

2. Que la concentración de los lesionados comprendidos en las modalidades ya expresadas sea inmediata.
3. Reglamentar la atención médica y quirúrgica de los enfermos que requieren varios tratamientos.
4. Investigar nuevos métodos de los que hasta hoy se recomiendan para el tratamiento de las lesiones post y metatraumáticas (secuelas), cuyos frutos traerán un ahorro económico y constituirán un adelanto más en la ciencia médica.
5. Elevar la cultura del obrero para que la técnica en los talleres, patios y caminos sea mejor, desarrollando en él la previsión para que evite el peligro.
6. Depurar los hábitos del trabajador, particularmente combatiendo el alcoholismo, y en el ingreso y reingreso no admitir más que trabajadores capacitados, con hábitos no peligrosos.
7. No aceptar obreros muy jóvenes en trabajos peligrosos.
8. Mejorar la maquinaria y el material en talleres, estaciones y caminos.

## **La Cesárea como Tratamiento del Desprendimiento Prematuro de la Placenta Normalmente Inserta**

**Por el Dr. Bernardo J. Gastélum \***

Uno de los problemas que más me han obsesionado de la práctica obstétrica es el tratamiento adecuado del desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta.

Entiendo por esta complicación, el accidente que tiene lugar en el embarazo caracterizado por el desprendimiento extemporáneo de la placenta al nivel de su inserción normal. Este accidente ocurre en el segundo o tercer trimestre de la gestación, comprendiendo la totalidad o parte más o menos extensa de la implantación placentaria. Se produce el desprendimiento en cualquier lugar de su inserción, lo que no es indiferente para su sintomatología desde el aspecto exter-

\* Presentado por el doctor Gustavo Baz y leído en la sesión del 17 de junio de 1936.

no de la hemorragia, cuando este despegamiento ocurre en la periferia de la placenta.

De las tres zonas en que teóricamente se divide el útero, superior, media e inferior, en la media se implanta normalmente la placenta; y de esta porción media, la cara posterior, anterior, derecha e izquierda, las escoge por orden de frecuencia para su implantación. Cuando la placenta se inserta en la zona inferior, ocasiona trastornos cuya gravedad está condicionada por la proximidad de esta inserción al orificio del cuello uterino; más cercana al cuello uterino quiere decir mayor peligro.

Que la placenta se desprenda prematuramente por una emoción, un traumatismo, una anormalidad en la tensión vascular, un padecimiento de sus arterias o venas, una toxemia, albuminuria con o sin lesiones renales, anomalía de la placenta misma, o bien del cordón umbilical o del feto, infecciones específicas o de otra naturaleza; el hecho es que el partero, a menos que se trate de un traumatismo evidente, o de un padecimiento que haya evidenciado sus exámenes periódicos a la embarazada y cuya utilidad radica en poner en práctica con oportunidad los medios para que el embarazo y el parto se produzcan dentro de lo normal, es de ordinario sorprendido por este accidente, el más grave de los problemas que entraña el embarazo.

Si las leyes biológicas, en su aspecto abstracto, son equivalentes a las leyes físicas, en su aplicación concreta surgen diferencias que se apoyan en el hecho mismo que enjuician. Pues si los elementos que intervienen en el fenómeno físico son susceptibles de manejarse al arbitrio de la inteligencia, frecuentemente no sucede lo propio con la opulenta complejidad del proceso biológico. Todas las causas que hemos enumerado y otras más, pueden provocar el desprendimiento de la placenta; pero repitiendo lo que dice De Lee, ¡cuántas embarazadas sufren uno o más de estos padecimientos o bien de un traumatismo y no obstante no tienen desprendimiento prematuro placentario!

No entra por lo mismo dentro de mi propósito estudiar las causas que provocan esta anomalía, ni tampoco insistir sobre las alteraciones patológicas que presentan la placenta, sus membranas, el útero o el feto. Y, a pesar de que no falta quien asegure que a este trastorno debe de presidirlo una lesión vascular de la placenta, los casos referidos son frecuentes, en que no se descubre lesión vascular y la placenta se desprendió.

Confieso que he llegado a formarme un criterio definitivo sobre

el tratamiento quirúrgico de este accidente, después de un largo período de tiempo de indecisión que fué iluminado eno el valioso consejo de parteros y cirujanos que he conocido durante mis viajes, y además de casos personales entre los cuales algunos dejaron una huella imborrable en mi espíritu.

De estos casos, en uno la embarazada era hermana de un compañero, discípulo y amigo mío. En otro, se trataba de una joven señora, procedente de Hermosillo, Sonora. No pude llevar al espíritu de los médicos que la atendían, mi convicción de que el tratamiento aconsejado en los textos de obstetricia, y que iban a poner en práctica, escondía en su aparente simplicidad peligro de muerte para la enferma. Hay que haber asistido a casos de desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta, y reflexionar un instante sobre lo que está aconteciendo, para rechazar, por absurdos, métodos que aún continúan formando parte de la terapéutica obstétrica.

Recomiendan los textos: Rómpanse las membranas, que con ello recibirá el útero cierto estímulo que lo hará contraerse. Obsérvese el estado del cuello, dilatándolo hasta lo necesario si no se encuentra en esas condiciones, y en seguida, se saca el niño con forceps si la cabeza está cerca; si no lo está y en su lugar se presentan las nalgas, se hace la extracción por los pies mediante la maniobra de Braxton-Hicks; una tracción de medio kilo sobre los pies excita el cuello, dilatándolo, las contracciones uterinas se despiertan, la hemostasis se logra, alcanzándose después de este laborioso trabajo vaciar el útero. Si no es posible llevar a cabo la extracción de los pies, recurrir al coiperinter poniendo en un extremo un peso de un kilo y en tanto obra, sostener a la paciente por los medios conocidos: suero glucosado, transfusión sanguínea, tonicardíacos, etc. Si las maniobras descritas no han tenido éxito, inyéctese pituitrina a través de las paredes del vientre directamente en la musculatura de la matriz. Y cuando todo no baste, hágase la cesárea.

Todos estos consejos me recuerdan el niño hambriento de Schopenhauer:

“Una vez que el pan estuvo cocido,  
el niño hambriento había fallecido.”

La rotura de las membranas que tiene su aplicación en los casos de inserción lateral de la placenta, porque una vez estas membranas rotas dejan de hacer tracción sobre la masa placentaria y de despren-

derla, hecho que está provocando la hemorragia, se ha recomendado, seguramente, por un razonamiento de simple extensión que se basa en la hemorragia, a un caso como lo es el desprendimiento prematuro de la placenta, que escapa al motivo que lo funda en la placenta previa.

¿Qué se alcanza sobre la masa placentaria desprendida con la rotura de las membranas? ¿Acaso habrá medio de explicar que esta rotura, útil porque tiene como motivo una situación lógica en la placenta lateral, va a obrar en el caso que tratamos cohibiendo la hemorragia? Procedimiento que no tiene ninguna función, pues la que se le señala, de promover la contractilidad uterina porque disminuyendo la tensión uterina se recobra de su tonicidad, caso de ser cierto, que nadie ha comprobado, no aportaría menos hemorragia y, en cambio, poniendo en comunicación con el exterior la cavidad del huevo, expone a los peligros sépticos, y la hemorragia continúa. Ahora si el cuello no está dilatado, que es hecho corriente, las maniobras para lograrlo suponen una pérdida de tiempo que no es menor de media hora en el mejor de los casos, y hay que recordar que estas maniobras—de Bonnaire—se están practicando en una mujer con hemorragia y cuyas condiciones distan mucho de ser tranquilizadoras. Fijémonos, desde luego, que lo actuado no es más que el primer tiempo de la verdadera intervención que vamos a practicar, y que puede consistir en una aplicación de forceps, o en una extracción del niño por los pies por medio de la maniobra de Braxton-Hicks, atendiendo a la proximidad de la cabeza o de las nalgas. He visto hacer estas cosas. El niño se ha logrado sacar, pero al niño muerto ha seguido pronto la madre.

Se comprende, sin grandes esfuerzos, que una hemorragia de la importancia que determina el desprendimiento prematuro de la placenta no da espera para estos procedimientos, y que, recurrir a ellos, atraído por su aparente sencillez en perspectiva de una operación tan impresionante como la cesárea, es correr a la muerte de la enferma. Quien haya tenido la oportunidad de dilatar el cuello uterino sabrá apreciar la pérdida de tiempo que supone. Quien haya efectuado una versión en condiciones menos impresionantes que el accidente que relato, se dará cuenta exacta de lo que vamos a obtener como compensación a nuestro empeño. ¿Será necesario subrayar lo absurdo de recurrir al colperinter, o a las inyecciones de pituitrina en la musculatura uterina?

El desprendimiento de la placenta normalmente inserta puede ocurrir en el curso del embarazo o durante el trabajo; puede ser total o parcial, coincidir la hemorragia interna con la externa, presentarse en una múltipara en vez de en una primípara que es lo corriente; sorprender al partero porque el embarazo hasta ese instante haya sido normal, o bien ser un acontecimiento esperado por antecedentes que sufra o haya padecido la mujer. En presencia del hecho el partero debe tener un concepto terapéutico definido porque a él está condicionada la vida de su enferma. Y ese criterio no debe ser otro que la cesárea.

Criterio formado no significa que se proceda ciegamente, es decir, a desprendimiento prematuro de la placenta sigue una cesárea sin otra consideración. Hablo para médicos, para profesionistas que tienen de cada uno de sus casos juicio inteligente. La medicina no es matemática. Las condiciones de la enferma y la naturaleza del desprendimiento son puntos que iluminan la situación. Pero no hay que olvidar que la cesárea es el tratamiento científico del desprendimiento prematuro de la placenta durante el embarazo y durante el trabajo si las condiciones de la paciente lo permiten. Si no lo permiten, la vida de la enferma queda sujeta al azar, todo depende del momento en que ocurra este accidente.

En la imposibilidad de establecer normas para todos los momentos, puedo exponer ciertas ideas directoras: Si el desprendimiento ocurre al principio del trabajo, hágase la cesárea. Si ocurre en tiempo en que ya no podemos hacerla, elevemos todo lo que sea posible la coagulabilidad de la sangre, sostengamos a la enferma por los medios que ya nos son conocidos, hagamos el parto rápido por el forceps o la versión dilatando antes el cuello, y violentamente bajemos el útero con dos pinzas de Mussex, para torcer las arterias y cohibir la hemorragia; si esto no basta, y, sin titubear, poner una pinza de cada lado tomando la uterina sin comprender el uréter. Un ayudante, después de extraído el niño, comprime la aorta en el vientre y en sitio acostumbrado, y no incurrir en el error, si las membranas tienen tiempo de rotas y el líquido amniótico se ha vaciado, de pretender hacer la versión.

Extraído el niño, prontamente debe cohibirse la hemorragia; pequeñas cantidades de sangre tienen en estos instantes importancia trascendental, y para evitarlo, nada hay mejor que lo que recomendé anteriormente: bajar la matriz con pinzas y comprimir las uterinas

si no bastó lo anterior. En seguida, si la placenta está por algún sitio adherida, se acaba de desprender con la mano.

Lo demás que viene, transfusión, suero, etc., es conocido.

Pero todavía nos resta un problema, una incógnita que ignoramos en qué forma vaya a resolverse, y es la contractilidad uterina, su tonicidad. Si despierta en breve, la vida de la enferma está asegurada. Soltaremos lentamente la matriz para que regrese a su sitio. Quitamos las pinzas a las uterinas, que por mayor que haya sido su traumatismo tienen gran posibilidad de recobrar. Si la tonicidad y contractilidad del útero no se recuperaran, entonces habrá que quitarlo practicando una histerectomía por la vía vaginal, que en estos momentos es una operación muy grave.

Antes de relatar, para terminar esta comunicación, la historia clínica de mi último caso de cesárea, quiero insistir todavía sobre algunas ideas ya expuestas, porque deseo sinceramente contribuir a la formación de un criterio definitivo sobre este tema, y a que desaparezcan de los textos de obstetricia esos procedimientos absurdos a que me he referido y que tanto continúan perjudicando a las enfermas víctimas de este accidente.

Lo que he recomendado como tratamiento en casos de desprendimiento ocurrido durante el curso muy avanzado del trabajo, como se comprende, da posibilidades limitadas de vida para la paciente. Esto debe advertirlo el médico; también debe convencerlo de que no se conoce el futuro de una embarazada que en buenas condiciones para ser intervenida, en lugar de una cesárea, se ponen en práctica los métodos a que me he referido creyendo que todo va a resolverse bien.

No dejarse ilusionar, ni sorprender por la buena fe y el optimismo de compañeros que con seguridad no se han visto frente a este problema tan serio. Quisiera estar autorizado para reproducir aquí opiniones recogidas personalmente de médicos eminentes sobre este punto.

Sé muy bien que hay espíritus dialectos que censurarán verme preconizar una conducta tan definitiva. Pero debo responder desde luego que este punto de la obstetricia debe salir de las nebulosidades terapéuticas y proyectarse en un horizonte más claro si queremos salvar las vidas a nosotros confiadas. La obstetricia en algunos de sus más importantes aspectos no ha evolucionado bastante porque es raro el partero de temperamento quirúrgico, y muy frecuente el que lo

tiene de médico. Pero varios de sus problemas no son médicos sino quirúrgicos y se comete un grave error al quererlos resolver en aquella forma.

Pues bien, el desprendimiento prematuro de la placenta es un problema quirúrgico. La placenta desprendida jamás se volverá a adherir. No vaya a contestárseme que hay desprendimientos inofensivos. Lo sé, muchas ocasiones ocurren en diversos lugares de las porciones medias de la placenta y sólo producen pequeños tumorcitos sin mayor trascendencia; pero de esta clase de desprendimientos limitados que sólo se reconocen a la investigación anatómo-patológica no nos ocupamos, ya que prácticamente permanecen ignorados (hematomas retro-placentarias); el infartus blanco y rojo, hematomas intra-placentarios, focos de degeneración fibro grasosa; el infartus blanco muy frecuente, visible o no a la simple vista, es de volumen variable y se le suele encontrar en la cara fetal de la placenta, se le considera como reliquia fibromatosa de derrames sanguíneos y se asegura que provienen de la circulación fetal por ruptura de vasos; otros derrames que se encuentran en la cara uterina de la placenta ocupan uno o varios cotiledones y provienen de hemorragias de origen maternal amenazando la vida fetal según su extensión; los infartus rojos o negros de fecha más reciente que los blancos en la cronología de estos derrames, se consideran como focos apopléticos de mayor extensión que los blancos y provocan la expulsión prematura del feto. Del infartus rojo se puede decir que se encuentra ligado a la historia del aborto o parto prematuro.

Bien conocidos son los signos que permiten precisar el desprendimiento prematuro de la placenta: consistencia dura, leñosa, del útero, rarísima vez quedará blando, aumento de tamaño de la matriz en relación a la edad del embarazo, estado general de la mujer que manifiesta los síntomas generales de una hemorragia, cara pálida, respiración anhelosa, inquietud, tendencia al síncope, falta de aire, pulso frecuente, sensación de frío, temblor, vómitos, sudores. De este cuadro tan alarmante siempre me ha llamado la atención el sudor, que es profuso en la cara, y el estado sincopal que no abandona a la enferma; el pulso, que con estos dos signos para mí tan importantes porque sabiendo apreciarlos son característicos de la hemorragia, no da siempre una guía iluminada sobre su porvenir. Pues el pulso, en estos casos, puede no presentarse rápido, dando una idea falsa, ya que estamos acostumbrados a encontrarlo frecuente en la hemorragia,

Esto se debe a una observación superficial, pues cuando tal cosa se presenta habrá que cerciorarse si no es debido a numerosos extraístoles que no se transmiten a la radial, dando por ello un pulso bajo.

En otro padecimiento agudo del vientre, que no sea hemorrágico, el síncope se disipa presto, tal pasa en la perforación del estómago o intestinos en que acompaña al dolor intenso del abdomen; pero en la hemorragia, el sudor profuso y el síncope le permanecen fieles en tanto dure o haya sido abundante. Quien haya apreciado exactamente estos detalles se encontrará de acuerdo conmigo. Un dolor fuerte como en la apendicitis, puede ocasionar un síncope; mas no tendrá tendencia a reproducirse como en la hemorragia, que llega a constituir propiamente un verdadero estado sincopal.

Estado sincopal y sudor profuso, especialmente en la cara, indican anemia aguda: no hay que olvidarlo.

No ha faltado, por otra parte, quien asegure que si el niño está muerto no es necesario abrir el útero. Considero tal consejo un error. La mujer muere no por el niño vivo o muerto, sino por la hemorragia, y los inconvenientes ya relatados para extraer el feto desde el punto de vista de la madre no han variado porque haya cesado de vivir. La madre es la que debe darnos la solución de su futuro. Y no hay que agregar que la hemorragia cesa porque el feto esté muerto. Frecuentemente lo extraemos en esas condiciones, todo dependerá de la extensión de la placenta desprendida y de la rapidez con que se haya intervenido. Los niños vivos se logran en desprendimientos parciales que permiten la continuidad de su existencia y con cesárea oportuna. Con otro método son producto del azar.

En cuanto a que las membranas se encuentren rotas, la intervención continúa condicionada a la posibilidad de vida de la enferma. De una infección muy grave podrá salvarse, con una hemorragia continua irá a la muerte. Esto no quiere decir que en plena infección vamos a operar, hablo dentro de términos que hagan probable la vida, y hablo para médicos auténticos.

Unas cuantas palabras sobre algunos detalles que a mí me han dado éxitos sobre la técnica operatoria, que será, por otra parte, la que acostumbre el cirujano, pues es seguro que esa técnica para él es la mejor. Se sondea a la enferma y se le prepara con urgencia, lo que comprende no sólo la asepsia del campo operatorio, sino sostener por medio de suero glucosado, transfusión sanguínea si es necesaria, etc., etc., su estado general. Laparotomía en la línea media; no es

necesario ir más arriba del ombligo porque no tiene objeto luxar el útero afuera, lo que trae mayores inconvenientes que ventajas, ya que al choque intenso que supone tal maniobra el intestino tiene tendencia a invadir el sitio de la operación. No llevando la incisión más arriba del ombligo evitamos tales contingencias que dificultan la intervención. Debemos conocer de antemano la situación de los pies para ir a buscarlos con firmeza al abrir la matriz. Esta, una vez abierto el vientre, cuidando naturalmente de la posible lesión de alguna asa intestinal que se haya deslizado hasta este lugar, nos cercioramos que es la cara anterior de la matriz la que tenemos enfrente, pues no es raro que esta cara vea a la derecha y que sea el borde izquierdo del útero el que se nos ofrezca; si así fuere, hacemos por una ligera presión que este borde ocupe su lugar y que la cara anterior de la matriz vea adelante. En este momento hágase una inyección intramuscular, en un muslo, o en cualquier otro sitio, de un centímetro cúbico de ergotina. Váyase al fondo de la matriz, y ahí se hace una incisión bastante para que uno o dos dedos penetren. Naturalmente en este momento el huevo es abierto; sin preocuparnos por el líquido y sangre que salen, meter el dedo índice izquierdo y sobre él dividir la pared uterina hacia abajo, deteniéndose en el límite del segmento inferior: la sangre y el líquido amniótico brotan con abundancia. Es raro encontrar la placenta en esta incisión, pues generalmente se inserta con poca frecuencia en la cara anterior de la matriz; pero si se insertara, comenzando la incisión de la manera que se señala, es decir, en el fondo y metiendo los dedos, estaremos ya prevenidos, y sin temor, si no es posible desprenderla con el dedo al ir practicando rápidamente la incisión, la dividimos como si no se encontrara, sin inquietarnos la sangre que pueda dar, que no es más que aquella a que está dando lugar su desprendimiento. No impresionarse por la sangre, sino que por la abertura uterina ir con la mano a buscar los pies, tomar uno, tirarlo fuera, y extraer el niño con rapidez. Para la cabeza podrá ser necesario practicar una especie de maniobra de Mauriceau. Durante estas maniobras uno de los ayudantes tiene la matriz, también impide la salida de los intestinos. Defendiendo con cuidado por medio de compresas los bordes de la incisión abdominal en relación a la uterina, los líquidos no irán a la cavidad abdominal. Extraído el niño, seccionar el cordón y entregarlo a un ayudante. Si la placenta no se ha dividido porque no se encuentre en la cara anterior, esperemos unos instantes para que el

útero se retraiga, repitamos la inyección de ergotina, y en seguida sacamos la placenta y membranas, desprendiendo aquellas partes que aún continúan adheridas. Es conveniente durante estas maniobras estar inyectando suero glucosado a la enferma. También conviene ponerle una inyección de suero antiperitoneal. Hecho el aseo de manera que no queden en la cavidad abdominal y uterina coágulos, sangre o líquidos, se procede a efectuar la sutura de la matriz. Nunca la dreno; cuando esto se hace son frecuentes los cólicos, que molestan mucho a la enferma. Suture la pared uterina con catgut núm. 3, cromado, que dure veinte días, y en esta sutura no comprendo la mucosa ni la serosa peritoneal. Pongo puntos separados, los recojo con pinzas, y cuando todos están puestos, con el objeto de ver bien su penetración en el músculo uterino, los anudo. Después se hace un plano de sutura superficial sero-seroso con catgut cromado y con esta sutura se cubre la anterior. Se cierra el vientre sin drenaje, antes pongo 10 ó 15 c. c. de Bacte-Inteste Phage, del profesor D'Herelle. Al hacer la sutura del útero el ayudante impedirá la pérdida de sangre, comprimiéndolo en derredor del sitio de sección y presentando esta región al cirujano. No deberán comprimirse los pedículos vasculares porque tal cosa favorece la inercia determinando la hemorragia. Si al abrir el vientre y revisar el útero se observa que el derrame útero-placentario ha provocado infiltraciones o derrames que comprometen la pared uterina, y se extienden hasta la pared pelviana por medio de los ligamentos del útero dando a éstos el aspecto de gruesos troncos varicosos, no abrir la matriz porque la enferma morirá de hemorragia, sino quitarla por una histerectomía.

Para terminar: la historia del último caso de cesárea. Relata el señor doctor don Gabriel Luna: "En encuentros sociales, me llama la atención el aspecto abotagado y edematoso de las manos y los pies que presenta la señora B. M. de Q. La noche del 11 de enero de 1936 un cuñado de la señora, que estudia quinto año de medicina en la Universidad Nacional, me consulta que la señora tiene una hemorragia por la vulva, sin dolores, como consecuencia a un esfuerzo. Sugiero reposo absoluto y unas lavativas laudanizadas. Al siguiente día, 12, veo formalmente a la enferma. Se trata de una joven en el séptimo mes de embarazo, de 23 años de edad, primípara, recién casada, bien constituida y sin antecedentes patológicos. Le encuentro edemas generalizados; feto en el séptimo mes, vivo, matriz dura sin ser leñosa, estado general de la enferma satisfactorio, con pulso a sesenta, am-

plio, regular; la hemorragia de la noche había cedido después de dos horas no habiendo revestido caracteres alarmantes. El análisis de orina ordenado por el estudiante da 2,80 de albúmina, por litro. Se continúa con el reposo y se establece el régimen lácteo. La paciente antes de este incidente comía con abundancia. Deliberadamente no hago tacto. Vacilo entre una placenta previa o un desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta. Se sondea a la enferma y se obtienen 250 grs. de orina; ordeno se continúe sondeándose periódicamente para conocer la cantidad de orina que se colecta, y que se vigile: el pulso, temperatura, hemorragia vulvar, estado general de la paciente y estado del feto. La tarde de este día 12 de enero, vuelvo a visitarla encontrándola lo mismo. Pasa la noche bien, pero al siguiente día, lunes 13, su estado es alarmante, está soñolienta, hay ambliopía, pulso frecuente, hemorragia vulvar de poca significación; matriz aumentada de volumen, a la derecha muy dura, un poco blanda a la izquierda, corazón fetal perceptible. Me inclino por un desprendimiento prematuro de la placenta y recomendando a los familiares la intervención quirúrgica por medio de la cesárea. Desde luego nada resuelven; pero tres horas después, en vista que el estado general de la paciente empeora, soy de nuevo llamado y entonces exijo la operación rápida y elijo al doctor B. J. Gastélum, para que, si su criterio está de acuerdo con el mío, sea operada."

Soy llamado a las tres de la tarde del día 13 de enero de 1936 y encontré a la enferma inconsciente, muy pálida, edemas pronunciados en las piernas, muslos y manos, pulso alrededor de 105, sudor profuso principalmente en la cara, respiración anhelosa con inspiraciones profundas, temperatura 38.5°. Utero aumentado considerablemente de volumen, muy duro; a la auscultación no percibo bien el latido fetal, pequeño escurrimiento sanguíneo por la vulva. Me manifiestan que en el último examen de orina la enferma reveló alrededor de 4 gramos de albúmina. Atendiendo a los antecedentes y al grave estado actual de la enferma, diagnostico un desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta y propongo, de acuerdo con el señor doctor don Gabriel Luna, una cesárea inmediata. El señor doctor don Alfredo Lizárraga concurre también a esta junta y después de un cambio breve de impresiones se decide que la enferma sea operada. En tanto se traslada a mi Sanatorio sufre un ataque de eclampsia. La opero a las ocho de la noche de ese día, teniendo como colabora-

dores a los señores doctores Lizárraga, Mendoza Nambo y Corona que da la anestesia. El doctor Luna queda encargado de atender al niño. Practico la intervención de acuerdo con las ideas expuestas con anterioridad; dura cuarenta y ocho minutos, extrayéndose un niño de cerca de siete meses que vive cinco horas. La herida cicatrizó a los once días, y la enferma, sin haber presentado ningún accidente post-operatorio, sale curada a los diez y seis días, permaneciendo en reposo diez días más en su casa.

Se han referido casos de ruptura uterina en enfermas que habían sufrido la cesárea cuando posteriormente fueron embarazadas y llegaron al parto. M. Brault de Renne relata recientemente tres casos. Para evitar estas rupturas algunos cirujanos recomiendan que no debe hacerse la incisión en el globo uterino, sino más bien hacia la parte inferior de la matriz. Esta indicación tiene el grave peligro de la hemorragia operatoria por la mayor vascularización del útero hacia el segmento inferior; por otra parte, revisando estadísticas he encontrado contradicciones, de tal manera que no es posible por ellas trazarse una regla de conducta.

En los casos operados por mí, unos, los he perdido de vista, otros —siete— en que las pacientes resultaron embarazadas, no tuvieron ningún accidente. Es todo lo que puedo decir, pues me falta experiencia en un número mayor de casos para obtener una conclusión útil, respecto a esas posible rupturas uterinas en mujeres que han sido operadas de cesárea.



## **Lo que en realidad opinó Serveto sobre la Circulación de la Sangre**

**Por el Dr. J. Joaquín Izquierdo \***

En las treintas del siglo XVIII se originó en España un fuerte movimiento nacionalista, que desde entonces viene tendiendo a demostrar que los médicos españoles hicieron antes que Harvey los descubrimientos fundamentales relacionados con el movimiento circulatorio de la sangre.

\* Leído en la sesión del 15 de julio de 1936.