

CONTRIBUCION AL ESTUDIO

DE LA

PLACENTA

INSERTA EN EL SEGMENTO INFERIOR

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

MEMORIA

PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN MEDICINA

POR

RODOLFO HIDALGO POLANCO

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



SANTIAGO DE CHILE

IMPRENTA VALPARAISO.—SANTA ROSA NÚMERO 707

1898

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

CONTRIBUCION AL ESTUDIO

DE LA

PLACENTA INSERTA EN EL SEGMENTO INFERIOR



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

I

Hai en el estudio de la Tocología, puntos de vital importancia que tardarán años de años sin ser agotados por la investigación paciente i concienzuda de los hombres dedicados a este importante ramo de las ciencias médicas. Dia a dia la experimentacion la trae con nuevos casos de estudio, nuevas enseñanzas; i ora vuelve a hacer surgir con alas poderosas procedimientos caidos en completo olvido; ora aprovechándose del impulso de modernos descubrimientos, avanza intrépida i resuelta por las sendas del verdadero progreso científico.

Entre esos puntos descuella, no solo por su importancia propia, sino tambien por el sinnúmero de trabajos a él dedicados, sin llegar hasta hoi dia a una conclusión aceptada por la unanimidad, el estudio de la funesta complicación denominada por muchos placenta prévia, i últimamente con mas propiedad por Pinard *placenta inserta en el segmento inferior*.

Todos sabemos como la inserción viciosa de la placenta colocan a la madre i al niño en peligro inminente. La naturaleza insidiosa de la hemorragia, su síntoma predominante, la permite en una gran variedad de casos donde el auxilio no puede ser inmediato, dejar a la mujer en pocos momentos en un estado de anemia tal, que un movimiento, una intervencion operatoria cualesquiera pueden ser causa de un síncope mortal. No es extraño, pues, que haya estadísticas que señalen para esta terrible complicación en la primera mitad del siglo el 33 % de mortalidad materna i el 67 % de mortalidad infantil; ni mayor asombro puede causarnos al leer los libros clásicos, encontrar completa uniformidad en los diversos autores i en las mas apartadas escuelas, al pintar siempre con los mas sombríos caracteres este error funesto de la naturaleza segun la pintoresca espresion de Nægele.

Para esplicar la causa íntima de la hemorragia, se han inventado las mas distintas teorías, derivándose de ellas los mas diver-



WWW.MUSEOMEDICINA.CL

ses tratamientos, hasta permitirnos ahora con éxito antes no columbrado, salvar la vida de la mayoría de las enfermas i disminuir con mucho la gran mortalidad infantil.

No vamos, al ocuparnos de este importante asunto, a allegar nuevos elementos que traigan consigo una solución completa i radical del problema. No tenemos ni remotamente la vanagloria de querer salvar, una vez por todas, los difíciles puntos que trae consigo esta grave complicación del embarazo.

Queremos tan solo examinar con criterio imparcial i sereno las causas que hemos podido ver en nuestra corta experiencia i exponer el resultado práctico de los diversos tratamientos preconizados, i como conclusión, expresar nuestra opinión con respecto al valor comparativo de todos ellos.

II

HISTORIA. —El estudio de la literatura médica, nos demuestra que los antiguos solo conocieron de la placenta previa la hemorragia, sin darla ninguna explicación; ni vemos en sus opúsculos caso alguno en que se le haya dado a esta complicación un tratamiento especial.

Preciso es que nos remontemos a fines del siglo XVI para encontrar en los anales de la literatura francesa las primeras tentativas de tratamiento de esta complicación. Guillemeaux, discípulo de Ambrosio Paré i cirujano de Enrique IV, logra salvar la vida de la hija de su maestro i refiriéndose a este caso dice: «para socorrer a una mujer cuyas secundinas se presentan las primeras, es preciso librarla lo mas pronto posible del producto que encierra el útero, tirando del niño sin cortar el cordón i sacarlo con destreza i prontitud.»

En aquellos casos en que la cabeza fetal está poco encajada, Guillemeaux aconseja rechazar suavemente la placenta i ayudar al coronamiento de la cabeza para entregar despues el parto a la naturaleza.

Las anteriores líneas nos señalan ya un modo de obrar i este método, con ligeras variaciones, fué la práctica constante durante el siglo XVII i lo siguen Lnisa Bourgois 1619, Mauriceau, Portal, Viardel, Peu, i en el siglo XVIII, Ruleau, Amand, Dionis, i por último Deleurye en 1770, quien le da el nombre de parto forzado.

En 1685 Portal describió por primera vez la inserción de la placenta en la vecindad del cuello; segun él la sangre proviene de dicho órgano i en consecuencia recomienda su arrancamiento, la rotura de las membranas i terminación rápida del parto.

Los antiguos parteros habian reconocido que la causa de la hemorragia era debida al desprendimiento de la placenta, pero creian que la inserción placentaria no podia tener lugar sino en

el fondo de la matriz i que la placenta se desprendia prematuramente i en virtud de su propio peso caia sobre el cuello. Segun ellos, el derrame sanguíneo provenia del lugar de insercion situado en el fondo del útero, i la sangre, que se escapaba de los vasos abiertos en este punto, deslizaba entre las paredes del huevo i las del órgano jastador, para salir al exterior a traves del cuello.

Entre los autores franceses que han publicado observaciones sobre este accidente, Paul Portal fué el primero que notó la insercion real de la placenta sobre el cuello, como lo demuestra en su observacion treinta i nueve que trata del parto de una mujer que tenia una pérdida sanguínea que duraba ya diez i nueve dias, «sentia, dice, la placenta que se presentaba i que cubria el orificio de la matriz por todos lados, con adherencias en todas sus partes, escepto por el medio, que se encontraba dividido hasta las membranas, las que no estando abiertas, ni las aguas derramadas, daban mucha facilidad para volver al niño.»

Felipe Peu, contemporáneo de Portal, niega hasta la posibilidad de la insercion en el cuello, aunque es partidario como él del parto forzado sin arrancar la placenta.

Mauriceau, gran autoridad en ese tiempo i enemigo declarado de Peu, niega como él la insercion en el segmento inferior. Dice, explicando la hemorragia, que en esos casos solo se trata de una brevedad del cordon, el cual, haciendo tracciones sobre la placenta la desprende i la hace caer por su propio peso sobre el orificio uterino. Pensando de distinta manera los dos rivales de aquella época, su conducta era sin embargo la misma.

No eran mas aventajados que los de los parteros franceses los conocimientos que se tenian sobre tal complicacion en los demas paises. Enrique Deventer en 1701, célebre médico ingles niega rotundamente toda insercion viciosa; para él, esta adhiere invariablemente en el fondo de la matriz i 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 i el cuello, preconiza como Portal el arrancamiento de la placenta i el parto forzado, pero si la presentacion es normal la perfora i abandona el parto a la naturaleza.

Como se vé si bien todos los tocólogos de ese tiempo no tenian la misma opinion sobre el orijen de las hemorragias por insercion viciosa, faltos de ideas precisas para establecer un tratamiento racional, seguian uniformemente la práctica de Guillemeaux, el parto forzado.

No tenemos que considerar mucho para decir lo desastroso de tal procedimiento que podriamos calificar de brutal; los desgarros del cuello uterino casi la regla en esta intervencion, eran causa de que una mujer aniquilada ya por la pérdida sanguínea, fuera ya del peligro de la anemia primitiva, muriera víctima de la que dicho desgarró le ocasionara; o bien, sin antisepsia alguna, mujeres



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

tan anémicas como eran las que tenían la suerte de salvarse, sucumbieran días mas tardes víctimas de la fiebre puerperal.

Horrorizados de los resultados de tales procedimientos, Puzos emite en 1759 su teoria sobre la hemorragia i aplica en consecuencia su tratamiento que en manos de Pinard viene ahora en nuestros días a producir los mas halagüeños resultados.

Segun Puzos, la hemorragia tiene su origen en los vasos uterinos que quedan al descubierto una vez desprendida parcialmente la placenta de las paredes del útero, el cual no puede contraerse i por lo tanto cerrarlos por contener en su interior el líquido amniótico i el feto. Pues bien, rompiendo las membranas fluye el líquido amniótico, disminuyendo el contenido de la matriz i esta se contrae cerrando los vasos abiertos; provócase, obrando así, el parto, resultado final que se buscaba sin producir lesiones uterinas; i por último se facilita el descenso de la cabeza fetal para que obre como un tapon interno sobre las fuentes mismas de la pérdida sanguínea.

Esta es, en resumen, la práctica seguida por Puzos, que no tuvo entre sus contemporáneos muchos partidarios, quizás porque la consideran, dice Auvard, como un medio demasiado anodino, ante lo grave de tal complicación.

Las investigaciones de Levret son, empero, las que constituyen la memoria mas interesante que se publicara sobre este punto en el siglo XVIII. Esta memoria que tiene sobre todo por fin combatir la opinion de Deventer sobre el lugar de insercion de la placenta, comprende una docena de observaciones interesantes sobre las inserciones de la placenta en la vecindad del orificio uterino i sobre este orificio mismo. Levret demuestra de una manera irrefutable la existencia de esta insercion viciosa, no solo con observaciones de partos en que ha sido obligado a intervenir a causa de graves hemorragias, sino aun mostrando protocolos de exámenes necroscópicos comunicados a la Academia de Ciencias o que habian sido temas de algunas disertaciones inaugurales. Del modo siguiente Levret reproduce la comunicacion hecha en 1723 a la Academia Real de Ciencias de Paris por Petit profesor de cirugía:

«Una mujer de término habiendo permanecido inútilmente durante tres dias de trabajo, con pérdidas considerables de sangre, murió i se le abrió para descubrir lo que le habia impedido parir; se encontró que la placenta que debe estar inserta en el fondo de la matriz, lo estaba por el contrario en el orificio interno i le tapaba exactamente, escepto en un punto donde no estaba pegada, i era por ahí por donde se derramaba la sangre de las pérdidas. El niño tenia los pies hacia arriba, los que empujaban sus envolturas contra el fondo de la matriz; tenia la cabeza hacia abajo, la que junto con los hombros, empujaban la placenta hacia el orificio interno i el cuello de la matriz, de tal manera que cerraba el paso de la matriz.»

Agrega Levret en una nota seguida a esta observacion, que casos parecidos han sido citados por Platner, Vanhormee, Heister i Schacher. La observacion de este último profesor (de Leipsig data de 1709 i parece que debe ser considerada como la primera relacion anatómica de la insercion viciosa de la placenta.

Röederer en Alemania, Smellie en Inglaterra i Levret en Francia eran en aquel entónces los maestros preminentes; veamos como pensaban cada uno de ellos con respecto al tratamiento. El primero era partidario de la rotura ya de las membranas, ya de la placenta, seguida de la version cuando el cuello era dilatado; el segundo ni siquiera aguardaba a que lo fuese; i para Levret que piensa que la hemorragia se produce cuando el cuello se borra durante el embarazo i cuando se dilata durante el parto, el único medio es el parto forzado i abandona por él la rotura de las membranas que cree insuficiente i rechaza el arrancamiento de la placenta, pues dice que aumenta el número de focos hemorrágicos.

Igual es la conducta que siguen Deleurye i Astruc quienes no admiten la insercion viciosa de la placenta en el cuello a pesar de los trabajos de Portal, de Achiager, de Petit, de Smellie i Levret sino que invocan para explicarla un traumatismo, ya una caída o bien la hipótesis de Mauriceau sobre la cortedad del cordón.

Si desde Levret se conoce perfectamente la causa de estas hemorragias, amenudo funestas, es preciso señalar que durante largo tiempo el mecanismo de este accidente ha quedado en la mayor oscuridad.

Rigby, Smellie, Levret, Leroux, Baudelocque, Gardien, Capuron, Depaul, etc., todos los autores en fin que han escrito sobre este asunto admitian que la causa de estas hemorragias se encontraba en el desprendimiento de la placenta producida por la dilatacion gradual del cuello sobre que se insertaba. De acuerdo con este mecanismo tratan todos de oponer un obstáculo mecánico a la salida de la sangre. Los unos con Rigby a la cabeza en 1775, rechazan el parto forzado por peligroso, no aceptan el procedimiento de Puzos por su lentitud i adoptan la version podálica haciendo que la estremidad inferior del ovoide fetal venga a obrar como un tapon interno sobre los vasos uterinos abiertos.

Los otros en 1776 siguen un nuevo método preconizado por Leroux de Dijon discípulo de Levret, método que no tarda en entrar en lucha con los dos anteriores: el taponamiento vaginal.

Esta nueva práctica adquiere de dia en dia mas adeptos hasta el extremo de convertirse en método clásico para Baudelocque, Capuron, Gardien, Paul Dubois i Depaul en Francia; fuera de ella la siguen Wigand, Carl, Ritgen, Lumpe «que dice que sin taponamiento no quisiera ser partero.» Burns, Chiari, Scanzoni, etc.; pero no por eso hallanse abandonados los otros métodos como son el parto forzado i la rotura de las membranas: así son partidarios del primero, Mme Lachapelle 1821 i Boivin, Gendrin 1839, Velpeau

1829, i del segundo tenemos a Jacquemier, quien se esfuerza en vano para rehabilitar el método de Puzos en Francia, insistiendo sobre su modo de obrar, pero es desgraciadamente escuchado por muy pocos; no sucede así en Inglaterra, donde Smellie lo jeneraliza i Rigby lo acepta con reserva, pero es discutido por Duncan, Stewart 1816, i John Burns, 1855 quienes le achacan la compresion fetal el uno i la inercia uterina que provoca, el otro; en Alemania lo encontraremos preconizado con ligeras variantes por Cohen i Ritgen, hasta ser puesto en honor en estos últimos tiempos por Pinard, quien hace de él, combinándolo con la aplicacion de los globos inextensibles de Champetier de Rives, su método de eleccion.

Señalaremos por último, si bien tuvo desde sus principios muy pocos adeptos por la autoridad de quien lo preconizara, el método de arrancamiento de la placenta o de Simpson. Este notable tocólogo fundándose en algunos hechos personales en que la espulsion de la placenta tuvo lugar antes del feto, cohibiéndose espontáneamente la hemorragia, aconseja el desprendimiento artificial de ella «cuando la hemorragia es bastante grave para exigir la intervencion i no puede ser detenida por medios menos enérgicos como la evacuacion del líquido amniótico i no puede hacerse la estraccion del niño por el forceps o la version, a consecuencia de la falta de dilatacion del orificio.»

III

ORÍJEN DE LA HEMORRAJIA. — *Teoría de Jacquemier.* — Este autor hace notar primero que, cuando la insercion placentaria se hace directamente en el fondo del útero o en un punto vecino, el huevo encuentra una cavidad relativamente grande a su volumen i la placenta puede estenderse sobre una ancha superficie. Por otra parte, el desarrollo del contenido i del continente haciéndose proporcionalmente, la placenta no es separada mecánicamente sino en una época bastante avanzada de la preñez cuando el desarrollo de las partes superiores del útero es menos rápido por que su parte inferior principia a participar a su vez de la ampliacion del órgano, i desde entónces el desprendimiento parcial de la placenta no es posible sino en los casos de distension extrema del útero.

Despues agrega: «Pero no sucede igual cosa cuando el huevo descende accidentalmente en la parte inferior del cuerpo del útero i la placenta se inserta sobre su orificio interno o en un punto cercano. La cavidad de esta parte del útero formando un canal muy estrecho i la placenta siendo muy ancha desde el principio la recubre en gran estension. El desarrollo de esta cavidad estrecha se hace de abajo hacia arriba, i como ella es bastante pequeña con relacion al huevo, la ampliacion es mas precoz, mas estensa i mas rápida que cuando el útero se desarrolla de arriba hacia abajo, de su parte ancha a su parte estrecha.

Durante la primera mitad del embarazo la traccion de la pla-

centa es prevenida en parte por un acrecentamiento que es mui rápido primero, pero mas tarde sufre una distension que puede traer pronto un desprendimiento parcial. De aquí las pérdidas de sangre, aunque mui raras, que no se pueden atribuir a causas independientes al sitio de insercion de la placenta, que se declaran desde el fin del cuarto mes i durante el quinto i sexto. Pero cuando a la ampliacion orgánica que la placenta puede ordinariamente seguir, viene a agregarse la distension mecánica del segmento inferior del útero que la hace encajarse mas o ménos en la escavacion, el tiramiento aumenta de una manera mui marcada, trayendo a menudo consigo el desprendimiento de una porcion de placenta de aquí la frecuencia creciente de la hemorragia durante el sétimo, octavo i una parte del noveno mes, aunque el orificio esté aun exactamente cerrado en el momento en que ella se declara por primera vez. Esta puede manifestarse cuando la placenta cubre el orificio interno i cuando está solo mas o ménos cerca de su circunsferencia. En el último caso i aun cuando solo por su borde adhiere al orificio, la pérdida, despues de haberse producido muchas veces, puede cesar definitivamente i tener lugar el parto de término sin que se reproduzca. La ampliacion i la distension del segmento inferior de la matriz no son una causa inevitable del desprendimiento de la placenta. No es raro ver la hemorragia sobrevenir solamente cuando el orificio interno se abre.»

Depaul, comentando la teoría de Jacquemier dice: «La hemorragia por insercion viciosa de la placenta proviene de que todas las partes del útero no se desarrollan paralelamente, miéntras que el fondo i las partes vecinas alcanzan una amplitud considerable al principio de la preñez aumentando durante los seis primeros meses, por el contrario el segmento inferior del útero no se desarrolla sino en el curso de los tres últimos meses; además el desarrollo de todas estas rejiones no se hace de una manera uniforme. He tenido que examinar, dice, el útero de mujeres que habian muerto durante los últimos meses del embarazo i he podido ver que en las zonas inferiores el crecimiento no era igual en todas partes.

La rejion anterior se desarrolla en jeneral mucho mas que la posterior, i como lo comunicaba en una relacion que he presentado a la Academia, si se baja un eje vertical del fondo del útero, su estremidad inferior léjos de pasar por el cuello o mui cerca de él, atravieza la pared anterior del órgano a una distancia variable de esta abertura.»

Hacia igualmente notar que aquí estaba la esplicacion de un fenómeno bastante comun: es frecuente, en efecto, constatar al principio del trabajo que la cabeza del feto al encajarse en la escavacion arrastra consigo la pared anterior del útero que la cubre a manera de gorra. El cuello está entónces mui hacia atrás i difícil de alcanzar. Esta disposicion que puede en algunos casos retardar la marcha del trabajo, es comunmente fácil de combatir

pues basta introducir un dedo encorvado en el cuello i llevar esta abertura hacia adelante durante las contracciones.

En estas mismas disecciones he constatado tambien que las partes laterales se desarrollaban desigualmente, que una aumentaba mas que la otra i que pasando una línea horizontal de un orificio tubario, al otro era fácil asegurarse de esta desproporcion, la línea pasaba, en efecto, a uno o dos centímetros por debajo de la trompa del lado opuesto; resulta de esto que reina la mas grande irregularidad en el desarrollo de las diferentes partes del útero, que si en realidad el fondo es la rejion del órgano que toma un acresentamiento rápido durante los primeros tiempos de la preñez, es imposible designar de una manera exacta cual es la parte de este fondo que se desarrolla mas, ni cuando se detiene este crecimiento. Por otra parte, el segmento inferior se desarrolla seguramente mas tarde, pero no es posible designar una época fija al principio de este fenómeno variable en cada mujer, i se puede tan solo decir de una manera jeneral que esto comienza del sexto o sétimo mes.

Si la rejion anterior, lo mas a menudo, toma una amplitud considerable, no olvidemos que las partes laterales i posteriores participan tambien de estos cambios.

¿Qué debemos concluir de aquí? Que en los primeros meses del embarazo, cuando la placenta está inserta en el fondo del útero, si no hai hemorragia es debido a que la matriz i las vellosidades se desarrollan simultánea i harmónicamente, no hai ruptura de vasos porque no hai separacion brusca de los tejidos; sin embargo algunas veces se encuentra en la masa placentaria núcleos fibrinosos que provienen de hemorragias antiguas i cuya aparicion podria relacionarse con aquella época. Si por el contrario la placenta ha venido a insertarse sobre el segmento inferior casi enteramente constituido cuando esta parte de la matriz principia a participar del desarrollo jeneral del órgano, ella no podrá seguir el desarrollo de las paredes, de aquí separacion entre el tejido placentario i tejido uterino, ruptura de los vasos útero-placentario i hemorragia.

Si la placenta está aplicada sobre el mismo orificio interno vendrá mas tarde a agregarse a ésta una nueva causa: el borramiento del cuello que durante el noveno mes o a principio del trabajo se agregará al desarrollo de las partes vecinas.

Jacquemier con su teoría de la falta de paralelismo entre la placenta i el crecimiento del segmento inferior, no esplicaba de una manera precisa el por qué de la aparicion de la hemorragia unas veces en el sexto i sétimo mes i otras a fines del embarazo i aun a principios del parto. Depaul fué quien reconociendo esta laguna vino, como lo acabamos de ver, a agregar a esta esplicacion la diferencia de desarrollo de las distintas partes del útero, diferencia que según el explicaria las diversas épocas de la aparicion



de la pérdida: así, puede decirse que, cuanto mas baja i anterior sea la insercion placentaria en el segmento inferior mas precoces serán las hemorragias, i por el contrario cuanto mas alta i posterior mas tardarán en presentarse.

Teoría de Barnes.—No es para él el crecimiento excesivo del segmento inferior con relacion al de la placenta la causa de la pérdida. Segun él, el primer desprendimiento de la placenta proviene de un exces de desarrollo de este órgano sobre el del cuello que no está destinado a la insercion placentaria i no está hecho para vivir en armonía con la placenta. Las relaciones se rompen, la placenta se estiende mas allá i la hemorragia se produce. La hemorragia es mas frecuente en las épocas menstruales que en cualquier otro momento i no tiene nada que hacer directamente con el trabajo. En el momento de las reglas la sangre afluye hacia el útero i la placenta, la hinchazón i la hacen mas ancha hasta la superficie sobre la cual está fija, en relacion con desprender sus bordes del orificio i la sangre se derrama bajo la influencia de la irritacion que produce este desprendimiento parcial, la infiltracion de un poco de sangre en la sustancia misma de la placenta i la presencia de pequeños coágulos entre la placenta i la pared uterina puede despertarse la contraccion i la zona cervical contrayéndose puede secundariamente desprender una segunda parte de la placenta.»

El mismo autor ha creído poder dividir el útero en tres zonas: una zona superior o fondo, lugar de eleccion habitual de la placenta; una segunda zona media que comprende las inserciones laterales de la placenta en las cuales la hemorragia no se produce, i en fin, una tercera zona que llama zona cervical que está separada de la precedente por lo que él llama el círculo polar inferior; en esta última zona la insercion placentaria es peligrosa a consecuencia del ensanchamiento obligatorio del orificio uterino que debe dar paso al feto.

Este ensanchamiento que trae una retraccion o una disminucion de la zona cervical no le permite a la placenta quedar fija ahí. En todas las otras partes de la matriz hai equilibrio entre los límites contractiles del tejido muscular i la adherencia de la placenta, equilibrio que no existe en la zona cervical donde la disminucion de superficie es demasiada. El círculo polar inferior es, pues, la línea fisiológica de demarcacion entre la insercion viciosa i la insercion lateral de la placenta, es el limite por debajo del cual la placenta se desprende espontáneamente i la hemorragia se produce; i por encima del cual no se produce ni el desprendimiento espontáneo de la placenta ni la hemorragia.

En una palabra, el doctor Barnes no considera como insercion viciosa de la placenta sino los casos en que ella se fija toda entera o una parte en esta especie de carqueto esférico que él llama zona cervical, que comprende las partes del útero que deben servir a la amplacion del orificio para el paso de la cabeza. Esta zona cer-

vical, segun el autor ingles, comprenderia una porcion del segmento inferior de la matriz suficiente para envolver la parte de la cabeza del niño, que se estiende de la eminencia occipital a las dos eminencias parietales, distancia que mide, segun él, 76 milímetros.

Para este autor, toda la parte de placenta comprendida en esta zona será forzosamente desprendida con los progresos del trabajo i de la dilatacion del orificio, mientras que la porcion de placenta situada por encima conservaria sus inserciones uterinas i la hemorragia no provendria de este punto.

En cuanto a las pérdidas que sobrevienen ántes del trabajo i ántes de las modificaciones de la parte inferior del útero hemos visto ya que el doctor Barnes las atribuia a la expansion en exceso del huevo sobre la expansion de la matriz, i ademas supone que serán mas frecuentes durante el período que corresponde a las épocas menstruales gracias a una conjestion que apellida hipermia periódica i que aumentando el volúmen de la placenta une su accion a su relativo exceso de crecimiento.

Teoría de Simpson.—Segun Simpson, la sangre provendria no de la superficie uterina sino de la superficie placentaria desprendida, seria sangre materna llevada a las vacuolas, a los surcos intercotiledonarios o inter-vellosos de la placenta por las arterias útero-placentarias de la parte que ha conservado sus adherencias. De manera que, la sangre se derramaria en toda la masa placentaria i como esta no es retráctil los orificios de sus surcos quedarian abiertos i dejarían pasar la sangre por la porcion adherente, de tal manera que él ha podido decir que la hemorragia estaba en relacion mas bien con la estension de la superficie placentaria aun unida a la matriz que con la estension de la parte ya desprendida.

Mas tarde demostraremos lo erróneo de tales conceptos, lo que destruye por su base el tratamiento preconizado por el profesor de Edimburgo.

Teoría de Mathews-Duncan.—Este tocólogo, discípulo de Simpson, acepta solo como causa de las hemorragias del embarazo las causas accidentales que lo mismo se producen en un embarazo normal que en otro complicado con placenta prévia. La hemorragia que sobreviene al iniciarse el trabajo la atribuye a la diferencia del poder contractil de las fibras longitudinales sobre las circulares que se traduce por una expansion excesiva del segmento inferior, expansion que la placenta por su inextensibilidad no puede seguir, desprendiéndose ésta de igual manera que despues del parto, por no poder seguir la retractilidad del útero.

Teoría de Schröder.—Las contracciones indoloras del embarazo, producen, segun Schröder, la elevacion i distension del segmento inferior. Para que esto tenga lugar, es necesario que el huevo deslice, deslizando, que se verifica entre el corion i la caduca;

pero como el corion se haya unido fuertemente a la placenta, cuando esta se inserta por encima del anillo de contraccion, sigue al cuerpo en su movimiento ascencional, pero si la insercion se encuentra por debajo de él, se seguirá el deslizamiento hacia la placenta; siendo el corion resistente entonces se separará parcialmente de la pared uterina, dejando abiertos los vasos útero-placentarios; en el caso contrario, cuando el corion no puede resistir, éste se rompe en la jeneralidad de los casos, ruptura que va unida a la del amnios i por lo tanto, pérdida del líquido amniótico.

Teoría de Pinard.— La teoría de este distinguido maestro explica con igual claridad las hemorragias del embarazo i aquellas que tienen lugar durante el trabajo.

En efecto, durante el embarazo i principalmente en los últimos meses, el útero es sitio de contracciones indoloras, contracciones que ejercen presion sobre toda la periferie del huevo i mui especialmente sobre el segmento inferior en vias de desarrollo. Esta presion intra-amniótica, cuando la placenta se inserta normalmente, se haya repartida en toda la estension comprendida entre el orificio interno del-cuello i el borde inferior de la placenta, espacio suficiente para que el alargamiento del huevo se produzca sin trastorno alguno. No es igual cuando la placenta se inserta en el segmento inferior. En virtud de las contracciones uterinas se produce una expansion considerable del segmento inferior en la parte libre de la insercion placentaria, i en este mismo punto se verifica una distencion anormal del corion, membrana que como sabemos no es elástica. Esta traccion pone en juego la estensibilidad de las membranas, pero encontrándose la placenta vecina del orificio interno, el tiramiento viene a obrar directamente sobre ella, i no siendo suficiente este espacio membranoso para que se reparta uniformemente la presion intra-amniótica, o bien se desgarran las membranas (cosa frecuente), o bien, tirando éstas de la placenta, la desprenden parcialmente i por consiguiente hemorragia mas o menos considerable segun la estension del desprendimiento.

Este desprendimiento se hace en los bordes de la placenta i tiene lugar mas cerca de la capa muscular, al revés de la separacion de la placenta en el alumbramiento que tiene lugar al nivel de la línea de separacion de la capa esponjosa i de la capa compacta. La sangre se derrama, pues, a la vez de la solucion de continuidad de la placenta i del tejido muscular del segmento inferior. Por parte de la placenta, existe una fuente abundante de hemorragia, es el seno circular o coronario, vena voluminosa que se encuentra cerca del borde de la placenta i que en algunos casos está abierta.

Parece singular a primera vista que la contraccion uterina aumente la hemorragia, debiendo, al contraerse el músculo uteri-

no, cerrar los vasos. Hoffmeier ha demostrado en cortes de úteros grávidos, que los gruesos vasos uterinos penetran en el útero por debajo del anillo de las contracciones, de manera que la contracción del cuerpo del útero, que sería eficaz, no obra sobre estos gruesos vasos ni sobre las ramas que van a la placenta; la hemorragia persiste durante la contracción uterina, porque el tejido muscular del segmento inferior está poco desarrollado i no se contrae de una manera suficiente para detener la sangre. Esta hemorragia solo se detiene por la formación de coágulos, formación que impiden las mismas contracciones uterinas.

Lo anterior explica el mecanismo de la hemorragia, principalmente durante el curso del embarazo. A esto vienen a agregarse con el parto, dos nuevos factores: la dilatación del cuello i por consiguiente mayor ampliación del segmento inferior i la acción mecánica de la presentación que al encajarse aumenta el desprendimiento placentario.

IV

DEL SEGMENTO INFERIOR DEL ÚTERO.—Mauriceau en 1668 habia creído reconocer que el cuello crecía i se reblandecía hasta el 6.º mes i que a partir de esta época, disminuía de tal suerte que al fin del embarazo estaba completamente aplanado. Esta opinion del maestro aunque combatida con pruebas anatómicas por Verheyen 1693 i Weitbrecht 1750 es aceptada por L. Petit, Levret etc., i domina en la ciencia hasta 1826.

En esta misma época, Stoltz, en su tesis inaugural, admitió que el cuello cuya hipertrofia progresaba hasta el 6.º mes, no se borraba sino a los quince últimos días, es decir, después de su reblandecimiento completo. Esta opinion fué jeneralmente adoptada en Francia, bien que su autor no allegase ninguna prueba anatómica en su apoyo. En el extranjero no tardó en encontrar sérios contradictores.

Taylor, uno de los primeros, hizo en Nueva York desde 1851 a 1862 investigaciones anatómicas que lo inducen a sostener que el cuello conserva toda su longitud hasta el fin del embarazo, i que no principia a borrarse sino al principio del trabajo.

M. Duncan en 1859 cree tambien que la sensacion de acortamiento del cuello no es sino una ilusion del dedo que deprime sin apercibirse un cuello enteramente reblandecido. Admite sin embargo que el borramiento se produce algunas horas, sino algunos dias antes del parto.

Müller (de Würzburg) allega a la opinion de Taylor una confirmación tomada de las observaciones clínicas. La cuestion parecia dilucidada cuando Bandl en 1876 apoyándose en hechos contra-



dictorios observados por Müller i por Braune en 1872 trató de volver a la opinion de los antiguos, segun los cuales el borramiento se hace en los tres últimos meses de la jestation.

Hoi dia los trabajos de Schröder, Stratz, Hofmeier, Waldeyer, las investigaciones de Pinard, de Varnier i de Ribemond parecen haber definitivamente traído la luz sobre este punto tan interesante en obstetricia.

Se debe admitir que: 1.º El cuello conserva su longitud durante todo el embarazo hasta el principio del trabajo; 2.º Que el segmento inferior del útero está constituido hasta el fin de la preñez, no por el cuello, sino por la parte inferior del cuerpo del órgano.

Estas dos proposiciones pueden probarse por medio de argumentos clínicos i anatómicos. El error de los antiguos i de los que con Stoltz admiten la desaparicion del cuello en los quince últimos dias del embarazo, obedece a una falta de interpretacion. Al fin del embarazo, en efecto, cuando el cuello está enteramente reblandecido, el dedo que explora la superficie esterna no encuentra a su nivel ninguna sensacion de resistencia, deprime, sin darse cuenta, el cuello i llega a la parte fetal que parece separada del dedo por el solo espesor de un rodete mas o ménos delgado del tejido que limita el orificio esterno.

Pero si se llega a practicar por el contrario, el tacto intra-cervical, yendo hasta las membranas i se trae en seguida el dedo a la vagina deprimiendo con su pulpa las paredes del canal cervical, se tiene la sensacion de despliegamiento del cuello. Se aperece entonces que el dedo recorre un largo canal que desde el orificio interno al esterno no mide ménos de $4\frac{1}{2}$ a 5 centímetros. Es fácil comprobar este hecho procediendo como lo hacia Varnier de la siguiente manera: El mandril del excitador de Tarnier es guiado con el dedo hasta el orificio interno i dejado ahí, mientras que el dedo es llevado hasta el orificio esterno. El instrumento se retira entonces juntamente con el dedo que marca el punto que corresponde al orificio esterno. Estas mensuraciones repetidas numerosas veces la víspera misma del principio del trabajo han mostrado a Pinard i a Varnier que el cuello media aun de $4\frac{1}{2}$ a 5 centímetros de largo.

Los cortes anatómicos hechos despues de conjelados en úteros que contenian el huevo pertenecientes a mujeres llegadas al fin del embarazo i muertas antes del principio del trabajo, hacen ver igualmente que el cuello persiste i posee una longitud de 4 a 5 centímetros hasta en los últimos dias de la preñez. La teoria de los antiguos adoptada de nuevo por Bandl, debe pues ser definitivamente abandonada, lo mismo que la de Stoltz.

Resulta de lo que precede que el segmento inferior del útero, lejos de ser constituido al fin del embarazo, como lo pretendian Mauriceau, A. Petit, etc. por el ensanchamiento del tejido del cuello está formado por el tejido del cuerpo.

Esta cuestion tan discutida ha sido objeto de una inmensidad de trabajos interesantes que han tenido por resultado hacer conocer bien la anatomía del útero. Entre los autores los unos hacen provenir el segmento inferior del cuerpo del útero, los otros del cuello; para muchos de ellos esta rejion no existiría fuera del embarazo o a lo ménos no tendría entónces su equivalente.

Pensamos con Budin, Auvard i Acconci que el segmento inferior corresponde al istmo del útero no grávido. El error proviene del significado vago e incierto acordado a lo que se llama el orificio interno del cuello.

El útero fuera de la jesticion comprende tres partes: el cuerpo, el istmo i el cuello. El istmo está limitado hacia arriba por el borde inferior de la capa muscular media que no desciende mas abajo; está separada del cuello por un esfinter que pertenece a la capa muscular interna de la pared uterina i que corresponde al verdadero orificio interno. Está tapizado por una mucosa que se parece en todo a la del cuerpo uterino que difiere notablemente de los repliegues del árbol de la vida.

En fin, esta rejion (que los autores llaman parte superior del cuello) está constituida por una pared muscular donde existen a la vez la capa muscular interna i la capa muscular esterna del útero. El cuello está provisto de una mucosa especial, i solo contiene unas pocas fibras de la capa muscular interna que bajan hasta el orificio esterno, fibras que sollevantan la mucosa del cuello formando así el árbol de la vida. Ahora bien, durante el embarazo, el útero está dividido en tres partes: cuerpo, segmento inferior i cuello.

El segmento inferior está limitado hacia arriba por el borde inferior de la capa muscular interna. Está tapizado por una mucosa que se parece en todo a la del cuerpo uterino. Está constituido por una pared muscular delgada (sin capa media) donde existen a la vez la capa esterna i la interna. Los mismos caracteres existen, pues, en el istmo i el segmento inferior.

La adherencia de las membranas se termina en el orificio interno del cuello, que este orificio interno se borre al fin de la preñez, no es motivo para decir que el cuello tome parte en el segmento inferior para formar el canal cervico-uterino i no el segmento inferior que conserva sus límites precisos.

Agregaremos al terminar que la anatomía comparada da razon a esta teoría. Keilmann estudiando el útero en los murciélagos fuera i durante la jesticion ha encontrado que el cuerpo, normalmente bicornio en estos animales comunica con un largo canal, pareciendo pertencer al cuello en estado de vacuidad, tapizado al contrario de caduca despues de la fecundacion; este largo canal (istmo o segmento inferior) está separado del cuello por un



verdadero orificio interno que el autor llama, con sus compatriotas, orificio interno de Müller.

V

DE LA INSERCIÓN NORMAL DE LA PLACENTA.— *Frecuencia de la inserción sobre el segmento inferior e investigaciones acerca de la llamada placenta previa central.*—Hasta Portal se admitía que esta inserción se hacía casi siempre en el fondo del útero; Portal ha mostrado que la placenta puede insertarse sobre el segmento inferior del útero, i Levret ha agregado con razón que «no hai un solo punto del interior de la matriz donde la placenta no pueda insertarse.»

Pinard ha probado por numerosas mensuraciones de membranas, que la placenta se inserta frecuentemente en parte o en totalidad sobre el segmento inferior del útero. Se ha buscado igualmente sobre qué cara del útero tenía lugar habitualmente la inserción de la placenta: en 189 casos, según Cauvenberghe, la placenta estaba inserta: 94 veces sobre la cara posterior del útero; 77 sobre la cara anterior; 12 veces sobre el lado derecho i 6 veces en el izquierdo.

Pinard i Varnier, en 39 piezas anatómicas, han encontrado las proporciones siguientes: 22 veces la placenta estaba inserta en la pared posterior; 12 veces en la anterior; 1 vez en el fondo del útero; 1 en la pared lateral derecha i 1 vez sobre las dos paredes anterior i posterior (preñez trijemelar). Se ve, pues, que en mas de la mitad de los casos la inserción ha tenido lugar en la cara posterior del útero i que la inserción en el fondo era escepcional.

Un cierto número de estadísticas nos haran conocer mas o menos exactamente la frecuencia con que la placenta se inserta en el segmento inferior: F. H. Ramsbotham en 26 676 ha notado 42 veces la implantación de la placenta sobre el cuello. Schwartz (Monatschrift für Geburtskunde) ha encontrado 332 casos en 519,328 partos o sea el 1 por 1,564. Arneth (segundo clínico obstétrico de Viena) 9 casos en 6,572 partos, o 1 por 725. Klein, 15 casos en 11,410 o sea el 1 por 760. Collins, 11 casos en 16,414 partos o 1 por 1,492. Mac Clintock i Hardy, 8 casos sobre 6,634 o sea el 1 por 829.

En la maternidad de Würzburg, 13 casos sobre 6,139 o el 1 por 472.

En el hospital clínico de la Facultad de París, 71 casos sobre 17,130 partos lo que hace 1 por 242. Müller, en 876,432 partos tuvo 813 veces inserción viciosa de placenta o sea el 1 por 1,000.

En la maternidad del Dr. Murillo durante diez años, desde el 87 hasta el 97, en 11,371 partos, 66 veces la placenta se ha encontrado inserta en el segmento inferior o sea el 1 por 172 o el 5.80 por mil.

Por lo que hace a la existencia de la placenta previa central, es decir, de una placenta cuyas vellosidades coriales rodean completamente el orificio interno formando cuerpo por todas partes con la caduca verdadera, es negada por muchos autores.

Pinard afirma con su gran autoridad que en su larga práctica no ha encontrado jamás un ejemplo de ella.

Ahlfeld, en el Congreso de Ginecologistas de Berlín de 1897, al hablar sobre este punto, niega también la existencia de una placenta previa central e invoca en apoyo de su tesis la autoridad del eminente tocólogo francés i agrega: «en cambio, numerosos relatos publicados de antopsias, refieren que la inserción placentaria era visible en todo el circuito del orificio interno. Hasta estos últimos años había venido considerando estas últimas pruebas como convincentes, pero luego he observado, explorando la cavidad uterina de mujeres recién paridas de 9 a 11 días que, en los casos de situación algo baja de la placenta, la casi totalidad de la mucosa uterina estaba cubierta de las mismas granulaciones que de ordinario no se encuentran sino en la superficie de inserción de la placenta, i este hecho ha venido todavía a quebrantar mi convicción en lo que respecta a la existencia de una verdadera placenta central. ¿Se puede, en el estado actual de nuestros conocimientos, conocer de una manera retrospectiva la situación que correspondía a la inserción placentaria? Pinard ha respondido afirmativamente a esta pregunta, demostrando que en efecto cuando el alumbramiento es normal i las membranas están intactas i completas, presentan una abertura muy regular por donde ha salido el feto i que corresponde casi al polo inferior. Luego, si se mide la distancia que separa los bordes de esta abertura de los bordes correspondientes de la placenta, se tendrá aproximativamente la que separaban la placenta del cuello. Siendo la altura del segmento inferior del útero de 10 a 11 centímetros, Pinard ha podido sentar como una ley obstétrica la siguiente proposición: *Hai inserción viciosa de la placenta toda vez que de un lado del orificio de ruptura, las membranas midan al borde placentario menos de 10 centímetros.*

La estadística de nuestra maternidad da solo el 0.58 % de placentas previas, esto guarda relación con las estadísticas que nos dan algunos autores, antes de adoptarse la mensuración de las membranas inmediatamente después del alumbramiento como lo aconseja Pinard para conocer con mayor o menor exactitud el punto de inserción de la placenta.

Si en todas las maternidades hicieran esta medición, el número de casos de placentas insertas en el segmento inferior, aumentaría

considerablemente, disminuyendo a la par los casos de desprendimiento prematuro. Las últimas investigaciones reducen al mínimo esta complicación. Todos aquellos casos en que habiendo pequeñas pérdidas sanguíneas antes del parto, atribuidas *a priori* al desprendimiento prematuro de la placenta, en su mayor parte no eran debidos sino a la inserción viciosa. Efectivamente, de todas las causas que se han señalado que pueden provocar el desprendimiento prematuro de la placenta, solo dos pueden hoy día admitirse con cierta base experimental: la albuminuria i la brevedad natural o accidental del cordón.

Estos casos son raros, de aquí que nosotros no creamos que hayan sido efectivamente desprendimientos prematuros ligados a la albuminuria o la brevedad del cordón los que con tanta frecuencia aparecen en las estadísticas de nuestra maternidad. Según nuestras investigaciones, hasta hoy día no se mide la distancia del orificio de ruptura de las membranas al borde placentario en todos los partos que ocurren en ella.

Si se llevara a la práctica este sencillo medio de investigación se encontraría, no dudamos, que la mayor parte de los desprendimientos prematuros de la placenta en las no albuminúricas ni con vueltas del cordón son debidos, mas que a otra causa cualquiera desconocida, a la inserción baja del platillo placentario.

VI

CARACTÉRES MACROSCÓPICOS DE LA PLACENTA PRÉVIA.—Todos los autores están de acuerdo para encontrar en la placenta inserta en el segmento inferior, caracteres que la distinguen de la placenta normal. En lugar de la forma de disco de esta última, afecta la mas de las veces la forma rectangular, es alargada, aplanada i muy estendida. La división de los cotiledones no es proporcionada, mientras se encuentran unos pequeños, hai otros sumamente desarrollados i carnosos; en algunos puntos, la atrofia de estos llega a convertirlos en simples láminas; otras veces la placenta se encuentra dividida por lóbulos enteramente distintos. Fritsch, además de los caracteres de forma a que atribuye una importancia capital, principalmente en las primíparas con respecto a la patojenia de la placenta prévia, ha señalado que en muchos casos la parte situada mas abajo, era tres veces mas gruesa que el resto de la placenta. Un hecho que se encuentra tambien en todos los autores i que nosotros mismos hemos podido observar, es el aumento de espesor de las membranas, en el punto de inserción de éstas en la parte de placenta cercana al cuello.

Hai partes de placenta que sufren transformaciones diversas, que están reducidas a laminillas de tejido conjuntivo o grasoso, e



infiltradas de sangre; su aspecto es compacto o granuloso, a veces amarillo grisáceo; se ven a menudo derrames sanguíneos, coágulos i desgarraduras. La parte que cubre el orificio interno, tiende frecuentemente a atrofiarse. No es raro que otras porciones adhieran mui fuertemente i que sea necesario intervenir para su desprendimiento. Algunas veces tambien se ha notado que la insercion del cordón se hace en la vecindad del cuello, de ahí su frecuente procidencia.

En ciertos casos de atrofia de la mucosa uterina, han podido comprobar algunos observadores el hecho de ocupar la placenta una estension muchísimo mayor que la normal. Ahlfeld ha recordado en el Congreso de Ginecologistas de Berlin de 1897, el caso de una placenta que se extendia desde las trompas hasta el orificio uterino.

VII

PATOJENIA.—Hofmeier (de Würtzburgo) en el sétimo Congreso de la Sociedad Alemana de Ginecología celebrado en Leipzig, en Junio del 97, entabló una discusion sobre la importancia i el tratamiento de la placenta prévia. La primera cuestion que sentó en él fué la necesidad de ponerse de acuerdo sobre la definicion que a ésta debe darse, definicion que en efecto no es sencilla, pues que difiere sustancialmente si se considera la placenta prévia desde el punto de vista anatómico i desde el punto de vista clínico. Consideró él como placenta prévia ese estado particular en que estando aun cerrado el cuello, existe por encima de éste una estencion mas o ménos grande de tejido placentario.

Despues del estudio de diferentes casos i fundado en observaciones i esperimentos personales, dedujo las conclusiones siguientes por lo que respecta a la patojenia de la placenta prévia:

1.º Se formará una placenta prévia cuando, despues de envuelto el óvulo por la caduca refleja i en seguida del desarrollo ulterior del huevo, la caduca se divida, i cuando este proceso de division se estienda hasta el orificio interno o hasta su contigüidad inmediata; o bien cuando, en los casos de placenta marginada por el mismo fenómeno de division de la caduca, el orificio interno se halle rodeado por las vellosidades placentarias.

2.º La formacion de una placenta prévia podrá ser tambien debida a la existencia de una placenta refleja que se coloque por encima del orificio interno.

3.º Es dudoso que la placenta prévia pueda desarrollarse en seguida de la implantacion directa del óvulo por encima del orificio interno, pues, las condiciones anatómicas i embriológicas, tales como las conocemos actualmente, militan grandemente contra esa posibilidad.

Schatz (de Rostok) contestando al trabajo de Hofmeier sobre el desarrollo anatómico de la placenta prévia indica en el mismo Congreso que segun sus observaciones la patojenia de la placenta prévia puede ser de seis maneras distintas:

1.º Cuando el huevo i, por lo tanto, la placenta, situada a la altura normal o un poco mas abajo, sobre la pared uterina anterior o posterior, teniendo una forma i un volumen normal, se estiende por hipertrofia primaria de la mucosa correspondiente hasta el límite que separa la mucosa del cuerpo de la del cuello uterino (*placenta prévia marjinal*).

2.º Cuando el huevo o la placenta se inserta en idénticas condiciones en el ángulo inferior de la mucosa uterina anterior o posterior, encontrándose de este modo a caballo sobre la zona de transicion (*placenta angular*).

Podrá en estas condiciones:

a) Estender como placenta marjinada sus vellosidades marjinales en la caduca verdadera o bien en torno del orificio interno hasta la pared uterina opuesta, de suerte que el borde de la placenta rodee mas o ménos el orificio del cuello (*placenta prévia lateralis*);

b) Llegar hasta el orificio interno i estenderse de cada lado mas allá (*placenta marjinalis*).

3.º La placenta prévia se desarrolla tambien por insercion del huevo en uno de los repliegues laterales del útero, en forma de herradura, invadiendo igualmente o casi igualmente las dos paredes uterinas, alcanzando, a veces, por el hecho de su gran extension, la zona de transicion.

4.º A veces la placenta se estiende hacia el orificio interno i puede rodearlo en un radio mas o menos estenso. La forma de herradura puede desarrollarse por acrecentamiento marjinal i dar lugar a la formacion de una *placenta zoniforme* i, si la zona es estrecha, a una *placenta prévia central*.

5.º Toda placenta baja, si bien no alcanzando la zona de transicion, puede por acrecentamiento marjinal de este lado dar lugar secundariamente a la formacion de una placenta prévia (marjinal).

6.º Toda placenta baja puede reflejarse del lado del orificio interno por acrecentamiento marjinal i dar lugar a una *placenta prévia espúrea* (seudo placenta prévia) i toda placenta verdadera puede completarse i tomar la forma de una placenta espúrea.

Ahlfeld (de Marburgo) abordando la discusion del tema, declaró que cnanto mas se ocupa de la cuestion del desarrollo de la placenta prévia i se trata de determinar cuáles son las causas de su formacion, mas se comprueba lo distante que se halla todavia este punto de estar suficientemente dilucidado. Cree por su parte encontrar la razon de ello en que las condiciones normales segun las cuales se efectúa la fijacion del huevo en la matriz i sobre todo las del crecimiento periférico de la placenta no son aun suficiente-

mente conocidas. Toda discusion sobre este punto no puede por consiguiente, segun él, basarse sino en hipótesis lo cual es siempre desagradable; es posible sin embargo, que una discusion en tales condiciones llegue a hacer admitir como fundada algunas de esas hipótesis i a rechazar otras.

Por mi parte, dice Ahlfeld, admito que en la mujer existe en el útero un sitio preformado donde el huevo va a fijarse: es esa parte libre de la mucosa que se haya situada debajo del nivel de ambos orificios tubarios, tan amenudo sobre la pared uterina anterior como la pared posterior. En la mujer, las anomalias de este modo típico de fijacion son mas frecuentes que en los animales, además, si el huevo, por una razon cualquiera, no se fija en su sitio natural, se fijará mas a menudo debajo del lado del orificio uterino, que del lado del fondo. A mi juicio, hai que buscar principalmente la causa de esta fijacion del huevo en posicion anormal, es decir, harto baja, en el hecho de que existen modificaciones mas o ménos profundas de la mucosa uterina i de su secrecion normal. La frecuencia de la placenta prévia en las múltiparas milita en pro de este criterio, i por mi parte no creo que la posicion de pié (Schatz) pueda ejercer a este respecto una influencia cualquiera.

Una de las cuestiones mas dificiles de resolver es la de saber si un huevo, insertándose en su sitio normal, puede dar lugar, por el desarrollo ulterior de su placenta, a la formacion de una placenta prévia. La solucion de este punto dependerá absolutamente de nuestros conocimientos sobre el modo como se realiza la estension periférica de la placenta; pero creo en verdad que actualmente esos conocimientos no son aun suficientemente ámplios para dirimir esa cuestion en un sentido o en otro. Mucho temo que M. Hofmeier se haya equivocado al rechazar completamente mi hipótesis relativa a la posibilidad de un acrecentamiento unilateral de la placenta, pues con frecuencia vemos, aun en los casos de retrofleccion estrangulada o de antefleccion exajerada a seguida de una fijacion vaginal, como el útero gravido se desarrolla a espensas de una de sus mitades. Como quiera que sea, no es en verdad mui probable que una placenta prévia pueda provenir de un huevo insertado normalmente, ya sea con ayuda de una placenta supuestamente refleja o bien de una *placenta circumvallata* de estension anormal. En cambio, existen pruebas de la formacion de la placenta prévia por fijacion primitiva del huevo en la parte inferior de la matriz, como lo demuestran el caso de Hunter i el que yo publiqué en 1892. Nos acercaremos, pues, a la verdad admitiendo que *la formacion de una placenta prévia depende de la fijacion del huevo en el segmento inferior del útero.*

Desde el punto de vista de su formacion, no pueden existir mas que dos modos de ella: acrecentamiento directo por encima del orificio uterino; acrecentamiento en forma de herradura en torno del orificio interno. Por mi parte, no creo que se pueda invo-

car lo que ocurre al rededor de los orificios tubarios para explicar los fenómenos de acrecentamiento por encima del orificio uterino, pues las vellosidades coriales pueden hallar un exelente terreno de desarrollo en la mucosa tubaria, cosa que seguramente no acontece con la mucosa cervical.

Es mui difícil interpretar de una manera satisfactoria la gran estension que ofrece la masa placentaria en ciertos casos de placenta prévia; en todo caso, hai un hecho cierto e indisentible: que la placenta puede a veces esfenderse, al final del embarazo, desde el orificio interno hasta los orificios tubarios.

VIII

ETIOLOGIA.—La placenta prévia es mucho mas frecuente en las múltiparas que en las primíparas. Simpson da 30 % i Pinard 33.92 % de primíparas por cada cien múltiparas.

Maggiar en una estadística en la clínica de Baudelocque ha encontrado que el número de mujeres con placenta baja era de 46.62 % para las primíparas i de 55.63 % para las múltiparas.

Ciertas mujeres presentan esta complicacion en casi todos sus embarazos.

En casos de preñez gemelar con dos placentas es comun ver una de ellas inserta en el segmento inferior. Los esfuerzos corporales pueden ser de importancia bajo el punto de vista etiológico, pues se encuentra mas a menudo la placenta prévia en la clase menesterosa que en la acomodada.

En algunos casos estremadamente raros ha parecido que la insercion de la placenta sobre el segmento inferior era debida a una *deformacion* o a una *conformacion* particular del útero por cuyo motivo la trompa desemboca en cada lado al nivel del segmento inferior en lugar de encontrarse en la vecindad de los cuernos. Tambien ha sido señalado por algunos autores el tabicamiento del útero.

Pinard ha observado que la insercion viciosa es mas frecuente en las mujeres que hacen cortos viajes repetidos en las primeras semanas que siguen a la concepcion, la trepidacion del ferrocarril seria por este punto de vista esencialmente nociva. Algunos han creido que el desenso del huevo hácia el ángulo inferior de la cavidad uterina es debido a una hipersecrecion de la mucosa, el hecho es que la existencia de una endometritis modifica las condiciones de la fijacion del huevo i de la formacion de su envoltura. La frecuencia en particular de la placenta prévia en las múltiparas, i en las mujeres cuyos embarazos se suceden rápidamente, en aquellas que tienen grandes desgarros del cuello o tumores fibrosos no obedece ciertamente a otras razones que a las que acabamos de indicar con respecto a la endometritis.

Otra causa de placenta prévia estriba, segun Schatz, en la atrofia jeneralizada de la mucosa uterina cuya consecuencia es una estension mucho mayor de la superficie mucosa que toma parte en el desarrollo de la envoltura del huevo. En una de sus enfermedades que habia tenido siete embarazos i cuyos siete partos tuvieron que ser terminados por el desprendimiento manual de la placenta; este órgano era cada vez mas delgado i ocupaba en estension la mitad por lo ménos de la envoltura total del huevo.

IX

Museo Nacional de Medicina

SINTOMATOLOGIA. — A.) Durante el embarazo.— Aunque la placenta prévia ocupa desde el principio del embarazo una posicion anormal, dá rara vez lugar a manifestaciones apreciables i de un diagnóstico fácil antes de los últimos meses del embarazo. Hoi dia gran número de autores que se han ocupado del aborto, del parto prematuro i de la ruptura prematura de las membranas han tratado de buscar una relacion íntima entre estos accidentes de la preñez i la insercion viciosa de la placenta.

No podré dejar de llamar la atencion acerca de la gran utilidad que habria para el tratamiento ulterior, si pudiéramos sentar un diagnóstico preciso de placenta prévia en los primeros meses del embarazo.

Sabemos que el útero en los tres primeros meses del embarazo no se dilata de una manera uniforme i regular. La parte mas dilatada corresponde precisamente al punto de insercion del huevo; luego, cuando por la palpacion bimanual podemos comprobar que es el segmento inferior el primitivamente dilatado, podemos por este solo signo inferir que el sitio de la insercion del huevo es bajo.

Pasado el 3.^{er} mes i adquiriendo su completo desarrollo la placenta, cuyo tamaño en esta época es mucho mayor en proporcion al del feto, la diferencia entre el desarrollo del vértice del útero al del fondo se hará mas característico.

Cuando en una hemorragia del cuarto al quinto mes encontremos que el desarrollo del útero se ha hecho mas a espensas del segmento inferior que del fondo i notemos en la vecindad del cuello una masa de tejido friable que nos da la sensacion de *thrill* placentario, podremos de una manera aproximativa asignar como causa de la hemorragia la insercion baja de la placenta.

Pasemos a estudiar los signos que nos dá esta complicacion en los tres últimos meses del embarazo.

Para proceder motódicamente señalaremos primero los signos subjetivos i, en último término, estudiaremos aquellos que se derivan de nuestro propio exámen.

1.^o **Hemorragia.**— Es el único accidente que ántes habia llamado

la atencion de los observadores i cuya modalidad ha sido desde mucho tiempo señalada de una manera precisa. La hemorragia por placenta prévia aparece sijilosamente en medio de la mas perfecta salud cuando la paciente está sentada o bien en su propio lecho en las horas del sueño; esta pérdida puede ser abundante desde el primer momento sin ser sin embargo, mortal; su faz característica es ser una hemorragia de repeticion, cada ocho, cada quince o mas dias vuelve el derrame sanguíneo. Segun Pinard las primeras hemorragias nunca son mortales i tienen tendencia a cohibirse espontáneamente.

Como ya lo hemos indicado, antiguamente se creia que estas hemorragias solo aparecian en el curso de los últimos meses. Una estadística reciente hecha por Pinard en la clínica de Baudelocque en 169 casos de hemorragia ligada a la insercion viciosa de la placenta, ella ha sobrevenido 25 veces al principio de la preñez, 11 veces en el 2.º mes, 18 en el 3.º, 7 en el 4.º, 10 en el 5.º, 27 en el 6.º, 25 en el 7.º, 20 en el 8.º, 11 veces cerca del término i 7 veces al principio del trabajo. En 98 casos la hemorragia, como se vé, ha tenido lugar en una época en que el feto aun no es viable, es decir, en la primera mitad de la preñez.

2.º *Ruptura prematura de las membranas.*—Como lo hemos indicado ya al tratar las causas de la hemorragia la opinion por nosotros aceptada, es la sustentada con firmes razonamientos por el profesor Pinard: la contraccion uterina aumentando la presión intra-amniótica provoca la estensibilidad de las membranas; no pudiendo ésta repartirse uniformemente sobre todo el ovoide membranoso i encontrando una fuerte resistencia en las membranas que avcinan a la masa placentaria inserta abajo producen, o bien el desprendimiento de la placenta, cuyas inserciones ceden a la traccion de las membranas o bien la ruptura prematura de éstas. En este caso reemplaza al derrame sanguíneo el derrame del líquido amniótico precediendo mas o ménos largo tiempo al principio del trabajo.

Toca tambien a Pinard el honor de ser el primero que aminorando la importancia que muchos autores daban para explicar este fenómeno accidental de la preñez (delgadez de las membranas, preñez gemelar, hidramnios, estrechez pelviana, relaciones sexuales repetidas, etc.) en señalar como el factor primordial i mas importante a la insercion de la placenta sobre el segmento inferior.

E. Maggiar en un estudio que abarca 6840 partos, al tratar de los accidentes a que dá lugar la placenta prévia, asigna a la ruptura prematura de las membranas el 13.90 %.

Pinard ha encontrado en 147 casos de ruptura prematura de las membranas 105 veces la distancia del orificio de ruptura al borde placentario menor de diez centímetros.

3.º *Parto prematuro.*—Si bien hemos dado capital importancia a la accion de las contracciones indoloras del útero durante el em-

distingnía el soplo placentario; la dificultad de la aplicacion hace poco práctico este medio de diagnóstico.

B.) *Durante el trabajo.*— Cuando durante el embarazo esta complicacion no ha dado lugar a pérdidas sanguíneas, la aparicion de éstas puede coincidir con el principio del trabajo i a veces no aparecer sino en una época bastante avanzada del parto, cuando la parte fetal, encajándose, obra directamente sobre las membranas, produciendo el tiramiento de éstas i en consecuencia la desinseccion de la placenta. Otras veces esta parte fetal obra mecánicamente desprendiendo ella misma la placenta en su avance. Cuando se hace el tacto vaginal de una enferma en estas condiciones no es raro encontrar la vagina llena de coágulos i ver en la vulva un derrame sanguíneo continuo. La exploracion del cuello ademas de presentarnos una consistencia pastosa nos puede dar, cuando existe ya dilatacion i la insercion placentaria se estiende hasta el orificio interno i lo recubre en parte, la sensacion de los cotiledones placentarios. Estos eran los únicos casos que antiguamente eran considerados como de placenta prévia.

La marcha del trabajo nos proporciona tambien signos importantes, señalaremos la ruptura precoz de las membranas, la falta de encajamiento, la presentacion no se apoya sobre el segmento inferior, dilatacion irregular i lenta, falsa rijidez del cuello, presentacion viciosa, procidencia del cordon. No siempre puede existir la procidencia pero siempre por la situacion baja del cordon éste se encuentra comprimido entre la pelvis i la presentacion, lo que se traduce a la auscultacion por alteraciones en el ritmo de los tonos fetales i tinte verde del líquido amniótico.

De todas las presentaciones la mas favorable para la placenta prévia es la presentacion de vértice.

En muchos casos suele aun suceder que esta complicacion, en virtud de la presion ejercida por la cabeza sobre el segmento inferior, no viene a producir ni hemorragias durante el trabajo que marcha enteramente normal, es solo en el momento del alumbramiento cuando la complicacion va a hacerse presente produciendo una hemorragia post-partum. La presentacion de hombro por su falta de adaptacion sobre el área del estrecho superior es la que da lugar a mas graves hemorragias cuando acompaña a una placenta prévia.

En otros casos, bastante raros por lo demas, la insercion baja de la placenta no da lugar a ningun síntoma ni durante el embarazo ni en el trabajo ni en el alumbramiento, pero durante el puerperio la enferma observa una abundante pérdida sanguínea debida a la falta de retraccion del segmento inferior.

X

PRONÓSTICO.— Si consideramos como placenta prévia solamente

aquellos casos en que gran masa de tejido placentario obstruye el orificio interno del cuello, única forma conocida desde antiguo, el pronóstico que deberíamos asignar a esta complicación del embarazo sería gravísimo.

En el estado actual de nuestros conocimientos, debido en gran parte a los estudios de la escuela de Pinard, un gran ensanche ha venido a darse a esta distocia. La medida de las membranas nos ha venido a demostrar que muchos casos que ya acompañándose de hemorragias antes del parto o bien sin otros signos que hemorragias del alumbramiento, eran asignados a otras causas (desprendimiento prematuro, inercia uterina) que a la verdadera inserción de la placenta en segmento inferior.

Del artículo citado de Maggiar sobre la frecuencia de la inserción viciosa de la placenta vamos a citar la parte relativa a frecuencia de los accidentes que pueden sobrevenir a causa de esta complicación: *a*) parto prematuro 17.72 %; *b*) ruptura precoz de las membranas 16.67 %; *c*) ruptura prematura de las membranas 13.90 %; *d*) falta de encajamiento de la cabeza del feto 18.84 %; *e*) hemorragias que pueden aparecer desde el principio de trabajo 3 %; *f*) presentaciones viciosas 3 %; *g*) procidencia de los miembros superiores 0.86 %; *h*) compresión procubitus, procidencia del cordón 0.78 %; *i*) aborto 0.50 %; *j*) procidencia del cordón con los miembros superiores 0.10 %.

Se ve que si la inserción de la placenta en el segmento inferior es muy frecuente, los accidentes son relativamente raros. El parto prematuro, la ruptura precoz y prematura de las membranas se observa lo más comunmente. La hemorragia considerada por los autores clásicos como un accidente casi inevitable no sobreviene, al contrario, mas que en un número restringido de casos. Esta diferencia se explica porque antes de las investigaciones de Pinard no se poseían medios de hacer el diagnóstico retrospectivo de la inserción viciosa y resulta que numerosas placentas insertas sobre el segmento inferior y no habiendo traído ningún accidente, pasaban desapercibidas y no se conocía la inserción anormal sino a la aparición de la hemorragia.

La mortalidad materna y fetal son inferiores a las indicadas por los autores en la clínica de Baudelocque: mortalidad materna el 0.10 %, mortalidad fetal 2.51 % a estas dos razones: 1.º posibilidad de despistar las inserciones viciosas que no han ocasionado accidentes, y 2.º tratamiento empleado.

Lo que aumenta en nuestras poblaciones la gravedad de la placenta previa, principalmente en las clases bajas, es la falta absoluta de examen durante el embarazo; la mayoría de las veces llegan a nuestras maternidades las enfermas casi exangües, agotadas ya por una hemorragia desde el primer momento grave, ya por la repetición de pequeñas hemorragias.

Otras veces es la infección la causa que viene a colocar a enfer-

barazo, no dejamos de reconocer que en parte ella es tambien debida a la falta de paralelismo entre la placenta i el desarrollo del segmento inferior del útero al fin del embarazo; de todos modos la insercion baja de la placenta impide el desarrollo fácil del segmento inferior. Es a estas dos causas: ruptura prematura de las membranas i dificultad del desarrollo del segmento inferior a las que debemos señalar como productoras del parto prematuro en la placenta prévia.

Segun Ribemont-Dessaignes i Lepage la frecuencia proporcional del parto prematuro alcanza al tercio en las mujeres que presentan placenta prévia; de 167 casos de parto prematuro debidos a insercion viciosa señala que en 72 veces hubo ruptura prematura de las membranas.

E. Maggior en la estadística ya citada señala al parto prematuro en la insercion viciosa el 17.72 %

4.º *Presentaciones anormales* — Pinard en su *Tratado de la Palpacion Abdominal bajo el punto de vista obstétrico*, al hablar de la acomodacion del feto durante el embarazo señala, como causa negativa de la presentacion de vértice la no presencia de la placenta en el segmento interior. Esta vicia la acomodacion uterina i la acomodacion pelviana. Mas adelante al tratar de las causas de la presentacion de tronco señala la insercion viciosa de la placenta como una de ellas.

Exámen objetivo.—Palpacion abdominal.—Palpando una mujer en que se sospecha una placenta prévia puede constatarse lo siguiente: En primer lugar, la presentacion no se aplica exactamente sobre el área del estrecho superior i si ayudado por las manos se trata de producir el encajamiento, se encuentra un obstáculo que nos da la sensacion de una resistencia blanda, enteramente especial i bien distinta de la que ofrecen las estrecheces pelvianas; hai una verdadera elevacion de la presentacion. El tacto nos suministra tambien enseñanzas de bastante valor; hai desviacion del cuello que a veces está como embutido haciendo contraste con la parte opuesta del segmento inferior que se encuentra dilatado por la presencia en ella de la placenta, este está tenso i espeso. Cuando se hace la palpacion bimanual se encuentran las partes fetales inaccesibles i cuando la mano que explora el vientre imprime al ovoide fetal un movimiento de acercamiento hacia la mano que está en la vagina, se siente que esta última se encuentra separada de la presentacion por una capa de tejido en ocasiones bastante considerable. Gendrin ha señalado que el peloteo no puede ser percibido.

La auscultacion tambien puede sernos útil, demostrándonos el ruido del soplo placentario oído al nivel del segmento inferior del útero.

El Dr. Wallace ha pensado que la auscultacion vaginal podia ser útil i que por medio de un estetoscopio de madera incurvado se

mas ya debilitadas por las pérdidas sanguíneas, en una situación desesperada; nuestras matronas siguiendo una escuela antigua son execivamente partidarias de la exploracion interna, sabemos cuan deficiente es siempre la antiseptia de sus manos, de aquí que una enferma con placenta prévia cuya desinsercion es una puerta abierta a la infeccion, se encuentre, por la frecuencia de estos exámenes internos hechos por manos no asépticas, en inminente peligro de morbilidad. Otra razon que contribuye poderosamente a hacer mas oscuro aun este cuadro sombrío de las enfermas pobres portadoras de una placenta prévia, es el tratamiento mismo que le dan nuestras matronas i aun, porque no decirlo, muchos de nuestros médicos, el taponamiento vaginal. Necesario es haber visto en la práctica civil como practican esta operacion para no admirarse de los funestos resultados que ella trae consigo. La mayoría se contenta con unir por un hilo resistente un regular número de torundas de algodón, si bien aséptico por su preparacion, trasformado, por las diversas manipulaciones a que lo somete la matrona con mano sucia i poquísimo cuidado, en el mejor elemento de infeccion.

A fin de disminuir en parte el peligro en que se encuentran estas pobres enfermas, seria de desear que entre las obligaciones de la matrona se colocara el deber de llamar a un facultativo para esta clase de asistencia.

El pronóstico para el niño es aun mas desfavorable, i se agrava mui particularmente por el gran número de niños espulsados prematuramente. Cuando la placenta no está completamente desprendida, el descenso de la presion sanguínea a causa de la anemia es funesto para el niño.

Resumiendo diremos, con Schatz, que en la mayoría de los casos el pronóstico de la placenta prévia es siempre dudoso, malo muchas veces, sin embargo puede ser mejorado por la prevision i habilidad del tocólogo.

XI

TRATAMIENTO.—En el bosquejo histórico que sirve de introduccion a este trabajo, espusimos de una manera somera los diversos tratamientos preconizados desde que se conoció que las hemorragias de los tres últimos meses de la preñez eran debidos a una insercion anormal de la placenta.

Tanta diversidad de métodos, casi todos ellos caidos en desuso, no revisten hoi día para el tocólogo sino un simple interes histórico.

Solo nos concretaremos a estudiar de una manera sucinta i detallada los cuatro tratamientos que hoi día se dividen los sufrajios de los mas eminentes prácticos. Ellos son los siguientes:

El taponamiento vaginal, procedimiento ideado por Leroux de

Dijon i preconizado en estos últimos tiempos con vigorosa enerjia por uno de los mas ilustres jefes de la escuela francesa, el profesor Tarnier. *La version incompleta*, tratamiento ideado por Rigby, preconizado i vulgarizado por Braxton-Hicks cuyo nombre lleva. *El método de Barnes* i por último *el procedimiento de Puzos modificado por Pinard*.

TAPONAMIENTO VAJINAL.— Al esponer la técnica de este procedimiento dejaremos la palabra a Tarnier i tomaremos de uno de sus últimos libros «de la asepsia i antisepsia en obstetricia» la esposicion circunstanciada de este método por él vulgarizado.

«Para hacer un taponamiento perfectamente aséptico es necesario tomar precauciones particulares que conciernen: a la mujer, al operador i al tapon. Es evidente a primera vista que si se introduce un tapon en la vagina lleno de microbios encerrareis en cierto modo *el lobo en el chiquero*. Hai necesidad, pues, ántes de practicar el taponamiento, proceder primero a una toilette completa de la vulva, en seguida a una inyeccion vaginal, se hará pasar simplemente un líquido antiséptico por la vagina, de preferencia una solucion de sublimado pero se debe introducir dos dedos en el canal i durante que el líquido corra se frota repetidamente las paredes de la vagina i del cuello para desprender las mucosidades. Para estar listo a aplicar inmediatamente en el momento preciso un tapon anticéptico, es necesario tenerle preparado de antemano, se aconseja pues, tener siempre un tapon listo para ser empleado. Se preparará con pequeñas torundas de algodón sublimado o fenicado amarradas cada una con un hilo aséptico, conservándolas en un frasco de vidrio de boca ancha herméticamente cerrado i lleno de sublimado al 1‰ o de ácido fénico al 20‰. Es preciso saber que el algodón vendido en el comercio bajo el nombre de algodón antiséptico no ha sido siempre esterilizado a la estufa, es prudente pues, desconfiar de su asepsia, es sabio pasarlo por la estufa o hacerlo hervir en una solucion sublimada o fenicada ántes de servirse de él para preparar un tapon. El taponamiento vaginal exige mas o ménos sesenta torundas de mediano volumen i ademas una cierta cantidad de algodón antiséptico que será aplicado fuera de la vulva i mantenido con un vendaje en T destinado a impedir que el tapon sea espulsado de la vagina.

Si no se tiene un tapon preparado de antemano, no se deberá renunciar a este modo de tratamiento, pues será posible preparar un tapon estemporáneo i en condiciones suficientes de asepsia; se tomará para esto algodón antiséptico al sublimado o ácido fénico, algodón que se encuentra casi en todas partes i se hacen torundas que se empapan simplemente en una solucion antiséptica antes de introducirlos en la vagina. Se servirá con ventaja de la gasa iodoformada o salolada etc. No se olvidará que la absorcion del iodoformo del tapon puede determinar fenómenos de intoxicacion sobre todo en las mujeres que han perdido mucha sangre.



Quando se asiste a una jente sin recursos que no se puede proporcionar ni algodón ni gasa antiséptica, se recurrirá al algodón ordinario o a falta de algodón a la estopa, si se tiene tiempo, se hace hervir este algodón o estopa en agua fenicada o aun en agua ordinaria con adición de un poco de carbonato de soda o sal marina i solamente despues de haber esterilizado por la ebullicion las torundas de algodón o estopa, se estará autorizado a introducir las en los órganos jenitales».

Reproduciremos tambien las palabras de Tarnier explicando el modo como obra el taponamiento: «El tapon bien aplicado es un dique opuesto a la sangre que se vierte de la matriz, acumulándose esta entre el huevo i las primeras torundas se coagula, i subiendo hacia arriba, gana los orificios maternales abiertos cerrándolos por completo oponiéndose así a la nueva produccion de sangre». Agrega ademas que despierta las contracciones uterinas.

La propia esposicion de este método hace ver cuán difícil será su buena aplicacion en la práctica. Si ya en el curso de nuestro trabajo hemos señalado como peligroso para las parturientas con insercion viciosa la sola repeticion de la exploracion interna ¿cómo podriamos aconsejar aquí un tratamiento que aun en aquellos casos mejor aplicados, a mas de ser ineficaz para cohibir la hemorragia acarrea vivísimos peligros de producir la infeccion de la parturienta? Vamos a mencionar aquí las esperiencias que el ilustre bacteriólogo aleman Kock ha hecho sobre las seguridades de asepsia que nos puede dar el taponamiento vaginal. Kock embibe en líquidos antisépticos variadas torundas de algodón hidrófilo ordinario que impregna en seguida con sangre de buei mezclada de secreciones vaginales, coloca el todo en la estufa a 37° i al cabo de algunas horas que varían entre ocho i noventa, toma fragmentos de algodón para examinarlos i cultivarlos; ahora bien, ha encontrado bacterios en todos los casos i los cultivos han sido constantemente fértiles. El autor concluye que ningun antiséptico es susceptible de impedir el desarrollo de microbios en los tapones de algodón.

Si los propios partidarios del taponamiento declaran que para su éxito posterior se necesita que los cuidados de asepsia i antisepsia mas rigurosa presidan a su empleo, si proclaman que la sustancia que sirva para hacerlo debe ser bastante permeable para que se deje impregnar por los líquidos antisépticos i bastante cohesiva para no permitir solucion ninguna de continuidad entre los elementos que lo componen, concluiremos despues de las observaciones de Kock i de citar casos acaecidos en la clínica de la «rue d'Assas» verdadero santuario del taponamiento vaginal, que este es un procedimiento anticuado i que debe ser aceptado solamente en aquellos casos raros en que la lei de la extrema necesidad lo impone.

En una tesis publicada en Paris por Abd-el-Nour sobre *Les méfaits du taponnement vaginal dans le placenta prævia*, el autor

analiza otra memoria publicada por Boardier discípulo de Tarnier titulada "*Insercion viciosa i taponamiento vaginal*"; en esta tesis la estadística presentada por Bourdier es sometida a riguroso exámen, lo que hace subir la mortalidad materna, mantenida por Bourdier en la cifra de 1.7 % al 12 i al 40 % (mas cerca del 40 que del 12 %) i la mortalidad fetal señalada por Bourdier con el 64 %, oscilando entre 60 i 90 % (pero tambien mas cerca del 90 que del 60 %). Para demostrar la ineficacia del taponamiento como dique opuesto a la sangre, reproduciremos aquí las palabras con que Abd-el Nour combate la observacion 14 de la tesis de Boardier quien esplica la muerte de la enferma por haber entrado a la clínica *en estado de anemia grave*: «Se vé, escribe Abd el-Nour, que esta mujer ha entrado a la clínica el 17 de Febrero i no ha muerto sino el 3 de Marzo, 14 dias durante los cuales diariamente se constataba que la curacion estaba empapada de sangre; este tiempo nos parece suficiente para levantar el estado jeneral por mui anemiado que fuese; es, pues, asombroso que no se le haya desembarazado de la causa principal de estas hemorragias: el contenido del útero. En todo caso catorce dias de tratamiento riguroso, como se hace en una clínica, nos parece suficiente para desechar la suposicion que esta mujer haya entrado en el último extremo i que los tres tapones practicados en lugar de otra cosa no tengan ninguna influencia en la muerte».

Auvard, partidario tambien del taponamiento, registra entre 47 casos, diez i seis en los cuales el algodón se ha dejado empapar por el líquido sanguíneo, el cual salia al exterior a traves de él aunque en pequeña cantidad.

Depaul en sus «Lecciones de clínica obstétrica» cita un caso en que pocas horas despues de haberse aplicado el taponamiento se encontró el algodón empapado en sangre i líquido amniótico, lo que prueba que en este caso medió una hemorragia interna i no se achaque tal contratiempo a la torpeza de quien lo practicara, que a nadie se le ocurrirá tachar de torpe a Depaul que fué quien lo practicó.

Hemos analizado ya la primera buena condicion del taponamiento, es decir su mayor o menor eficacia para cohibir la hemorragia. La segunda condicion que en favor suyo alegan sus partidarios es la de provocar las contracciones uterinas, i esto en contraposicion de lo que aseveran ellos mismos al tratar de este método durante el curso de la preñez, en que aseguran que permite la continuacion del embarazo. Depaul, en su obra tantas veces citada, señala casos en que despues de 24 i de 36 horas no provocó contraccion alguna; Muller cita casos en que no despierta contracciones sino despues de ocho dias i recordaremos por fin las observaciones de Hégár en que, léjos de provocar contracciones uterinas, despierta vivamente las contracciones abdominales ocasionando sufrimientos enteramente inútiles a las desgraciadas enfermas; con



la autoridad de tan respetables maestros se nos permitirá negar al taponamiento la facultad de provocar el parto en toda circunstancia.

Johann-Füth en un artículo publicado en el Centralblatt Für Gynecologie N.º 36 página 918, estudiando el tratamiento de la placenta previa i analizando 50 casos observados en la comuna de Coblenz, se espresa del modo siguiente al referirse a este método: «la espectacion, a la cual se une a menudo el taponamiento, es peligrosa», en las 50 mujeres de la estadística precedente, dos murieron de hemorragia antes de haber parido; en los dos casos la primera pérdida sobrevino algun tiempo antes del parto, las pérdidas ulteriores fueron tratadas por el taponamiento, i para la última pérdida que fué mortal los socorros médicos llegaron demasiado tarde.

Si con la espectacion las hemorragias no conducen directamente a la muerte, ellas debilitan la mujer i le quitan su resistencia bis a bis de la pérdida sanguínea producida por el parto i bis a bis tambien de la infeccion posible.

El taponamiento con algodón practicado por las matronas es una fuente grave de infeccion i es a menudo insuficiente.

En 38 casos sacados del cuadro precedente, un cierto lapso de tiempo trascurrió entre la primera hemorragia i el parto i durante este lapso de tiempo veinte i cinco veces se hizo el taponamiento, 13 veces no fué aplicado. Ahora bien, en estos 13 últimos casos 3 veces la madre murió (23 %) una de fiebre puerperal, una de hemorragia post-partum i la tercera de causa desconocida. En los 25 casos en que se aplicó el tapon, 14 sucumbieron (56 %) dos antes del parto, una durante el trabajo, dos a causa de la hemorragia del alumbramiento, cuatro despues del parto agotadas por las pérdidas anteriores i las otra cinco de fiebre puerperal.

Pinard, enemigo decidido del taponamiento le reprocha: 1.º ser doloroso; 2.º ser ineficaz porque no detiene siempre la hemorragia i no provoca ni acelera siempre el trabajo. Aun con un taponamiento bien hecho la sangre puede acumularse por encima de él o infiltrar el tapon. El dique no es eficaz; 3.º ser habitualmente fuera de las clínicas mui mal practicado. Lo mas a menudo se contentan con poner en la vagina nnas cuantas torundas de algodón que no pueden sino imperfectamente llenar el doble objeto del taponamiento. 4.º Dificultar la evacuacion de los reservorios vesical i rectal i producir del lado de la vagina heridas contusas que si no se infestan inmediatamente gracias a las precauciones antisépticas, abren sin embargo la puerta a la infeccion.

Para terminar esta esposicion acerca de los peligros de este método adoptado como sistema para el tratamiento de la insercion viciosa, reproduciremos aquí las conclusiones a que llega Abd-el-Nour en la citada tesis: 1.º En todos los casos en que la hemorragia es débil o mediana, el tapon puede ser remplazado ven-

tajosamente. Su aplicacion sistemática puede tener un funesto resultado, seguro para el feto i mui probable para la madre.

2.º En todos los casos de hemorragia grave, el taponamiento es ineficaz i peligroso porque oculta al partero la continuacion de la pérdida sanguínea, impidiéndole combatirla en ese tiempo precioso, ademas obliga al partero a levantarlo de tiempo en tiempo para supervijilar el trabajo i la dilatacion multiplica las manipulaciones i por consiguiente aumenta las probalidades de infeccion. En todos estos casos graves ha sido preciso reemplazarlo, a menudo mui tarde por otros métodos mas eficaces que habria sido preferible emplear al principio.

3.º El taponamiento tiene por resultado inmediato, una mortalidad materna que oscila entre 12 i 40 % (mui a menudo mas cerca de 40 que de 12 %) i una mortalidad fetal que oscila entre 60 i 90 % pero igualmente mas menudo mas cerca de 90 que de 60 %.

4.º A causa del taponamiento, segun todas las observaciones en que se ha podido anotar este detalle se notan mui a menudo la hipertermia i accidentes propios a una invasion microbiana debida a las manipulaciones exijida para la aplicacion del tapon i mui a menudo, a la septicidad mas o ménos grande de las partes que lo constituyen.

5.º Casi no hai necesidad de indicar que el taponamiento es un medio de tratamiento que se deberia desechar de la práctica civil, dada la imposibilidad de practicarla en ella con la perfeccion que alcanza en los santuarios hospitalarios consagrados especialmente a su culto.

El Dr. Charles, profesor de partos i director de la maternidad de Lieja, tratando de los diferentes cargo que se ha hecho al taponamiento, coloca, entre otras análogas a las ya enumeradas anteriormente el siguiente: "puede transformar la pérdida esterna en interna. Cuando las membranas están rotas i las aguas se han derramado, la sangre en cantidad bastante grande puede acumularse en el útero."

R. Labusquière, analizando la tésis de Abd-el Nour i refiriéndose en especial al taponamiento, se espresa del modo siguiente: "nuestra conviccion con respecto a la ineficacia e inutilidad, por no decir mas, de este medio de tratamiento es absolutamente inquebrantable. Esperamos que un estudio atento de los hechos que hemos resumido con escrupulosa exactitud, baste ampliamente para llevar el convencimiento a aquellos que en su práctica no se guian sino por el interes de sus enfermos.

Algunos autores han introducido reformas a este taponamiento que bien podriamos denominar clásico, reemplazando la gasa o las torundas de algodón con otros utensilios como el Colpeurynter de Braun, el globo elytro terigoideo de Chassagny, los pesarios de Gariel i las vejigas de cerdo de Miquel i Stein. Pero estos procedi-

mientos son considerados por los propios partidarios del taponamiento clásico como mui inferiores e insuficientes.

¿Podríamos con un criterio imparcial aconsejar para la práctica civil, este procedimiento que alcanza a tener una mortalidad materna de un 40 % i a veces la enorme mortalidad infantil de un 90%, i esto en hospitales en donde se ha hecho del taponamiento el método de eleccion? Seguramente nó.

Mal que pese a sus partidarios este método es anticuado i, como ya lo dijimos, solo debemos reservarlo para aquellos casos en que las circunstancias mas desfavorables, nos imposibiliten para adoptar los modernos i mas benéficos procedimientos aconsejados principalmente por el sabio profesor Pinard.

MÉTODO DE BRAXTON-HICKS.—VERSION INCOMPLETA.—VERSION BIPOLAR.—Esta operación aconsejada por Brusch, Wigand, Braun, fué recomendada sobre todo por Robert Barnes. Rigby fué el primero que la practicó en casos de placenta prévia. Braxton-Hicks le dió el nombre de *version bimanual* i la vulgarizó desde 1864. En atencion a sus estudios i sistematizacion del método, esta operación lleva hoi dia su nombre.

Mas que en la escuela inglesa donde tuvo su cuna esta intervencion adquirió desde mui temprano gran boga en las maternidades alemanas; ahí la vemos practicada por Schroeder i por Martin desde 1876 i despues por Hofmeier, por Böhm i Löhmer, alumnos de Schroeder.

La escuela francesa tambien aceptó el procedimiento i en 1890 Laskine la adoptó como punto de estudio para su tesis del doctorado (*Essai sur la Version bipolaire*).

Hé aquí el manual operatorio preconizado por Braxton-Hicks: la mano izquierda es introducida en la vagina, la derecha colocada sobre el abdómen hacia el fondo del útero comprime suavemente la pelvis fetal rechazándole al lado derecho, siguiendo los movimientos a medida que la pelvis cambia de lugar; en tanto la mano izquierda rechaza en sentido inverso la parte fetal que se presenta. Cuando la pelvis ha bajado se toma la rodilla o se trata de tomar o de bajar un pié. Cuando el pié es traído así al nivel del cuello Braxton-Hicks aconseja esperar i conducirse como si se tratara de una presentacion primitiva de pelvis.

El mecanismo como obra este procedimiento es mui fácil de explicar: el pié llevado al orificio esterno despues de la ruptura de las membranas, que tiene forzosamente que precederle, obra como tapon ocluyendo los orificios abiertos de los vasos útero-placentarios, aplicando la placenta desprendida parcialmente contra la pared del útero; por su presencia en el orificio del cuello despierta las contracciones uterinas que, a la par que la dilatacion impulsan el feto a traves de la ilera pelvi-jenital. A medida que avanza la dilatacion aumenta el encajamiento, sirviendo sucesivamente de tapon el miembro inferior, la pelvis, el tronco, hasta que se

termina la espulsion. Una operacion así practicada, sin el ausilio de ningun instrumento, sirviéndose del propio feto i de las fuerzas naturales maternas para cohibir la hemorragia, natural es que sujestione los ánimos i que se le haya considerado hasta los últimos tiempos como el ideal en el tratamiento de la placenta prévia; pero si en verdad la estadística de la mortalidad materna alcanza en algunos servicios a cifras que pueden ponerse en parangon con las de otros métodos, el cuadro mas sombrío se destaca cuando llegamos a examinar la mortalidad infantil que queda aun a la cifra verdaderamente enorme de 70 a 75% i esto en las séries presentadas por los mas distinguidos tocólogos i propios preconizadores del método. ¿Cuál será la razon de esta exesiva mortalidad fetal? Algunos han tratado de explicarla, en virtud de la accion refleja que provoca el aire frio sobre el pié del niño, haciéndole producir movimientos de inspiracion, dentro del seno materno. Nosotros nos permitimos agregar a estas razones la compresion de los propios vasos placentarios, por el cuerpo del niño dificultando así la circulacion fetal; si a esto unimos la lentitud del trabajo por el hecho de ser la porcion pelviana la que viene a provocar la dilatacion, la irregularidad de las contracciones uterinas, en una mujer agotada por la pérdida sanguínea, la mayor compresion que sufre el cordon en la presentacion pelviana, i por último, las mayores dificultades que suele presentar en casos de orificio uterino no bien dilatado la estraccion de la cabeza, podremos explicarnos el por qué de la gran mortalidad fetal.

Por lo que respecta a los peligros que trae consigo la version bipolar, vamos a insertar aquí, la série de objeciones que hace un distinguido profesor ya anteriormente citado el Dr. Charles de Lieja, en su *Curso de Partos*: "Se comprende que un tumor duro, voluminoso i redondeado como la cabeza al adoptarse sobre el segmento inferior del útero lo comprima, pero un pié ni aun los dos pies son capaces de producir semejante resultado. Playfair, Barnes, Löhmer, etc. en vez de recomendar la version cefálica por maniobras esternas, como lo hemos hecho nosotros, aconsejan practicar la version bipolar *aun en las presentaciones de vértice*. La permanencia de uno o dos dedos en el cuello i los movimientos que deben ejecutar para levantar i hacer cambiar de lugar las diferentes partes fetales que, sucesivamente vienen a presentarse, durante la maniobra son difíciles i aumentan, sin duda alguna, el desprendimiento de la placenta i por consiguiente la hemorragia en la insercion marginal; en la insercion central la operacion sería ciertamente peligrosa, sería para nosotros una falta ensayarla."

Para Schröder el tratamiento de la placenta prévia es extremadamente simple: Taponamiento hasta que el cuello sea bastante dilatado para poder desprender un pié, despues abajamiento de este pié por maneobras internas i esternas i tracciones progresivas mas i mas fuerte sobre este pié. Schröder alcanza así una

dilatacion mas pronunciada que Playfair de suerte que su proceder es preferible, porque, si la hemorragia persiste, la terminacion del parto presenta menos dificultades. Dürrsen procede de la misma manera. Sin embargo creemos mas sabio dejar el tapon mas largo tiempo aun, es decir, hasta que la dilatacion sea suficiente para permitir, si hai necesidad la extraccion fácil del niño: la version bipolar con sus inconvenientes no tiene entonces razon de ser, el interes del niño está salvaguardado tan bien como el de la madre.

Dejando a un lado la creencia del profesor de Lieja respecto al taponamiento por existir actualmente medios que permiten reemplazarlo con ventaja, nosotros mantenemos en pié sus observaciones contra la version bipolar como método de eleccion. El consejo de Schröder de ejercer tracciones progresivas mas i mas fuerte sobre el pié, en una época en que el orificio del cuello está aun incompletamente dilatado produce graves dislaceraciones de parte del organismo materno que ayuda a colocar a la enferma en una situacion crítica, abriendo así mayores puertas a la infeccion, necesariamente fatal en enfermas tan debilitadas por hemorragias frecuentes.

¿En qué caso se podria en el momento actual, conocidas las ventajas indiscutibles de los nuevos métodos, aconsejar este procedimiento? Solo en aquellos casos graves en que o bien por una asistencia demasiado tardia o bien sea por las condiciones vitales del feto, (parto prematuro) estimemos que, serán inútiles todos nuestros esfuerzos con el fin de salvar la vida del infante; cuando una auscultacion metódica nos haya traído la conviccion de su segura muerte próxima, encontraremos en la version bipolar hecha bajo la mas rigurosa anticepsia i con la habilidad precisa a fin de no aumentar con las maniobras internas el desprendimiento de una mayor zona placentaria, un buen recurso terapéutico. Cuando llamados cerca de una enferma con placenta prévia, sin otros elementos que nuestras propias manos nos encontremos, rotas ya las membranas, con una presentacion de tronco, sea cualquiera la dilatacion del orificio, nos apresuraremos a efectuar esta version por maniobras combinadas a fin de cohibir la hemorragia i dar una mejor direccion a las fuerzas espulsivas del trabajo. En todos aquellos casos en que tengamos que recurrir a este método tendremos que ejercer una supervijilancia de todos los momentos sobre el útero mismo, a fin de evitar que una pérdida interna, venga a aumentar de una manera repentina la estrema gravedad de tan difíciles momentos.

Antiguamente, se aconsejaba a fin de despertar las contracciones uterinas una vez practicada la version, administrar el cornezuelo de centeno; Dubois, Depaul, Playfair i muchos otros, reconocieron este modo de obrar. No tenemos para que insistir en las dificultades que encierra esta medida, encontrándose en la hora

actual completamente proscrito el medicamento mencionado toda vez que el útero no esté completamente vacío. Buscaremos en otros medios la necesaria estimulación del útero, a fin de evitar una pérdida sanguínea interna i acelerar la marcha del trabajo, señalaremos entre otros, las fricciones abdominales como las irrigaciones calientes sobre el cuello, la aplicación de la electricidad colocando uno de los polos en la vagina por medio de una sonda de Ewald i paseando el otro en la pared abdominal sobre el fondo i cara anterior del útero.

Ni aun en aquellos casos en que el orificio uterino sea lo suficientemente dilatado, a fin de permitir la extracción fácil del feto, nos apresuraremos a terminar el parto en aquellos casos en que una hemorragia grave, haya colocado a la enferma en una inminencia morbida. No son raros en los anales de la ciencia los casos de muerte súbita cuando se ha tratado de operar con rapidez en circunstancias semejantes.

Hofmeier tiene el gran mérito de haber enérgicamente recomendado la versión combinada i la extracción lenta, salvo que él lo usa en todos los casos. Para atenuar su responsabilidad por lo que respecta a su gran mortalidad infantil dice que es preciso *tener el valor de dejar morir al niño*.

Fritsch aconseja también esta manera de obrar i se expresa así: «las ventajas de la extracción lenta son tan considerables que no se puede renunciar a ella ni aun en el riesgo de tener que atribuirle la muerte del niño».

Los propios parteros alemanes, Fritsch entre ellos, señalan casos en que la versión combinada no alcanza ningún éxito ya por un volumen demasiado grande de la cabeza, ya por la situación muy alta del niño, ya por que una pared abdominal muy gruesa impide toda acción por el exterior o bien porque la presentación transversa, es demasiado fija para poder transformarla por la sola acción de los dedos.

MÉTODO DE BARNES. — Barnes en 1864 era de opinión de romper artificialmente las membranas para evacuar el líquido amniótico i provocar la contracción uterina; esta simple maniobra basta habitualmente para detener la hemorragia, si esta era insuficiente i continuaba aquella, desprendía con los dedos toda la porción placentaria fija sobre la zona cervical. Para esto se introduce, decía, la mano en la vagina, se avanza con uno o mas dedos lo mas lejos que sea posible entre la placenta i el útero, se les hace describir un círculo al rededor del orificio uterino a fin de desprender la placenta lo mas posible. El autor inglés creía que este procedimiento producía: 1.º Una excitación que favoreciendo las contracciones uterinas determinaba una retracción muscular i por consecuencia la obliteración a lo ménos parcial de los orificios vasculares desgarrados. 2.º Una dilatación mas fácil del orificio en virtud de que la presencia de la placenta, constituye segun él un

obstáculo mecánico a la dilatacion. En los casos en que a pesar de estas maniobras, las contracciones no aparecen, Barnes, aconseja el uso de sus *sacos violones*, que va reemplazando a medida que progresa la dilatacion por otros mas i mas gruesos; desgraciadamente estos no son bastante voluminosos para producir una dilatacion completa.

Cuando el cuello está dilatable, si la cabeza está movable, Barnes termina el parto por la version mista.

J. Murphy en vez de sacos de cauchou introduce los dedos en forma de cono i termina así la dibatacion i combina este método, con la version bipolar. En una estadística reciente de 63 mujeres, ha notado 2 muertes o sea un 3.2 % de mortalidad materna i un 43 % de mortalidad infantil.

Barnes, en una estadística de 69 casos, da 6 muertes o sea una mortalidad de 8.5 %. Dudamos mucho de la exactitud de esta última cifra de mortalidad infantil, aunque si bien pensamos, muchas veces el Dr. Barnes solo habrá tenido que romper las membranas para cohibir la hemorragia i dejado el parto a las solas fuerzas naturales i estamos quizas en toda la verdad al creer que solo en estos casos habrá alcanzado a resguardar la vida del feto ya que la prosecucion de su método, aumentando el desprendimiento de la placenta, disminuye en una proporcion imensamente mayor las probabilidades de vida para el infante. La segunda parte de este método o sea el desprendimiento de la placenta, por medio de los dedos llevados segun la propia espresion de Barnes hasta donde alcanen, es para nosotros enteramente contraproducente, solo sirve a nuestro parecer para aumentar las probabilidades de infeccion, dar mayor fuerza a la hemorragia i traer como ya lo hemos indicado la muerte segura del niño.

La introduccion de los sacos violones con el fin de producir la dilatacion i despertar las contracciones uterinas, es un procedimiento ya inadecuado, los cambios de un violon por otro de mayor volúmen, repitiéndose segun la propia espresion de Barnes cada media hora molestan i fatigan a la enferma, esponiéndola aun mas por la repeticion de las manipulaciones, a los peligros de la infeccion. Hoi en dia, los globos inextensibles de Champetier de Ribes i de Lucas, han venido a reemplazarlos con sumas ventajas. Nos ocuparemos con mayor estension de ellos al esponer el siguiente método de tratamiento.

MÉTODO DE PINARD.—A.) *Durante el embarazo:* Las hemorragias por placenta inserta en el segmento inferior, pueden aparecer desde los primeros meses de la preñez; ya anteriormente hemos anunciado que la insercion viciosa, es una causa frecuente de aborto. Contra la hemorragia en este período, poco de especial tendremos que hacer, salvo los medios jenerales que se prescriben en todos los casos: reposo absoluto en el lecho, inyecciones vaginales calientes i sedantes: morfina, viburnum, antipirina; i si en algun

caso, logramos en época tan prematura precisar nuestro diagnóstico, nuestra mayor atención debe circunscribirse a los cuidados especialísimos de que debemos rodear a la enferma durante el resto de su embarazo.

Schatz en el Congreso de Ginecologistas ya citado, cree que si la placenta inserta abajo puede ser reconocida en los primeros meses, no solo estaría autorizado el aborto artificial sino también absolutamente indicado, debiendo ir seguido de un raspaje de la mucosa uterina.

Keiffer jefe del servicio de Ginecología en la policlínica de San Juan en Bruselas, ha publicado en *La Presse medicale belge*, 18 de Marzo del 94, el caso de un aborto de cinco meses producido por una inserción de la placenta en el segmento inferior. En este caso la expulsión del feto es seguida de una hemorragia bastante abundante que fué difícilmente vencida a pesar de las inyecciones muy calientes i del masaje uterino, se practicó el taponamiento con gasa esperando la expulsión espontánea de la placenta; como ésta, al ser retirado el tapon al día siguiente, no se produjera, Keiffer practicó el tacto intra-uterino i trató de desprender la placenta; fué trabajo perdido, ésta adhería sólidamente al segmento inferior, un centímetro del orificio interno hacia la derecha i adelante i tuvo que ser retirada por el raspaje instrumental. En sus reflexiones sobre este caso al ocuparse del tratamiento de la retención placentaria, dice que el taponamiento intra-uterino, provocará casi siempre la expulsión si la inserción es normal, cuando la placenta es previa, el taponamiento no sirve para nada sino solo para contemporalizar inútilmente, lo que aumenta las probabilidades de infección i de hemorragia grave.

La retracción del globo uterino no obra ni directamente sobre la placenta previa, ni indirectamente por intermedio de la gasa por mas bien aplicada que sea. Importa pues, según él, en todo aborto determinar después de la expulsión fetal, la posición aproximativa de la placenta por medio de la sonda uterina o del dedo i en aquellos casos en que sea reconocida previa no esperar, sino intervenir inmediatamente por el despegamiento o el raspaje.

La hemorragia puede retardarse i no aparecer sino en los últimos meses i aun en las últimas semanas del embarazo; en los casos menos graves basta el reposo para que ésta se detenga por sí sola; cuando desde el primer momento la pérdida sanguínea es abundante, deben prescribirse las irrigaciones vaginales calientes en cantidad de tres o mas litros, con las mayores precauciones anti-sépticas.

En todos los casos en que durante el embarazo se tiene que tratar una enferma con esta complicación, es prudente aconsejar que siempre haya en la casa la cantidad suficiente de agua hervida, fría i caliente a fin de poder en cualquier momento estar en aptitud de hacer una irrigación caliente.

Cuando a pesar de todos estos medios, persiste de una manera tenaz aunque no mui abundante, la pérdida sanguínea i el estado jeneral de la enferma se va debilitando gradualmente, haciéndonos temer por su vida dado el caso que sobreviniera una hemorragia grave, inmediatamente debemos apresurarnos a intervenir pronto a fin de prevenir la menor pérdida sanguínea por mas lijera que sea. En este caso es cuando presta los mas útiles servicios el procedimiento de Pinard: la ruptura artificial de las membranas.

En jeneral, siempre que haya una pérdida sanguínea, el cuello se encuentra mas reblandecido i es a veces cuestion de poco momento, el llegar mediante el esfuerzo del dedo que practica el tacto vaginal hasta el contacto de las membranas; luego para proceder a romperlas artificialmente en el curso de la preñez despues de todas las precauciones antisépticas necesarias, tanto de parte de la enferma i del operador, se introduce 1 o 2 dedos a traves del cuello hasta llegar al contacto del huevo, entónces, sirviéndose del dedo como guia se introduce un rompe-membranas o un estilete cualquiera i se atraviesan las membranas desgarrándolas ampliamente a fin de evitar las tracciones de la placenta por las membranas i en particular por el corion.

No necesitamos advertir que para facilitar esta sencilla operacion colocaremos a la enferma en posicion obstétrica. Despues de esta ruptura i cuando se ha tenido el cuidado de ensanchar bien la abertura con el dedo, la hemorragia se detiene i las contracciones uterinas anunciando el principio del trabajo no demorarán en aparecer siguiendo una marcha absolutamente normal.

Cuando en ciertos casos esepcionales, la prosecucion del trabajo no tiene lugar, si el estado jeneral es satisfactorio, si la pérdida sanguínea ha cesado, preciso es tener paciencia i saber esperar; se coloca a la enferma en su lecho observando con atencion i a intervalos cortos, la naturaleza del líquido que sale fuera de los órganos jenitales. La temperatura debe tomarse con frecuencia i solamente nos apresuraremos a intervenir, cuando el alza de la columna termométrica nos anuncie una nueva complicacion o cuando la hemorragia se reproduzca.

Cuando somos llamados para atender a una enferma ya sumamente diezmada por graves i frecuentes pérdidas sanguíneas, distinto será nuestro modo de obrar; si el estado jeneral es mui grave, acudiremos en primer lugar en su aynda procurando levantarlo por medio de las inyecciones de suero artificial o estimulantes jenerales, procuraremos en seguida, reanimado ya éste, romper artificialmente las membranas i como no debemos esperar un momento, pues la menor pérdida podria poner en peligro la vida de la enferma, trataremos de apresurar la dilatacion i ayudar a la hemostásis aplicando en el interior del útero un glob. dilatador, sea el modelo de Champetier de Ribes, sea el último modelo de

Lúcas que obra a la vez como un taponamiento intra-uterino i como un agente despertador de las contracciones.

En todo caso en que el exámen durante el embarazo revele una presentacion viciosa hoy dia el partero está obligado a transformarla en una presentacion de vértice por medio de la version esterna. Sabemos en virtud de numerosas estadísticas, lo favorable que es, tanto para el niño como para la salud de la madre la presentacion de vértice en los casos de placenta prévia.

Antiguamente algunos autores habian creido que la insercion baja de la placenta era una contra-indicacion formal para la version por maniobras esternas, Pinard léjos de ser de esta opinion declaraba ya en 1889 en su Tratado de Palpacion ya citado, que consideraba esta complicacion como una indicacion formal para la operacion.

Al tratar este punto, Pinard se pregunta: ¿qué polo fetal debe llevarse al estrecho superior? i a esta cuestion responde del siguiente modo: «si Braton-Hicks i sus partidarios no dudan en traer en todos los casos la estremidad pelviana hácia abajo, no soi de su opinion, teniendo la conviccion que el niño corre siempre mayores riesgos cuando se presenta por la pelvis, que cuando lo hace por el vértice, pienso que es preferible, cuando las circunstancias lo permiten de traer el vértice hácia abajo. Por lo tanto, cada vez que la esploracion del segmento inferior me ha permitido constatar que esta rejion no está constituida por un espesor considerable, que ademas he apreciado el espesor de la pared abdominal i he podido darme cuenta de la facilidad con que podria mantener la cabeza, llevo inmediatamente hácia abajo esta última pronto a hacerla evolucionar i a traer la pelvis si veo que queda elevada, que se aplica mal sobre el área del estrecho superior, que no tenga ninguna tendencia a encajarse i sí, por el contrario, mucha a deslizarse a una de las fosas iliacas.

En un caso de insercion marjinal de la placenta, habiendo ya producido mui graves hemorragias practiqué la version por maniobras esternas i forzado el feto a encajarse, la hemorragia no se reprodujo ni durante la preñez, ni durante el trabajo.»

Del exámen de la placenta en este caso el Dr. Cantacuzene, esterno entonces del hospital de las clínicas, da la siguiente relacion: «La ruptura de las membranas se ha hecho al nivel del borde de la placenta. En este punto la placenta presenta lesiones que atestiguan las hemorragias anteriores; se constata una atrofia, una desaparicion casi completa de los cotiledones, en su lugar una capa bastante espesa de fibrina de aspecto grisáceo; esta porcion de placenta que mide 3 centímetros de ancho por 11 de largo, (en el sentido de la circunferencia) resalta por su aspecto, por su color i por su poco espesor del resto de la placenta.»

Hemos reproducido en estenso esta parte de la relacion para



probar a ciertos incrédulos que se trataba en este caso de una verdadera placenta previa.

La version por manebrias esternas, tambien ha sido recomendada por Charles en el Curso de Partos, al tratar de las ventajas de la ruptura de las membranas i esponer las favorables codiciones que esta intervencion produce para cohibir la hemorragia, agrega: "son sobre todo favorables cuando el vértice se presenta, por esta razon es necesario en otras presentaciones tratar de llevar la cabeza hacia el segmento inferior por maniobras esternas: esto es útil en la presentacion pelviana e indispensable en las de hombro." Mas abajo agrega: "el vértice es el mejor de los tapones que obre de arriba abajo; en rigor puede bastar la pelvis pero es útil llevar la cabeza al estrecho superior por maniobras esternas."

B.) Durante el trabajo.—La base de este método abraza el doble fin de detener la hemorragia i apresurar cuanto posible sea, la evacuacion del útero. Siempre que la hemorragia no sea abundante, puede bastarnos el uso de las irrigaciones vaginales calientes; en casos que el derrame sanguíneo no ceda a estos medios debemos recurrir a la ruptura artificial de las membranas.

Esta no presenta como en el embarazo, dificultad alguna i se recurre a ella con tanta mayor seguridad, cuanto no hai aquí ya el peligro que acarrea para el niño la anticipacion del trabajo.

Pinard ha señalado como un guia para hallar el sitio de las membranas en la insercion mui baja de la placenta, el fácil acceso por medio del tacto a los cotiledones placentarios. Este es con frecuencia signo de la insercion posterior de la placenta e indica que el dedo debe buscar las membranas hacia adelante por detras de la sinfisis.

Aquí como en la ruptura artificial durante el embarazo debemos hacer incapié en un punto: no debemos circunscribir la ruptura a la parte atravesada por el rompe-membranas, debemos para obtener éxito desgarrarlas ampliamente con la ayuda de los dedos. Muchas veces la persistencia de la hemorragia despues de esta intervencion no obedece sino a una abertura insuficiente de las membranas. A veces a pesar de hayarse ampliado lo suficiente la desgarradura, la hemorragia puede persistir todavia o reaparecer despues de un corto intervalo: esta persistencia de la hemorragia es debida entonces a desprendimientos mecánicos de la placenta por el paso del feto a traves de la hilera pelvi-jejital.

Cuando veamos que no hai tendencia a un avance progresivo del trabajo o bien que a pesar de la ruptura (casos esepcionales) persiste el derrame sanguíneo, nos apresuraremos a acelerar la dilatacion del útero por medio de ajentes dilatadores. Nos podemos servir de los globos inestensibles de Champetier de Ribes, del nuevo modelo de Lucas i cuando faltos de estos instrumentos exista urgente indicacion de intervenir podremos obtener una dilatacion rapida mediante el ingenioso método manual de Harris

que conjuntamente con los otros agentes dilatadores espondremos en detalle en el apéndice.

La colocacion de los globos inestensibles llena dos indicaciones: 1.º cohibe la hemorragia i 2.º acelera la dilatacion.

Una vez alcanzada ésta variará nuestra conducta segun el estado del feto i la variedad de la presentacion.

Presentacion de vértice.—Feto vivo: si hai falta de fuerzas espultrices aplicacion de forceps. Antes de esta aplicacion debemos tratar de estimular las contracciones (duchas calientes, quinina, fricciones). Feto muerto: Basiotripsia.

Presentacion de cara o de frente.—Sin encajamiento, feto vivo: version i estraccion. Encajado: forceps. Feto muerto, sin encajamiento: version incompleta, encajado: Basiotripsia.

Presentacion pelviana.—Feto vivo: estraccion en cuanto la dilatacion lo permita, feto muerto: descenso del pié hasta colocar la pelvis sobre el cuello, dejando su espulsion a las fuerzas naturales.

En este caso debemos vijilar constantemente el útero a fin de proceder inmediatamente a la estraccion si tenemos síntomas de hemorragia interna.

Presentacion de hombro.—Si no hai contraindication: version por maniobras esternas i proceder segun la presentacion definitiva. Si el trabajo está avanzado: version interna. En aquellos casos mui raros en que el hombro está encajado o la falta absoluta de las aguas haga imposible la fácil evolucion del feto, se practicará la embriotomía (decolacion, evisceracion, raquiotomía).

XII

ALUMBRAMIENTO.—Cuando el caso es grave, no debe esperarse un momento i se terminará el parto por la estraccion artificial de la placenta; aquí los métodos de espresion fracasan, puesto que al obrar sobre el cuerpo del útero no obramos sino indirectamente sobre la placenta.

Despues de la estraccion se hará un lavado intra-uterino caliente i si persistiera un pequeño derrame, el taponamiento intra-uterino con gasa yodoformada.

En los casos comunes se hará, si tenemos tendencia a la hemorragia, irrigaciones vaginales calientes hasta que el líquido de la inyeccion salga completamente claro. En la mayoría de los casos que hemos tenido oportunidad de presenciar, este procedimiento, ha bastado para traer la pronta espulsion de las secundinas.

En los casos de aborto con retencion placentaria, debemos hacer el tacto intra-uterino para asegurarnos del punto de insercion de la placenta; cuando ésta se inserta abajo, debemos proceder sin



pérdida de tiempo a su estraccion manual o instrumental (caso de Keiffer.)

CUIDADOS JENERALES.— Siempre que tengamos que tratar casos de esta naturaleza debemos tener a la mano un arsenal provisto de todos aquellos elementos necesarios para combatir una hemorragia grave (globo de oxígeno, éter, aceite alcanforado, benzoato de soda i cafeína i algunas de las fórmulas de suero artificial).

En caso de anemia grave se debe evitar a la enferma todo movimiento, operar sin anestesia i cuando ya ha parido cuidar la contraccion uterina i levantar el estado jeneral por los estimulantes (éter, cafeína), posicion declive, ligadura de los miembros, vendas de goma aplicadas a los miembros inferiores, etc.

Vamos a tratar con mas detension de las inyecciones de suero artificial i de las inyecciones intra-venosas. Horrocks, quien ha tratado con especialidad este punto, ha enunciado las cuatro proposiciones siguientes: 1.º Cuando una mujer sucumbe por hemorragia grave, queda en su interior una cantidad de sangre que habria sido suficiente para haberla vuelto a la vida. 2.º 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.º La muerte por hemorragia sobreviene por el corazon, a causa de la caída de la presion sanguínea i 4.º Esta presion puede aumentarse con la trasfusión de una cantidad de líquido igual a la de sangre perdida.

Se han ocupado tambien de este punto Thomson, Spencer, Rye-Smith, Gervais de Rouville, i Championnier. Lejars i Maygrier han publicado algunas observaciones de casos de placenta prévia llegados a suma gravedad i salvados por las inyecciones intra-venosas de suero artificial a dosis masivas. Citaremos una de Maygrier: Se trataba de una enferma en que despues de usar todos los medios jenerales aconsejados para combatir el síncope, la disnea continuaba, la mirada estaba empañada, el reflejo córneo abolido, la enferma inconsciente, la crisis fatal era inminente, Maygrier, entonces resuelve practicar una inyeccion intra-venosa; su efecto, dice el autor citado, fué inmediato i sorprendente, momentos ántes de terminar la inyeccion de dos litros de suero, pareció que asistimos a una verdadera resurreccion: el pulso empezó a hacerse perceptible, mas limpio luego, regular despues hasta convertirse en lleno; la respiracion convirtiósse en normal i regular, perdió la cara su aspecto lívido tomando un tinte sonrosado, los labios recobraron su matiz rojo habitual, al mismo tiempo la enferma abria los ojos i pronunciaba algunas palabras espresando la sensacion de bienestar que experimentaba.

En esta enferma, despues de terminar el parto, hubo necesidad de repetir una inyeccion intra-venosa, sus efectos fueron parecidos a los anteriormente descritos i por fin despues de una conva-

lecencia relativamente corta, pudo dejar el hospital en buen estado aunque algo anémica.

No necesitamos explicar la técnica de estas inyecciones, ni aun de las inyecciones hipodérmicas de suero artificial. Para hacerlas, basta tener en el peor de los casos, un embudo de vidrio adaptado a un tubo de caucho i una aguja capilar, todo ello completamente aséptico.

Se indican las siguientes fórmulas de suero:

Rp.

Agua destilada esterilizada.....	1.000 gr.
Cloruro de sodio.....	10 a 15 gr.

Fórmula de Hayem:

Rp.

Agua destilada esterilizada.....	1.000 gr.
Sulfato de soda	10 gr.
Cloruro de sodio.....	5 gr.

Cuando no haya medios de proporcionarse este suero en una oficina de farmacia, podemos emplear el agua hervida adicionada de cloruro de sodio. También puede usarse la vía rectal.

Es prudente cuando se va a operar una mujer agotada por la hemorragia continua, inyectar antes de toda intervención una buena dosis de suero.

GLOBO DE CHAMPETIER DE RIBES.—Este globo está constituido por un saco de tejido de seda delgada, blanda i recubierta por sus dos caras de una capa de caucho; tiene la forma de un cono alargado de 10 a 12 centímetros de altura; cuando está llena la circunferencia de este cono, mide al nivel de la parte mas ancha 31 centímetros, la altura desde la base al orijen del tubo es de 9 centímetros; el tubo que termina este saco tiene una forma ligeramente cónica, el eje de este tubo forma con el del saco un ángulo obtuso de 135 grados mas o menos. Este tubo tiene $6\frac{1}{2}$ centímetros de largo por 2 de diámetro en su parte mas estrecha, se termina por una pieza de caucho endurecido de dos centímetros de diámetro i uno de largo en la que se fija un tubo de caucho sólido, cilíndrico, de paredes gruesas i provisto de una llave.

Para introducir el globo puede servirse de una pinza curva cualquiera algo larga, pero es mejor emplear una pinza especial que tiene una longitud total de 29 centímetros, 14 desde la estremidad de las ramas a la articulacion i 15 desde la articulacion a la estremidad de los anillos.



Esta pinza tiene una curva ántero-posterior, análoga a la del conductor de Tarnier, las ramas son curvas sobre el plano, de manera que, cuando la pinza está cerrada, interceptan entre ellas un espacio que tiene la forma de un huso mui alargado donde se aloja el globo plegado.

Las dos ramas se mantienen juntas por medio de una pieza de engranaje. La articulacion de las dos ramas es lo mismo que la de la pinza para falsos jérmenes de Pajot lo que permite sacar aisladamente las dos ramas.

Despues de desinfectar los órganos jenitales de la mujer i los instrumentos, se pliega el globo de manera que formen el menor volumen posible, se le fija entónces firmemente entre las ramas de la pinza de manera que la estremidad libre sobrepase algunos milímetros el extremo de la pinza. Globo i pinza así reunidos, presentan una circunferencia máxima de 7 centímetros. Se lubrifican con bastante vaselina antiséptica.

La mujer puesta en posicion obstétrica, el operador introduce suavemente la mano en la vagina i penetra el índice en el cuello profundamente, mas allá del orificio interno para orientarse i abrir camino al instrumento; retira un poco el índice e introduce a la vez el índice i el dedo medio lo mas profundo que sea posible: entre estos dos dedos, se desliza la estremidad del globo; a medida que entra sin violencia, se retiran los dos dedos uno despues del otro i se continúa introduciendo el globo. Este debe penetrar profundamente, la estremidad de la pinza debe llegar mas allá de 10 a 12 centímetros del orificio esterno del cuello, es decir, la articulacion de la pinza debe quedar a 2 o 3 centímetros del cuello.

Cuando está suficientemente introducido, un ayudante que está listo con una jeringa llena de agua fenicada tibia ajusta ésta a la estremidad del tubo i hace penetrar el líquido mientras que el operador desarma la pinza dejandola en el mismo lugar. Una vez lleno el globo se sacan las dos ramas de la pinza, se cierra la llave, se coloca en el tubo una ligadura de seguridad, se hace una inyeccion vaginal i se coloca enseguida la enferma en su cama.

Jeneralmente esta pequeña operacion se practica sin accidente alguno. Si sobreviene una pérdida sanguínea basta distender rápidamente el globo i ejercer algunas tracciones sobre el de manera que forme tapon i se detendrá la hemorragia.

Las contracciones uterinas se despiertan a las 3 horas mas o ménos despues de la introduccion del globo, la mujer siente dolores, el globo es rechazado de arriba abajo, se aplica sobre el segmento inferior, dilata el orificio interno, produce el borramiento del cuello i concluye por dilatar poco a poco el orificio esterno. Cuando el globo no está bien lleno, el trabajo se declara jeneralmente mas pronto que cuando está distendido al máximo, por lo tanto es preferible dejarlo algo vacío, inyectando unos 100 gramos ménos de su capacidad total: ésta es cuestion de tacto.

Para que dé buen resultado este globo, debe ser vijilado constantemente. Si al cabo de 2 o 3 horas el trabajo no principia, se le hacen pequeñas tracciones para hacerlo bajar poco a poco, si no desciende, es por que está demasiado distendido, se le saca entón-ces 60, 80 o 100 gramos de líquido, las contracciones uterinas aparecen regulares, eficaces; si son fuertes i seguidas, se vuelve a inyectar una parte o todo el líquido que se habia sacado.

Cuando el globo está fuera del útero, no tarda en ser espulsado rapidamente por los esfuerzos de la mujer. Es un verdadero parto: la pelvis blanda se distiende, el coxis es hechado atrás, el periné abomba como en el momento de la espulsion de la cabeza fetal.

Cuando la mujer principia a hacer esfuerzos de espulsion es preciso mantener mui bien la cabeza del feto hacia abajo al nivel del estrecho superior. Cuando se constata que la dilatacion va a ser completa es preciso, en el intervalo de las contracciones, reconocer por la palpacion la situacion del feto: si la cabeza está abajo, mantenerla ahí, si está mas o ménos alejada del estrecho superior se le hace descender por medio de maniobras esternas.

En ciertos casos, esta esploracion i estas maniobras, no son siempre fáciles por la intensidad i frecuencias de las contracciones uterinas, es preciso entonces en cuanto el globo ha salido practicar el tacto i asegurarse de la presentacion, si no es el vértice el que se presenta, se trata de traerlo al nivel del estrecho superior haciendo la version por maniobras esternas.

Jeneralmente la cabeza desciende en la escavacion detras del globo i la espulsion del feto no tarda en hacerse rápidamente.

Una de las ventajas del globo de Champetier de Ribes es permitir la terminacion natural o artificial del parto inmediatamente despues de su espulsion, ademas, provoca segura i rápidamente el trabajo aun en las multiparas cuyo útero es tolerante.

Es raro que el parto no se verifique en las 24 horas que siguen a la introduccion del globo, jeneralmente se termina a las 6, 8 o 10 horas despues de la intervencion. La duracion del trabajo depende de la causa porque se interviene, de la mayor o menor tolerancia del útero i de la manera como se dirige el parto. Si en efecto, se vijila la mujer de cerca, si se dá cuenta bien de los fenómenos fisiológicos del trabajo, si se sabe introducir o sacar a tiempo el líquido se puede producir una dilatacion completa en un tiempo fijo; basta para esto traccionar mas o ménos el globo, distender mas o ménos rápidamente el segmento inferior i con un poco de esperiencia i atencion se puede señalar de antemano, la hora probable de la espulsion del feto.

Champetier de Ribes ha llenado el objeto que se proponia de «transformar el parto provocado en un parto gemelar en que el primer feto esté reducido a la cabeza». La cabeza aquí es el globo que cuando es espulsado, deja las vias abiertas, libres a lo ménos bajo el punto de vista de las partes blandas (útero, vajina, peri-

né). Pero es necesario confesarlo, el niño queda espuesto a alguno de los peligros que corre el segundo feto en los casos de preñez gemelar: presentacion viciosa, procidencia del cordon etc., peligros son éstos que solo los adversarios del globo de Champetier de Ribes han hecho notar, reprochándole que cambia la parte fetal que se presenta i favorece la procidencia del cordon etc. Estas objeciones son ciertas, pero no hai que exajerar su importancia. Lo esencial es sobrevijilar como obra el globo i despnes de su espulsion asegurarse de la presentacion a fin de correjirla si es necesario.

Los nuevos globos de Boissard i de Lúcas han venido a disminuir estos peligros.

Lo que es mas sério es no obtener del globo de Champetier de Ribes, todo el efecto que puede dar. Ha sucedido a casi todos los que se han servido de este aparato, extraerlo o dejarlo espulsar fuera de los órganos jenitales distendidos al máximo sin que por esto, el cuello sea suficientemente dilatado. Este accidente que puede ser grave para el feto, se produce de la manera siguiente: se ha distendido al máximo, este exeso de distencion impide contraerse al útero; se saca líquido, la contraccion no es aun bastante fuerte, se snstrae de nuevo un poco de líquido, el globo baja, la mujer siente dolores, se vuelve a inyectar líquido, el orificio esterno está distendido al máximo pero el interno no ha sido dilatado o lo ha sido incompletamente.

En los casos en que el vértice se presenta, este descuido operatorio no tiene gran inconveniente, bajo la influencia de las contracciones uterinas, la parte fetal penetra a traves del orificio interno en el segmento inferior i el parto se termina rápidamente. Si el trabajo no avanza es necesario introducir de nuevo el globo, llevarlo francamente por encima del orificio interno i no detenerse en el cuello.

GLOBO DE BOISSARD.—Este globo difiere del de Champetier de Ribes por su menor volúmen i principalmente por la concavidad de su cara superior. Está formado del mismo tejido inextensible, tiene la forma de un ovoide, por su pequeña estremidad se termina en una pieza de caichou endurecido, en la cual se fija un sólido tubo de caichou, de 37 centímetros de largo i 3 centímetros de diámetro. Por dentro i en el centro del fondo se inserta sólidamente un hilo doble que sale por el tubo de caichou i cuelga hácia afuera. Cuando se infla el globo, es preciso tener cuidado de tirar el hilo hasta que aparezca la línea negra que indica que se ha tirado lo suficiente, entonces la cara superior del globo se aplasta o mas bien se escava. Su mayor circunferencia mide 32 centímetros i su capacidad es mas o menos de 230 gramos.

Para introducir este globo, Boissard se sirve de una pieza que tiene 33 centímetros de largo, $17\frac{1}{2}$ desde la estremidad de las ramas a la articulacion i $15\frac{1}{2}$ desde la articulacion de los anillos.

Presenta una ligera curvadura antero-posterior. Las ramas están canalizadas para alojar mas fácilmente el globo, su estremidad es redondeada, un poco cónica i sus bordes se tocan en una cierta estension. La articulacion es de tornillo, un sistema de cremallera sirve para mantener unidas las dos ramas.

La introduccion de este globo no difiere de la del globo de Champetier de Ribes sino por la maniobra del hilo doble. Se introduce la pieza montada en la cavidad uterina, una vez colocada, se desarticula la pinza i se levanta la rama superior, se inyectan entonces 150 gramos de líquido mas o menos, despues se retira la segunda rama. En este momento, manteniendo con una mano el tubo de cauchou cerca de la vulva, se ejerce con la otra tracciones sobre el hilo hasta que se vea la raya negra, habiéndole dado así al globo su forma definitiva, se le distiende entonces completamente terminando la inyeccion del líquido i por fin se hace una ligadura bien apretada del tubo.

GLOBO DE LUCAS.—M. Lucas ha presentado a la Sociedad de Obstetricia i Jinecología de Paris, un globo destinado a despertar las contracciones uterinas i provocar la dilatacion.

Constituido como el globo de Champetier de tejido de cauchou inestensible i de una gran resistencia, presenta la forma de dos secciones de conos de altura desigual que están unidas por su base pequeña, resultando un estrangulamiento bastante marcado al nivel de su tercio inferior. Su altura es de diez centímetros i sus dos bases de igual dimension, miden nueve centímetros de diámetro, están ligadas i mantenidas a distancia fija la una de la otra por un doble hilo de plata sólidamente fijo en el centro de cada una de ellas. Este hilo siendo mas corto que la altura del globo está distendido, en lugar de abombar hacia afuera adoptan al contrario una forma ligeramente cóncava.

Sin embargo, el globo ya colocado su cara inferior está libre del lado de la cavidad vaginal, al contrario de la cara superior que soporta los esfuerzos de la presentacion tiende a deprimirse para alojar la cabeza.

Se introduce plegando i enrollando con una liga elástica.

Se llena por medio de un irrigador que debe hacer penetrar el líquido mui lentamente, se llega a producir por este medio una presion de quince kilógramos.

En la discusion que dió lugar esta presentacion M. Labusquière espresó la opinion de que este globo fracasará sin duda en ciertos casos en que el útero resiste a todos los procedimientos de dilatacion.

M. Maygrier piensa que este globo es útil, no para provocar el parto, sino para continuar una dilatacion ya comenzada.

La presion constante, suministrada por el irrigador, es una de las causas de su éxito en casos en que los otros procedimientos hubieran fracasado.

M. Budin piensa que el empleo del globo es a menudo malo en las presentaciones de vértice porque rechaza la cabeza i acarrea presentaciones viciosas; esta última objesion es ménos positiva tratándose del globo de Lucas por la escavacion que deja en la cara superior la que permite el fácil alojamiento en ella de la cabeza fetal, ventaja que tiene sobre los globos de Champetier i de Boissard.

DILATACION MANUAL DE HARRIS—El autor ha experimentado con éxito este método en 15 casos: placenta prévia 7, presentaciones transversas 6, i en eclampsia 2.

La condicion indispensable para su ejecucion es que se pueda introducir el índice hasta su mas ancho diámetro.

He aquí la descripcion de este ingenioso procedimiento:

El índice ya introducido si se retira de manera que su última falanxe solamente quede a la entrada del cuello, se podrá jeneralmente introducir el pulgar junto con el índice; cuando las estremidades de estos dos dedos sean colocadas en el cuello, manteniendo el dedo medio fuertemente doblegado, no tenemos sino que aplicar contra éste el índice para formar una especie de tenaza de donde el anillo formado por el cuello uterino no podrá salir fácilmente. Designamos esta maniobra con el nombre de *primera posicion manual* o con mas propiedad *primera posicion digital de dilatacion*.

El pulgar que descansa a lo largo del índice, lo llevamos hacia adelante tan lejos como lo permita la anchura del cuello pudiendo obtener de este modo una dilatacion bastante considerable, pero obtendremos una mucho mayor i ménos fatigosa si mantenemos el pulgar inmóvil junto al índice i terminamos haciendo un movimiento de flexion de este dedo. En seguida cuando hayamos ganado un poco de camino estendemos ligeramente el índice i el dedo medio, lo que permite avanzar al pulgar; hecho esto, volvemos a colocar el pulgar junto al índice. En esta posicion tenemos siempre un punto de apoyo; ahora, flexionando el índice i el dedo medio, continuaremos la dilatacion; al cabo de algun tiempo estendemos de nuevo estos dos dedos lo que le permite al pulgar avanzar hasta la articulacion metacarpo-falanjica; en seguida manteniéndolo fuertemente junto al índice, renovaremos la flexion del índice i dedo medio. Si las flexiones se han hecho de una manera regular podemos hacer pasar entonces el pulgar, el índice i el dedo medio. Esta es la *segunda posicion*.

Durante todo este período la posicion del índice con relacion al pulgar no ha cambiado; el cuello que rodea al pulgar i a los dos primeros dedos descansa sobre la cara dorsal del anular, como descansaba sobre la del dedo medio en la primera posicion. La fuerza que opera la dilatacion proviene de la inmovilidad del pulgar, mientras que la presion se obtiene doblando el índice, el medio i el anular conforme ya se ha descrito. Al poco tiempo la dilatacion

es suficiente para dar libre paso al anular: esta es la *tercera posicion*.

El cuello siempre suspendido por encima del pulgar, tiene ahora su punto de presion entre el anular i la cara látero-dorsal del meñique. Continuamos las flexiones con todos los dedos i estendiéndolos en seguida podemos luego introducir el pulgar i los cuatro últimos dedos alcanzando así hasta la *cuarta posicion*. Aun aquí la dilatacion se obtiene por las flexiones de los dedos aunque el índice i el medio, estan mas incurvados que el anular i el meñique.

El límite de la dilatacion en la cuarta posicion para una mano que mida mas o ménos veinte centímetros por encima de la articulacion metacarpo-falánjica, (medida de los guantes) es de 23 centímetros de circunferencia. El límite esterno de la dilatacion fácil en la cuarta posicion no sobrepasará este término, lo que es apenas suficiente para introducir la mano entera; necesario es pues recurrir a la *quinta posicion*, en la que el cuello rodea las primeras falanges de los dedos i la segunda o última del pulgar. El movimiento que exige esta posicion, es la estension del pulgar i de todos los dedos, al mismo tiempo es preciso encorvar los dedos para disminuir su incrustamiento en la propia pared uterina.

Una maniobra ménos cansada i quizas mas eficaz es la *sesta i última posicion*: se trata de obligar al cuello a rodear los huesos de la segunda falange de los dedos i la primera del pulgar.

En estas dos últimas posiciones, el círculo de la dilatacion sobrepasará a la medida de la mano a lo ménos en 7 centímetros, ésta naturalmente, constituye una abertura mucho mayor que la necesaria para la introduccion de la mano en el útero.

Durante todas estas manipulaciones la mano reposa sobre la vagina de una manera tan suave, que si la operacion es bien hecha, no pueden apercibir los espectadores ni el movimiento del puño en la vulva. No hai necesidad ni de tirar ni de empujar el cuello, este es dilatado *in situ*.

Toda mano puede soportar la fatiga de esta maniobra si la dilatacion es posible.

XIII

Al terminar este somero estudio de la placenta inserta en el segmento inferior, séanos permitido formular las siguientes conclusiones derivadas todas ellas del exámen razonado de los diversos casos que motivan nuestra disertacion:

1.º La teoría patojénica verdadera es la que da como causa primordial de la hemorragia la falta de paralelismo entre el segmento inferior i la placenta al seguir ésta las expansiones de aquel durante la contraccion uterina.

2.º El origen de la sangre puede estar no solo en los senos útero-placentarios abiertos, sino tambien en gran parte en el desgarramiento del seno circular de Budin, producido cuando la separacion parcial de la placenta.

3.º El procedimiento de la version incompleta, debemos solamente usarlo cuando el feto está muerto o cuando por el exámen de sus latidos, encontremos difícil salvar su vida ya por intervencion tardía, ya por lo prematuro del parto o cuando haya una presentacion transversa.

4.º El taponamiento es un medio de aplicacion difícil por los inconvenientes que hai en la práctica para hacerlo completamente aséptico, es doloroso, dificulta la evacuacion de los reservorios vesical i rectal i oculta la mas de las veces el verdadero peligro permitiendo el desarrollo de una hemorragia interna grave.

Nosotros lo aconsejaremos tan solo en aquellos casos en que fuera casi imposible dar la preferencia a cualquiera otro de los procedimientos que aquí señalamos.

5.º La ruptura de las membranas combinada con las irrigaciones calientes i en gran variedad de casos con la aplicacion de eficaces agentes dilatadores del útero, como los globos inextensibles de Champetier de Ribes i de Lucas es el procedimiento de eleccion.

6.º En los casos de suma gravedad, cuando la hemorragia ha llevado a la enferma a los últimos límites de la anemia compatibles aun con la vida, debemos para evitar una muerte súbita intervenir sin en el ausilio de los anestésicos, previniendo a los ayudantes que cuiden de no provocar ningun movimiento brusco a la enferma. Es en estos casos de suma utilidad poner en práctica las hipodermoclisis de suero artificial o bien las inyecciones intravenosas.

XIV

OBSERVACION 1.—Señora F. de A. de 35 años, asistida en Noviembre del 96, múltipara, ha tenido dos partos anteriores complicados con placenta prévia i un parto gemelar. Llamado por el distinguido profesor extraordinario de Obstetricia Dr. Gutiérrez para que le sirviera como ayudante, llegamos al lecho de la parturienta cuando la dilatacion era completa, habiéndose acompañado ésta de grandes hemorragias i practicado un taponamiento completamente ineficaz antes de nuestra llegada. Al tacto los cotiledones se tocan en la parte posterior, las membranas fácilmente accesibles. Presentacion de vértice o, i, i, a, encajada.

Se procedió a romper las membranas ámpliamente, media hora despues se verificó el parto. Feto vivo, masculino. Hemorragia pos-partum combatida con irrigaciones calientes, inyeccion de er-

gotina, se inyectaron además 300 gramos de suero. Distancia desde el orificio de ruptura al borde de la placenta 3 centímetros.

OBSERVACION. 2.—Señora P. de S. M. (Bain) de 32 años, secundípara, atendida en Diciembre del 96 por el Dr. Gutierrez sirviéndole el que suscribe como ayudante. Esta señora tiene una endometritis desde antes del embarazo, endometritis que hasta el presente no se ha curado por oponerse la enferma a todo tratamiento. Parto de término. Presentacion de tronco c, i, i, D. P. Grandes hemorragias durante el período de dilatacion, combatidas con irrigaciones calientes. Colocacion de agentes dilatadores, conseguida la dilatacion se procedió a hacer la version siendo mui difícil extraer la cabeza. Feto muerto.

Después del alumbramiento irrigaciones calientes prolongadas, taponamiento intra-uterino.

Desde antes la enferma tenia 40° de temperatura debido a una infeccion intestinal, media hora después del parto la temperatura sube a 40.°5.

Durante el puerperio se hace el tratamiento de afeccion gastro-intestinal i la enferma recobra bien pronto la salud.

OBSERVACION. 3.—Señora A. de G. G. de 24 años, primípara, menstruada regularmente, atendida el 2 de Agosto del 97. Parto de término, hace 20 días que pierde sangre. Presentacion o, i, d, p. Período de dilatacion largo, acompañado de hemorragias. Se hizo la ruptura de las membranas seguida de una aplicacion de forceps. Feto vivo, masculino. Alumbramiento normal. Distancia del borde de ruptura de las membranas al borde placentario un centímetro.

OBSERVACION. 4.—Señora de G. de 40 años, múltipara, asistida como ayudante del Dr. Gutierrez en Mayo del presente año. Placenta marginal. Hemorragias desde el 6.° mes que se reproduce con intervalos irregulares i obedecen a las irrigaciones calientes.

El parto principió con gran hemorragia a las 8 de tarde, esta hemorragia tambien cedió a la irrigacion caliente para volver a reproducirse a la una de la mañana. A la hora de nuestra llegada, 2 A. M. la enferma habia perdido gran cantidad de sangre.

Se procedió a romper anchamente las membranas, seguida de irrigaciones calientes. A las 6 A. M. espulsion espontánea de un niño asfixiado consiguiendo salvarlo después de gran trabajo. La placenta fué espulsada 20 minutos después. Gran hemorragia pos-partum: desocupacion de coágulos, irrigaciones calientes prolongadas, inyeccion ergotina, aplicaciones frias al vientre, inyeccion de suero, posicion declive.

Puerperio normal en los 25 primeros días, después de haberse levantado la enferma a los 28 días aparece una *flegmacia alba dolens* en la pierna izquierda que cede pronto al tratamiento. 45 días después la enferma está curada.

OBSERVACIÓN. 5.—Señora N. N. de 28 años, múltipara, asistida en Julio del presente año. Placenta marginal, parto de término, 24 horas de trabajo. La dilatación está completa habiendo tenido hemorragias repetidas. Presentación de tronco c, i, i (pl, l, d.) Se procedió a hacer la versión interna previa anestesia clorofórmica. Feto vivo, masculino algo asfixiado. Hemorragia pos-partum: desocupación de coágulos, irrigaciones calientes, inyección de ergotina, compresas frías al vientre. Distancia del orificio de ruptura de las membranas al borde placentario menor de 5 centímetros. Puerperio normal.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL