponer sumariamente estos métodos, indicando sus ventajas ó inconvenientes.

MÉTODO EXPECTANTE. — Prescindiendo del método antiguo de *expectación pura* que ha caído en desuso, me limitaré á exponer el método francés.

Hé aqui en resúmen el procedimiento empleado por el profesor Pajot:

“Una vez cerciorados de que la placenta está despegada, se coje el cordón umbilical, se le arrolla dos ó tres veces al rededor del dedo hasta que la mano llegue

al contacto de la vulva, Se tira entonces suavemente el cordón que se relaja por sí solo á medida que la placenta progresa en su salida de la matriz, continuando la tracción del cordón *sin soltarlo ni abandonarlo jamás*, aun cuando dicha operación debiera durar una hora. Todo se reduce pues á estas dos palabras: *tirar* (tendre) y *esperar*, siempre que haya *certeza* de que la placenta está desprendida.

Si la placenta no está desprendida, no se debe tirar el cordón bajo pena de invertir el útero ó causar accidentes funestos como hemorragias formidables, etc. El partero deberá limitarse en estos casos á colocar á la paciente al través de la cama, introducir los dedos con suavidad y siguiendo el cordón hasta tocar la placenta, tratar de desprenderla, y si no es posible, sacar todo lo que se pueda colocándolo con cuidado sobre un plato, á fin de darse cuenta de lo que pudiera faltar para el completo de la secundina, terminando por hacer inyecciones antisépticas que se renuevan en los dias siguientes.

Tratándose de una muger parida desde dos ó tres dias ántes: ¿que se debe hacer? Poco de bueno, “sin embargo, se emplearán todos los medios necesarios *menos la violencia*.”

Varios son los reproches de que es suceptible este método; me limito á citar los tres siguientes:

1.º Está fuera de toda duda que cuanto más se aguarda, es más marcada la retracción del cuello uterino, haciéndose, por consiguiente, más difícil extraer la placenta.

2.º Expone á tener que luchar contra la retracción del orificio interno del cuello, á contracciones dolorosas de mayor ó menor intensidad y duración, á hemorragias, etc., que extenúan á la paciente y le hacen sufrir, según la expresión del mismo Pajot, “un verdadero *parto pequeño* después del grande.”

3.º En fin, la retención de la placenta ó sus anexos, trae consigo la putrefacción con sus funestas consecuencias: auto-infección, septicemia, etc., disminuyendo, en una palabra, las probabilidades de éxito favorable.

Como se vé, este procedimiento inmejorable en el fondo, expone á infinitos peligros por falta de atrevi-

miento en su ejecución y en cierto modo no corresponde á las siguientes palabras con que dicho profesor, comienza su importante exposición. “Toda muger que después de haber parido, ha conservado su placenta en la matriz sin que se le haya podido extraer, es una muger muerta....Jamás, pues, dejeis una placenta en el útero y no os detengais para extraerla, sino ante la violencia que mataría á la muger, más seguramente todavía, ó por lo menos más inmediatamente.”

Comparando dicho profesor su procedimiento en cuanto á los resultados con los que dá la expectación absoluta, presenta la siguiente estadística: Sobre 68 casos de retención placentaria, en que las mugeres quedaron abandonadas á los esfuerzos de la naturaleza, murieron 60; por el contrario sobre 120 casos idénticos en los que se extrajo la placenta en tiempo útil, estando algunas de las pacientes extenuadas por pérdidas más ó menos abundantes, cuando se les socorrió, sólo sucumbieron 4. Y pregunta, ¿“hay algo más elocuente que tales cifras?—60 sobre 68; 4 sobre 120.”

Juzgada así la expectación absoluta, veremos luego, comparando estas cifras con las que arrojan los otros métodos, de qué parte quedan las ventajas.

MÉTODO DE INTERVENCIÓN.—*Método de Credé*.—El método de Credé no es más que una exageración del de Dublin, que consiste en seguir la retracción del útero, ayudando por presiones moderadas á la salida y nó á la expresión de la placenta.

Los partidarios del método de Credé afirman que, en general, es posible extraer las secundinas, ejecutando lo que denominan *expresión uterina*, que consiste en mantener la mano aplicada sobre el útero para vigilar su retracción, aguardar el retorno espontáneo de una contracción uterina, coger el fondo del órgano á mano llena y comprimirlo de modo que se haga salir la placenta, *exprimiéndola*, por decirlo así. Agregan que, en la generalidad de los casos y en manos expertas, se extrae de este modo la placenta en 4 ó 5 minutos con buenos resultados.

Esto, tratándose de la placenta despegada; pues, cuando adherida, afirman los partidarios de la intervención, que no basta como dice Pajot *intentar* desprenderla, es

urgente *verificar* su extracción por todos los medios posibles, mediante la dilatación con el dedo ú otros instrumentos, á fin de poder introducir la mano y efectuar la limpieza de la cavidad uterina, *antes* de que sobrevenga la descomposición de los residuos placentarios, y no *después* de comprobada la putrefacción, como quiere Pajot. Si la mano no pudiera ser introducida, se recurre á diversos instrumentos tales como la *pinza-forceps* y la *pinza-cucharilla*, preferible á aquélla por ser de fácil introducción aun para orificios muy pequeños. Con éellos se extrae la placenta, membranas, coágulos, etc. y se hace una limpieza completa en la cavidad uterina.

Refiriéndose á la pinza-cucharilla, dice Pajot: “este instrumento ha salvado la vida á muchas mugeres.”

Ultimamente Doléris ha propuesto sustituir á la cucharilla, tachada con alguna razón de brutal y peligrosa, el *escobillón*, que posee sus ventajas, sin adolecer de sus defectos.

Los detractores de este método alegan:

1.º Que la expresión no produce buenos resultados, sino cuando se consigue, lo que no sucede siempre, reanimar las contracciones uterinas, y que durante este tiempo la muger pierde mucha sangre, lo que la hace inútil en tales casos.

2.º Que es sumamente dolorosa para la enferma.

3.º Que expone á dejar en la cavidad uterina, restos de cotiledones placentarios, de membranas, etc., dando lugar á hemorragias, ya durante la expulsión de la placenta, ya después de élla.

4.º Puede ocasionar metritis á causa de las presiones exageradas que se practican sobre la matriz.

A ésto se puede contestar que es verdad que los partidarios y discípulos de Credé han ido más lejos que su maestro, pues las fricciones circulares violentas, las presiones igualmente violentas ejercidas de arriba hácia abajo y, por último, el utilizar la primera contracción para cojer inmediatamente el útero, son exageraciones opuestas á las ideas de Credé, quien insiste, al contrario, en la necesidad de no recurrir sino á fricciones y presiones suaves y ligeras.

Respecto á la introducción de la mano é instrumentos, arguyen: la adherencia, á veces íntima, de la pla-

centa á la pared del útero, la alteración y tenuidad de esta misma pared que la exponen á ser perforada, la intolerancia del órgano para traumatismos de esta naturaleza, el peligro de ejercer violencias, la exposición á peritonitis, etc.

En cuanto á las dos primeras causas: adherencias de la placenta y tenuidad de la pared uterina, es natural suponer que cuanto más tiempo pase, se acentuarán más y el peligro será mucho mayor; y por lo que hace á las últimas, éllas son más raras de lo que se cree y el práctico ilustrado debe saber á qué atenerse sobre los medios que emplea y la medida que se debe guardar.

Las siguientes son las cifras estadísticas presentadas por Baruch al Congreso de Copenhague, comparando el método expectante con el de Crédé:

Sobre 1,780 casos de expulsión de secundinas, por el método expectante, sobrevinieron hemorragias en 0.3% del total: 1.3% de adherencias y retención de porciones placentarias, con una mortalidad de 1.3%. Sobre 1,611 casos en que se empleó el método de Crédé hubo: hemorragias en 0.8% del total, adherencias en 0.6%, inferior como se ve en 0.7% á la causada por la expectación.

Método ecléctico—Intervenir en unos casos, saber esperar en otros, tal es el método que, en mi opinión, debe ser adoptado generalmente, por ser el más racional, reunir las ventajas de los otros dos y carecer de sus defectos.

Así, por ejemplo, tratándose de la extracción de las secundinas, es sabido que en el trabajo normal, el factor principal y tal vez único del desprendimiento de la placenta es la contracción uterina; *tónica*, cuando preside al despegamiento: *clónica*, cuando determina su expulsión, pues es igualmente sabido que el útero no entra en contracción expulsiva, sino cuando se encuentra en su cavidad un cuerpo extraño, desprendido en su totalidad ó en parte.

Ayudar á la naturaleza mediante fricciones suaves, durante las primeras (tónicas), ó presionando ligeramente cuando sobrevienen las segundas, jamás podrá constituir un peligro, y el resultado final de tales maniobras será desarrollar una viva contracción tó-

nica refleja que, sostenida con cuidado, expelerá la placenta hasta la vulva ó al exterior; las membranas siguen á la placenta en su descenso, y una ligera tracción ejercida en ese momento sobre el cordón, obrará en la misma dirección que la expulsión espontánea. Es de advertir que, si para conseguir la salida de la placenta, debe obrarse *durante* una contracción, para obtener la salida de las membranas, debe aguardarse el *intervalo* de dos contracciones, pues la relajación que sufre el útero en tal momento, facilita su completa expulsión.

Pero para que estas maniobras se limiten á producir sus buenos efectos es necesario que se practiquen entre diez y veinte minutos después del parto, siendo entonces sumamente fáciles y de sencilla ejecución, suprimen casi del todo el temor de hemorragias y constituyen, en cierto modo, el método por excelencia de extracción de la placenta.

Una conducta equivalente deberá observarse tratándose de la intervención instrumental. Creo conveniente agregar que, para facilitar cualquiera operación que se practique sobre los órganos genitales, especialmente si se presentan espasmos vaginales, se debe recurrir al empleo de uno de los preparados de coçaina en solución ó en pomada al 5 %, ó mejor aún á la cocaina pura en vaselina líquida medicinal con que se friccionarán las partes que deban sufrir dicha operación.

Siguiendo un procedimiento análogo al descrito se han obtenido los siguientes resultados deducidos de la estadística:

Así, en el servicio del doctor Braun, de Viena, para limitarme á solo un ejemplo, sobre 13,904 partos verificados en los últimos cuatro años, la morbilidad puerperal media, ha sido de 6.78 % y la mortalidad de 0.44%. Sobre este elevado número de partos, únicamente en 56 casos se recurrió al desprendimiento manual de la placenta y sólo hubo una defunción por esta causa, lo que dá 0'37% de mortalidad, para la extracción artificial de las secundinas.

Ahora, si comparamos estas cifras con las del Profesor Pajot, que ántes he citado, vemos: que existe una notable diferencia entre ambas. Desde luego, dicho Profesor no indica la cifra de morbilidad; y en cuanto á la de mortalidad, consigna 4 defunciones sobre 120

casos de extracción manual de la placenta, es decir, 3.33%, mientras que en la anterior estadística sólo hay un caso fatal sobre 51 de intervención, es decir, 1.96% ¡“terrible elocuencia de los números!”

III.

En cuanto á la 2ª indicación: *despertar la contractilidad uterina lo más pronto posible*, son variados los medios que se emplean. Desde luego, el hecho mismo de la extracción de la placenta, excita las contracciones de la matriz, las que deben ser activadas por fricciones sobre el fondo y cuerpo del órgano, titilaciones del cuello, introducción de la mano en la cavidad uterina para excitar su superficie interna y por último, administrando el cornezuelo de centeno y mejor aún el sulfato de quinina. Para justificar esta última aserción voy á comparar el valor oxitócico de ambas sustancias.

El Profesor Pajot ha enunciado respecto al cornezuelo la siguiente ley; “*En tanto que el útero contenga algo; (feto, placenta, membranas, coágulos) no dar jamás cornezuelo de centeno.*”

En apoyo de esta ley podríamos citar multitud de estudios y experimentos modernos que han dado á conocer la verdadera acción fisiológica de esta sustancia, pero nos limitaremos á transcribir las siguientes conclusiones del Dr. H. Pot, porque éllas resumen el estado actual de la ciencia á este respecto:

1.^a El cornezuelo de centeno es un estimulante de los órganos musculares huecos de fibras no estriadas, cuya contracción favorece; 2.^a Obra especialmente sobre las fibras musculares del útero, determinando un estado de espasmo tónico; 3.^a Sin embargo, su acción sobre el útero es incierta, unas veces determina la contracción del órgano entero, otras, la de pequeñas partes de este órgano; 4.^a La vida del niño puede peligrar por la absorción del aceite esencial de cornezuelo; 5.^a Administrado después de la salida del leto y antes de la extracción de la placenta y membranas, puede impedir la expulsión de estos anexos y ser la causa directa de una septicemia pueperal; 6.^a El uso del cornezuelo en obstetricia, debe limitarse á los casos en que después de expulsada la placenta, el útero no se contrae ó que ha-

biéndose contraído una primera vez, tiene tendencia á relajarse. Aún en estos casos, no se debe confiar ciegamente en él, sino agregar á su acción todos los medios que se usan habitualmente, para hacer contraer el útero. (1)

El cornezuelo es pues peligroso, no solamente para el feto, sino también para la madre. Para el primero, porque á causa de la contracción espasmódica, tetánica que produce, mantiene el útero en un estado de tensión que modifica profundamente la circulación útero-placentaria, lo cuál no soporta impúnemente el feto, sin estar expuesto á sucumbir.

No es ésto lo único, pues según Schroeder, á causa del estado de contracción permanente en que se encuentra el útero bajo la acción de dicha sustancia, el que no es interrumpido por ningún intervalo de reposo, deja de verificarse en la región placentaria el cambio gaseoso normal, y el niño se asfixia.

Hay más aún, el cornezuelo durante el parto, no se limita simplemente á reforzar y prolongar las contracciones uterinas, vá más léjos, cambia sus caracteres fisiológicos en el sentido de que suprime los intervalos de reposo tan marcados, tan regulares, que separan las contracciones uterinas normales y produce la retracción del cuello sobre el feto, comprometiendo directamente su expulsión espontánea ó su extracción.

De una manera indirecta, compromete también la existencia fetal, pues produciendo la retracción uterina aplica fuertemente las paredes de la matriz sobre el feto, haciendo de ese modo difícil y á veces imposible la extracción del niño en los casos en que ésto sea indispensable.

En cuanto á la madre, el cornezuelo administrado después de la salida del feto para obtener la expulsión de la placenta, coágulos etc., ejerce su acción indistintamente sobre todas las partes del útero: cuerpo, fondo y cuello, tetaniza este órgano, oponiéndose así directamente al objeto que se procura alcanzar, y justificando en cierto modo el que se sustituya la denominación de *pulvis ad partum*, que se le había dado, por la de *pulvis ad mortem* con que se pretende calificarlo.

[1] Dr. H. Pot-The Medical Record.

Con mucha razón, el profesor Tarnier, terminaba su informe á la Academia en 1872 con estas palabras: "Si se hiciese un paralelo entre los casos en que el cornezuelo ha sido nocivo y aquellos en que ha sido realmente útil, creo que los primeros serían mucho más numerosos."

Es ya tiempo de ilustrar á este respecto á nuestras obstetrices, pues la mayor parte de éllas, educadas en la antigua escuela, prescriben el cornezuelo ó sus preparados, cualquiera que sea el periodo del parto: ya tratándose de combatir una hemorragia post-pueperal, ya para apresurar la expulsión de las secundinas, ya en fin, como medio de activar un trabajo perezoso.

Deberían sujetarse en el uso del cornezuelo, á los siguientes principios que, de acuerdo con Charpentier, podemos deducir de la enunciada ley del Profesor Pajot y del conocimiento que hoy tenemos de su acción fisiológica real.

1.º No dar jamás cornezuelo *antes* de la salida del feto y de la placenta.

2.º No darlo tampoco *mientras* no hayan sido expulsadas las secundinas.

3.º Cuando el útero no contenga ni sangre, ni coágulos, en una palabra, cuando esté *completamente vacío*, sólo entónces se administrará el cornezuelo.

4.º Hay un último caso en que está indicado, y es contra las hemorragias por congestión uterina, cuya causa es la evolución incompleta del útero.

Es, pues, indispensable limitar el empleo del cornezuelo en obstetricia, á las hemorragias que sobrevienen después de la expulsión de la placenta.

Restringido así el uso del cornezuelo, ó mejor dicho, limitado á su verdadera acción favorable, era necesario poseer otro agente que lo reemplazara en los casos en que aquél está contraindicado. Este agente, cuya acción sobre el útero es conocida desde hace mucho tiempo, pero cuyo empleo no se ha generalizado, ó por el monopolio de que como ebólico disfrutaba el cornezuelo, ó bien á causa de su reconocida especificidad para combatir las afecciones de origen palúdico, es el *sulfato de quinina*, que con mucha razón ha sido llamado por Sydenhan: *sagrada áncora de salud*.

Hace más de 12 años, decía un atrevido experimentador: “la clínica ha demostrado que en la mujer el sulfato de quinina hace contraer el útero, de donde resulta que este medicamento sería un excitador de las fibras lisas,” y poco después agrega: “siendo así, se comprende que la quinina se recomienda particularmente en la fiebre puerperal, impidiendo que el orificio del cuello uterino y los vasos de este órgano, queden abiertos. También se habrían reconocido en el sulfato de quinina, propiedades oxitócicas.” (1)

A su vez el Dr. A. Monteverdi de Cremona, después de un estudio concienzudo del asunto, explica así la acción fisiológica de dicha sustancia: “media hora después de su administración, sobrevienen en el útero contracciones suaves é indoloras que se prolongan gradualmente y se hacen más fuertes, presentando intermitencias marcadas que las asemejan á los dolores ordinarios del parto, durando sus efectos cerca de dos horas.” Juzga que la quinina es preferible al cornezuelo, porque su acción es más segura, las contracciones que produce son más regulares y naturales en su carácter y por último, porque puede ser administrada en cualquier periodo del parto.

Confirma en cierto modo las anteriores ideas, el Dr. A. Mullan, de Lóndres, quién basándose en recientes, numerosos y serios experimentos, formula las conclusiones prácticas siguientes: 1.^a “La quinina administrada en polvo á la dosis de 4 ó más granos, despierta las contracciones en 20 ó 30 minutos; repetida de media en media hora, mantiene su intensidad; 2.^a Las contracciones que produce no son continuas como las del cornezuelo, sino intermitentes como las del trabajo normal, siendo evidente que ellas no son el resultado de un estímulo especial ejercido sobre el útero solo, sino de un efecto tónico producido sobre toda la economía, pues á menudo la enferma se siente más fuerte. 3.^a La acción producida, cuando el cornezuelo es dado solo, en los casos en que la paciente está ya cansada y sin fuerzas, parece agotarse con la expulsión del feto, quedando entónces el útero en un estado de verdadera parálisis, incapaz para contraerse de nuevo y expulsar la

[1] A. Rabuteau—Elements de Thérapéutique.—2^o Edit. 1875.

placenta; de allí la hemorragia y la necesidad de la intervención, efecto que no se produce cuando la quinina es administrada á tiempo, ya sola, ya antes del cornezuelo. 4.^a Se puede emplear la quinina cuando el cornezuelo está absolutamente contraindicado, y ésto, con seguridad completa para la madre y el niño.”

Aparte de los efectos que acabo de mencionar, produce otro no menos importante y que se relaciona más directamente con el asunto de que me ocupo; me refiero al empleo del sulfato para combatir las hemorragias *post-partum*. En efecto, por su acción sobre los vaso-motores y la circulación en general, combate las hemorragias secundarias contribuyendo así á verificar la limpieza del útero.

Confirma algo esta manera de pensar, el malogrado Rabuteau cuando dice: “la quinina ha sido empleada en la metrorragia” y mejor aún Cordes, de Ginebra, al calificar el sulfato de quinina como un *útero-motor* que facilita la expulsión fuera de la cavidad uterina, de todo cuerpo extraño, como coágulos, restos placentarios, etc.

Por último, y como simple mención, citaré los maravillosos efectos del sulfato en las hemorragias dependientes del paludismo, que son bastante conocidas de todos.

Me he limitado á exponer las opiniones y experimentos más recientes y autorizados, sobre la acción oxi-tócica de esta sustancia. Hubiera preferido citar hechos y experimentos propios en su apoyo, pero los que poseo son tan pocos é incompletos que no bastarían para constituir prueba científica. Sería de desear que algunos de nuestros prácticos, principalmente los de hospital, que disponen de una esfera de acción más lata, hiciesen en este sentido los estudios indispensables.

IV.

La 3.^a indicación: *impedir el aflujo de sangre, su extravasación y salida fuera del útero*, se llena, aparte de los medios citados anteriormente: por la *compresión de la aorta abdominal* y el *taponamiento*.

La compresión de la aorta, que he tenido la oportunidad de emplear en dos ocasiones con éxito satisfacto-

rio, es un recurso extremo de mucho valor, que está siempre á nuestro alcance y cuya eficacia es tanto mayor, cuanto más pronto se recurre á ella, cuanto mejor se practica y cuánto más tiempo se le prolonga. Ha tenido algunos adversarios teóricos que le han hecho objeciones más ó menos fundadas, pero ante la elocuencia de los hechos callan las teorías más racionales. El único inconveniente, si tal puede llamarse, que yo le he encontrado en circunstancias especiales, es el ser demasiado fatigosa para un sólo médico.

Oponiéndose directamente al aflujo de sangre hácia el útero, llena, pues, principalmente el objeto de esta indicación.

En cuanto al *taponamiento*, cuyo objeto como todos saben, es oponer un dique á la pérdida de sangre, favorecer su coagulación, la que obstruyendo los orificios vasculares pone término á la hemorragia, no es el tan conocido taponamiento clásico que consiste en llenar la vagina con bolitas de hilas, etc, ú otro semejante. Este recurso de un valor más ó menos real, mientras la placenta está adherente ó ligeramente desprendida, sería de un empleo, no sólo peligroso sino también criminal aplicándose á casos en que la masa placentaria ha salido ya de la cavidad uterina y en que, por consiguiente, la hemorragia se verifica por innumerables aberturas vasculares. Con justa razón, ha dicha Charpentier, hablando de este taponamiento, que es el medio más seguro de trasformar la pérdida externa en interna, privándonos de un poderoso auxiliar, cual es la evacuación de la matriz y la excitación directa de su cara interna.

Se trata de un taponamiento especial, debido á Chassagny, que consiste en la aplicación de un aparato que el ha denominado *éltro-pterigoide*, el cuál, modificado recientemente por Hubert, se reduce á un espéculo de box, de 3 centímetros de diámetro, sobre el que se fija una vegiga animal, mediante dos ligaduras sólidas, una de estas divide la bolsa vesical en dos compartimentos, provistos, respectivamente, de un tubo de caucho.

Para usar este aparato, se le introduce en la vagina y se procede á inyectar primero el compartimento inferior, el que, inflándose en el fondo de ese órgano, hace el oficio de tapón vaginal y proporciona un sólido pun-

to de apoyo al compartimento superior, que, distendiéndose á su vez, franquea el cuello de la matriz y vá á comprimir directamente los senos uterinos, poniendo fin á la hemorragia. Este aparato que ha dado á su inventor resultados positivos en los múltiples casos en que lo ha empleado, ha recibido la importante modificación que acabo de indicar y tiende á generalizarse en la práctica.

V.

Queda, en fin, la 4.^a indicación: *combatir los efectos inmediatos y consecutivos de la hemorragia*. Varios de los medios señalados anteriormente concurren á este objeto, por cuya razón me limitaré únicamente á tres que son: *las inyecciones antisépticas, la trasfusión y el régimen*.

Terminada la operación de limpieza, ó más claramente, libre el útero de su contenido, sucederá una de dos cosas: ó su superficie interna permanece aséptica, ó dá paso á los microbios de la septicemia puerperal. Si de un modo cualquiera dichos microbios llegan á introducirse en las primeras vías genitales, su penetración en el organismo, por la herida uterina, no es dudosa.

Por esta razón, el primer cuidado del partero debe ser, impedir que esos micro-organismos lleguen hasta el útero, lavándose las manos, haciendo lo mismo con las de sus ayudantes, los instrumentos, etc., en un líquido antiséptico, ya se trate de una operación seria, ya de un simple tacto.

En la generalidad de los casos, unas cuantas inyecciones vaginales, que podrían ser hechas por la profesora, bastarían como medio profiláctico. Pero, si por incuria ó cualquiera otra causa, se realizase la penetración á la cavidad uterina del microbio específico, la acción del médico debe ser rápida y enérgica, procurando por todos los medios de que disponga, desalojarlo ó destruirlo, siendo uno de los más eficaces, el que hoy se denomina: *antisepsia intra-uterina*.

Hasta hace poco, las inyecciones intra-uterinas eran consideradas como temerarias, citándose en apoyo de este aserto, los frecuentes casos de muerte súbita causados por éllas, debidos probablemente á la penetración en el peritoneo, por la vía de las trompas, del

líquido inyectado. Hoy, el empleo de la sonda de doble corriente y los repetidos éxitos que se obtienen mediante estas inyecciones, aún en los casos más desesperados, les han dado carta de ciudadanía en la terapéutica tocológica y aún en la ginecológica.

Dos son los métodos de antisepsia intra-uterina que se disputan la preferencia: el de inyecciones intermitentes y el de inyección continua. El primero, más conocido y diariamente empleado, consiste en hacer pasar al interior de la cavidad uterina el líquido antiséptico, mediante una sonda de doble corriente. Esta inyección que, en caso necesario, puede repetirse al cabo de 12 ó 24 horas, debe ser practicada por el médico en persona.

El segundo método, cuyo más ardiente apóstol, es el Dr. Pinard, y que podría llamarse *de irrigación continua*, debe reservarse para los casos en que la septicemia haya tomado proporciones de gravedad excepcional.

Respecto al antiséptico que deba preferirse, no hay hasta hoy nada de fijo.

Mucho se ha dicho en pró y en contra del bicloruro de mercurio; sin embargo, numerosos prácticos y experimentadores de nota, están hoy de acuerdo para rechazar el sublimado en obstetricia como antiséptico infiel y peligroso; infiel, porque en presencia de derrames abundantes ó de la sangre que sale, no neutraliza lo suficiente; peligroso, pues dá origen á accidentes graves de intoxicación, sobre todo si existe, como es frecuente, una marcada solución de continuidad en un punto cualquiera del trayecto genital. Todas las tentativas hechas con el objeto de atenuar estos efectos por la dilución excesiva del sublimado ó reemplazarlo por otras sales de mercurio tales como el biyoduro, han fracasado; aparte de otras razones, cediendo á la necesidad que hay de recurrir de preferencia á los agentes antisépticos de reconocida inocuidad. Piensan de esta manera, entre muchos, Friericks, L. Championniere, Doléris, etc, quienes limitan su uso á la desinfección de la piel, manos, instrumentos, etc.

El sulfato de cobre en solución al centésimo y á 36° ó 38° de temperatura, seria, según las experiencias de su promotor el Dr. Charpentier, muy superior á todos

los demás, pues á sus reconocidas propiedades antisépticas, uniría el ser inofensivo para las enfermas, inodoro, hemostático, sin ensuciar las heridas, disminuyendo á la vez la temperatura y frecuencia del pulso. Por mi parte, no habiéndolo usado mas que en un caso, me limito á desear que se multipliquen las observaciones á fin de fijar el verdadero valor del sulfato de cobre en obstetricia.

Mientras tanto, soy de parecer que debemos atenernos, salvo ineficacia palpable ó suma urgencia, á las soluciones fenicadas, cuya proporción puede variar del 5 al 10 y aún, al 20 %.

En resumen, para obtener de los antisépticos únicamente sus buenos efectos, es necesario colocarse en un justo medio y no pecar por exceso ni por defecto.

La *trasfusión de la sangre*, hecha según los perfeccionamientos modernos, es un recurso supremo, al que debemos apelar sin vacilación alguna, sobre todo cuando los otros medios han fracasado. En la actualidad se está tratando de reemplazarla, por las inyecciones intravenosas de agua salada, leche, etc., contando ya algunos éxitos en su favor.

En cuanto al *régimen*, deberá ser *tónico y reconstituyente*; á la menor amenaza de septicemia y aún como profiláctico, se administrará el sulfato ó el salicilato de quinina, cuyo efecto será desembarazar la economía de los productos infecciosos ya introducidos, ó de los que teniendo su origen en un foco secundario, trombos vasculares, peri-uterinos, linfáticos, etc., son susceptibles de hacer irrupción en el organismo. A la vez, deberá darse el alcohol bajo las formas de grog, ponche ó posición de Todd. Estos medicamentos unidos á las inyecciones antisépticas de que me he ocupado antes, previenen ó combaten la fiebre puerperal, bajo sus variadas y temibles formas, fortificando el organismo merced á su acción reparadora.

VI.

Para manifestar las ventajas que proporciona la intervención, aun en los casos más desesperados, me permitiré citar aquí dos observaciones tomadas de entre otras de mi práctica civil.

OBSERVACION 1.^a.—A principios de 1885, fuí solicitado para asistir á la esposa del Sr. P ... en Oruro, (Bolivia.) Dicha señora habia desembarazado de término á las 7 de la noche. Siguiendo una funesta costumbre de aquellos lugares, de no seccionar el cordón hasta la salida de la placenta, se dejó al recién nacido al lado de su madre, hasta poco más de las 10, hora en que fué llamado el Dr. N.... para combatir la abundante hemorragia que habia sobrevenido. Comprendiendo dicho cirujano que élla dependia de una retención placentaria, procedió á ligar y seccionar el cordón, é hizo en seguida todo lo posible por extraer la placenta mediante tracciones que ocasionaron la ruptura del cordón, y no pudiendo vencer la completa retracción del cuello uterino, solicitó mi concurso.

A mi llegada, cerca de la una de la mañana, encontré á la paciente con fuertes vértigos, pulso casi insensible zumbidos de oídos, voz apagada y la vista nublada; la pérdida sanguínea mixta, era enorme, y, cuando en una hemorragia anterior, por aborto, en que yo la asistí, dicha paciente se habia opuesto tenazmente á toda operación, en ese momento la solicitaba por medio de eloquentes signos.

Confiado el deficiente pulso al Dr. N...., introduje la mano en la vagina y explorando el cuello uterino lo encontré tan retraído, que con muchísimo trabajo conseguí introducir la primera falange del índice; forzando algo más, pude deslizar el dedo medio entre aquel y la pared del cuello; ya con ambos dedos, á los que imprimí algunos movimientos de rotación, logré coger el resto del cordón y guiado por él, desgarré la placenta y extraje un primer fragmento. Varias otras veces introduje ambos dedos, cada vez á mayor profundidad. retirándolos con fragmentos placentarios más ó menos considerables, hasta que por fin conseguí introducir los cuatro últimos dedos en su totalidad y sacar el resto que equivalía aproximadamente á la mitad de la placenta. Las lipotimias que habian continuado durante la operación, cesaron, se le administró una dosis de ergotina y la hemorragia, que ya habia disminuido bastante, terminó mediante la retracción del útero. A las 3 de la mañana el peligro urgente habia pasado. Pos-

teriormente no sobrevino ninguna complicación, á excepción de una profunda anémia.

OBSERVACION 2.^a.—La muger X..... de Oruro, desembarazó á las 12 de la noche, en Febrero de 1884, en un rancho perteneciente á una mina ("La Colorada,") poco poblada y algo distante de la ciudad. Siguiendo la costumbre que he indicado ántes, no se seccionó el cordón umbilical hasta que á mi llegada (9 de la mañana siguiente) verifiqué esa operación. La muger, literalmente, nadaba en una laguna de sangre, habiendo durado la hemorragia más de ocho horas consecutivas, tenia el pulso casi imperceptible, y vértigos continuos que alternaban con una somnolencia tenaz.

Explorando, encontré la placenta despegada en un tercio de su extensión y fuertemente adherente en el resto. Ningún auxilio habia recibido la paciente hasta ese momento, y aún á riesgo de que pereciera durante la operación, decidí practicarla inmediatamente. Para éello introduje los dedos índice y medio sucesivamente, pues el cuello del útero se hallaba bastante retraido y comencé el despegamiento, pero la placenta que era friable, se desgarró muy pronto, de modo que tirando del cordón, extraje una buena porción de élla. Continué el despegamiento siguiendo el procedimiento clásico, y después de 15 minutos habia extraido todos los fragmentos placentarios y los coágulos, valiéndome de los dos dedos índice y medio, como de una pinza, unas veces y como de un gancho, otras. Inmediatamente comenzó á disminuir el derrame de sangre y dos horas después habia desaparecido el peligro, pues el masaje externo del útero unido á la extracción de las secundinas, bastaron para producir su retracción. Tampoco sobrevino ningun accidente consecutivo.

De estas dos observaciones, podrían deducirse algunas consecuencias:

En caso de urgencia, el empleo bien dirigido de la mano, puede reemplazar el de los instrumentos perfeccionados de que hoy disponemos.

Aún en los casos más graves, y considerados antes de necesidad mortales, el médico no debe vacilar en intervenir inmediatamente, pues las más veces sus esfuerzos

serán coronados por el éxito, y en todo caso el *shock* que podría resultar de desprender las membranas sería siempre menor que el producido por el taponamiento, medio inseguro y de aplicación morosa, cuyos inconvenientes acabo de poner de manifiesto.

Por último, la no sección del cordón en tiempo oportuno, aparte de lo nocivo que es para el recién nacido, debe influir poderosamente en la mayor adherencia de la placenta con sus funestas consecuencias. ¿Será prolongando la vitalidad de sus inserciones?

VII.

CONCLUSIONES.

1.^a El mejoramiento progresivo de los medios de asistencia, debido al desarrollo de la civilización moderna, es la tendencia que domina actualmente en Tocología, y los verdaderos progresos realizados por ella, sólo han comenzado á palpase desde la generalización del método antiséptico y desde que los partos son asistidos por médicos y parteros. Esta costumbre que ha tardado para establecerse, mayor ó menor tiempo, según los países, lucha aún en el nuestro con poderosos obstáculos, que debemos procurar vencer por todos los medios posibles, pues sólo así progresaremos á nuestro turno, evitando muchas de las terribles consecuencias del parto ó combatiéndolas con éxito desde su aparición. Tal sucede con la inercia uterina, causa tan frecuente de hemorragias.

2.^a Tres son, como hemos visto, los métodos que hoy se emplean para obtener la expulsión de la placenta después del parto: el de expectación, el de intervención y el ecléctico.

Creo haber puesto de manifiesto los inconvenientes de que adolecen los dos primeros, juzgados ya por la práctica y la experimentación, apoyadas por la estadística. Es, pues, al método ecléctico al que debemos recurrir de preferencia en la mayoría de los casos, sin desconocer, sin embargo, que la salida de la placenta está sujeta á diversas modificaciones dependientes de la marcha del trabajo en los primeros periodos del parto, del uso del cloroformo ú otros anestésicos, de la predis-

posición de la paciente á las hemorragias, ya, en fin, de sus condiciones sociales.

3.^a En cuanto al uso del cornezuelo, debemos restringirlo á los determinados casos que he indicado, dando preferencia, cuando se le emplee, á las inyecciones hipodérmicas de ergotina ó mejor aún de ergotina, procurando el médico tener siempre á la mano una geringuita de Pravaz, y una de estas sustancias, lista para ser inyectada.

En lugar de prohibir que se despachen recetas de obstetricas que contengan cornezuelo ó sus preparados, lo que es casi ilusorio, se les debería ilustrar sobre la verdadera acción de esas sustancias, imponiéndoles penas adecuadas en caso de infracción de las reglas, medio mucho más práctico y que produciría mejores resultados.

4.^a Estando casi probado que el sulfato de quinina es un medio eficaz de activar las contracciones uterinas en los casos de trabajo lento, apresurando su terminación y haciéndola más favorable, debe sustituir al cornezuelo, siempre que éste se halle contra-indicado.

Por su acción útero-motriz el sulfato, asociado al cornezuelo, es muy útil en los casos de hemorragia consecutiva, pudiendo á la vez servir de medicamento profiláctico para evitar el desarrollo de la fiebre puerperal, siendo también un agente curativo de gran valor en el tratamiento de las diversas formas de esta terrible enfermedad.

5.^a El método antiséptico que domina hoy toda la Obstetricia, sobre todo desde el descubrimiento de los micro-organismos, debe ser adoptado, por regla general, en todas las ciudades populosas como nuestra capital, no sólo después del parto, sino también ántes y durante él, pudiéndose asegurar que, haciendo la antisepsia preventiva no habría necesidad de recurrir en la generalidad de los casos á la antisepsia intra-uterina y se evitaria toda causa de intervención. Es, pues, indispensable que todo médico ó partera que tenga que practicar cualquier exámen ú operación en los órganos femeninos, aún fuera del estado grávido, emplee con todo rigor los medios antisépticos tanto objetivos como subjetivos, haciendo uso de sustancias de reconocida

acción antiséptica, de dosis fija é inócuas para la paciente.

Tal es el trabajo que me permito someter á vuestro ilustrado criterio.

LIMA, NOVIEMBRE 3 DE 1887.

ANIBAL FERNANDEZ DAVILA.

V.º B.º

ODRIOZOLA.

FACULTAD DE MEDICINA	
BIBLIOTECA	
No. de ingreso	13198
No. de la clasificación	

CUESTIONARIO

APROBADO POR LA FACULTAD DE MEDICINA

PARA EL GRADO DE DOCTOR DE

D. Anibal Fernández Dávila.

Anatomía descriptiva.—Iris.

Física médica é Higiene.—Influencia del calor sobre el desarrollo y ejercicio de las facultades intelectuales.

Historia Natural médica.—Familia de las Convolvuláceas.

Química médica y analítica.—Dosage de la albumina á la cabecera del enfermo.

Fisiología.—Funciones de la médula oblongada.

Anatomía General.—Elementos anatómicos del tejido muscular.

Anatomía Patológica.—Mioma.

Patología General.—¿Cuál es la naturaleza de los agentes infecciosos?

Terapéutica y materia médica.—Acción fisiológica y terapéutica de la antipirina.

Farmácia.—Del mejor procedimiento de preparación de los extractos.

Nosografía médica.—Patogenia y terapéutica de la diabetes azucarada.

Anatomía Topográfica.—Región supra-clavicular.

Nosografía Quirúrgica.—Evolución de los coágulos sanguíneos en los aneurismas.

Medicina Operatoria.—Procederes operatorios para combatir los pólipos naso-retro-faríngeos.—Elección.

26 MAY 1952

23 MAY 1952

17 SEP 1952

20 ENF 1983

O:

s.—*Causas.*

O:

ro sobre el

M:

o bajo del

C:

encial entre
l espasmó-

C:

encial entre

C:

estículo; su

C:

es quirúrgi-
la supura-
a en la eco-

OA

SECRETARIO.

V.º B.º

ODRIOZOLA.

DECANO.



UNMSM - FM - UBHCD



010000072825

Tesis Dr,

28

Tesis Dr.

28

FERNANDEZ DAVILA, Anibal