

OBSTETRICIA.

HEMORRAGIAS POST-PARTUM.

El taponamiento elástico.—Ventajas de éste sobre el reputado método de Dührssen, como tratamiento hemostático.

"Nihil novum sub caelo."



SEÁME permitido señores, hacer, ante esta respetable Academia, asunto de este imperfecto trabajo, un tema tan delicado como importante, que interesa y preocupa vivamente, no sólo al maestro, al hábil especialista en partos, sino hasta al humilde médico de pueblo, allí donde se carece de las luces y del concurso inteligente de compañeros competentes en este ramo de la medicina.

Cuando se pretende introducir innovaciones que importan algún adelanto, ó simplemente modificaciones de más ó menos importancia, en el difícil arte de curar, necesítase presentar, antes de penetrar, con tal intento, al augusto templo de Hipócrates y Galeno, tarjeta de introducción ó las credenciales en regla, que acrediten los títulos bastantes al que pretende hacer oír su voz, para merecer los honores de ser escuchado, so pena de pasar por intruso.

Como pudiérase creer, á juzgar por el epígrafe que encabeza este pequeño ensayo tocológico, que abrigo la descabellada idea de proponer algo nuevo ú original en materia de partos, séame permitido advertir desde luego, que mi absoluta incompetencia en achaques de partos me escudará contra semejante pretensión, y de buen grado me declaro intruso, por carecer de títulos, ni tarjetas, ni cosa que lo valga en obstetricia, cuya especialidad no ejerzo. Pero como los médicos de provincia, en pequeñas poblaciones, no estamos exentos de tener que afrontar, *nollens vullens*, casos graves que á este ramo de la medicina incumben, en el trascurso de doce años de ejercicio profesional, he venido notando cuán frecuentemente se observan, en Sonora al menos, las hemorragias post-puerperales, como lo ha comprobado, más de una vez, mi inteligente compañero y excelente amigo el Dr. Antonio J. Carbajal, en repetidos casos, en que ambos luchamos contra los peligros inherentes á este género de hemorragias, que por su gravedad y difícil tratamiento tienen un carácter especial.

Cuando se ha sostenido agitada lucha para combatir esas hemorra-

gias graves, que sobrevienen algunas veces, después de terminado el parto, viénese insensiblemente la idea de investigar las causas que las motivan, de precisar, y sin dilación, el sitio ó foco, de donde emana la sangre, para así poner inmediato remedio, escogiendo entre los recursos aconsejados el mejor, el más práctico, á la vez que violento.

Excuso ocuparme de las hemorragias originadas por desgarros del pirinco, de las paredes vaginales, útero-vaginales y aún de las del cuello uterino, que son más bien del resorte de la ginecología, y susceptibles de dominarse con el auxilio de las ligaduras in situ, y las más veces accesibles á la vista del cirujano. En los casos graves, y como sucede con frecuencia, que lejos de los recursos que suministran las clínicas y hospitales especiales, la ligadura se hace impracticable, sobre todo en desgarros extensos del cuello uterino, adelgazado y reblandecido, el taponamiento vaginal será siempre el supremo recurso.

En cambio son de la exclusiva incumbencia del partero aquellas hemorragias que al abandonar el engendro el recinto que lo hospedaba, sobrevienen fulminantes y rápidamente mortales, por causas diversas, las más veces desconocidas, apenas sospechadas ó torcidamente interpretadas, y casi siempre tratadas rutinariamente. En efecto, frente al peligro que de improviso nos asalta, á la vista de la sangre que á torrentes se escapa junta con la vida de la parturiente ¿qué hacemos la generalidad de los médicos? Cumplimos con nuestro deber profesional recurriendo, uno á uno, á todos los medios que la ciencia tocológica tiene recomendados. Se comprime y exprime, con ambas manos, á veces inmoderadamente el útero inerte, se recurre con largueza á las preparaciones del cornezuelo y sus congéneres; se titila el cuello y paredes uterinas con los dedos ó la mano entera; se proyecta una lluvia de sustancias astringentes ó cáusticas dentro de la cavidad uterina; se procede á las irrigaciones intracavitarias con agua caliente, otros con sustancias refrigerantes, agua helada y aun hielo dentro de la matriz y sobre las paredes del bajo vientre; á las corrientes eléctricas, al tapón vaginal, etc., y por último, en los casos más reuantes, y como recurso supremo, á la compresión de la aorta. Cuántas veces se recurre á este último expediente, después de agotados todos los demás, cuando las pérdidas han originado ya lipotimias y aun síncope mortales! Este es nuestro último baluarte.

* * *

Para emprender un tratamiento racional de las hemorragias post-partum, necesitase ante todo estudiar atentamente sus causas eficientes y

el mecanismo á que están sujetas. Si examinamos en el parto fisiológico las funciones del músculo uterino, notaremos, sin dificultad, que sus contracciones periódicas se verifican de una manera rítmica y regular, mientras el órgano conserva una misma capacidad. Pero tan luego como disminuye su contenido bruscamente, por ruptura de la bolsa amniótica y el escape violento de las aguas, se notará, en la generalidad de los casos, la cesación momentánea de las contracciones, para empezar de nuevo, rítmicas y regulares, como antes, después de una pausa más ó menos larga. Este fenómeno, inadvertido generalmente por su inocuidad, se explica, porque el útero reposa un momento, mientras se acomoda al cambio de capacidad más reducido, que ha experimentado repentinamente, sorprendiendo de cierto modo los centros nerviosos, y manifestándose este desequilibrio por un estupor pasajero que de dichos centros se refleja sobre el órgano gestador.

Este fenómeno, en pequeño, resalta aun más marcado y con consecuencias de mayor trascendencia, cuando son expulsados cabeza y tronco con inusitada violencia, como á veces acontece. En efecto; reduciéndose la capacidad del ovoide uterino instantáneamente á su cuarta ó quinta parte, en medio de violentas contracciones, sobreviene en estos casos la inercia, el estupor, y cierto grado de agotamiento nervioso, más ó menos profundo, que exige á veces largo tiempo para que los centros nerviosos recobren su actividad excitatriz, manifestándose ésta por nuevas contracciones expulsivas después de acomodarse lentamente la fibra muscular uterina á la diferencia tan considerable de extensión y tirantez á que poco antes estaba sujeta. Nada de esto ocurre en el parto fisiológico, supuesto que la transición no es brusca, y la acomodación va haciéndose por grados. En el caso anterior sucede á menudo que la placenta, ocupando un plano más reducido que el de las paredes uterinas, y no siendo los elementos anatómicos placentarios compuestos, como los uterinos, de fibras contráctiles, la diferencia esencial de la actividad funcional de unos y otros produce en un momento dado la disgregación ó despegamiento de la placenta de sus inserciones uterinas. Ahora, como los vasos desgarrados por efecto de la inercia no sufren la isquemia, que en los casos fisiológicos es la regla, la sangre se escapa libremente dando lugar al género de hemorragias de que nos ocupamos. Todos estos fenómenos se suceden con tal rapidez que generalmente se encuentra uno desprevenido.

Se ve pues, que la causa principal de las hemorragias post-partum, es la desocupación violenta del globo uterino de su contenido, razón por

lo que la profilaxia del parto aconseja poner todos los medios á nuestro alcance, para evitar un trabajo demasiado rápido. No sería aventurado aseverar, que la mayor parte de esas hemorragias podrían eludirse, si nos ciñéramos estrictamente á este principio, sobre todo cuando la intervención activa del partero se hace precisa, pues que su verdadera misión le exige antes que combatir el peligro, evitarlo á todo trance. También un trabajo lento, pero demasiado prolongado, puede producir la inercia por agotamiento nervioso. Aquí donde la naturaleza se muestra deficiente, el arte interviene, cuando concurren ciertas circunstancias que exigen el uso del forceps ó la operación manual, por estar comprometida la vida del engendro ó la de la madre. Pero sea de un modo ó de otro no se perderá jamás de vista la recomendación expresa de no ejercer tracciones sobre el producto, si no es únicamente durante los dolores, y esto lenta y mesuradamente, precisamente para no exponerse á las graves consecuencias de un parto demasiado violento. Aconseja la escuela alemana que una vez salida la cabeza, con ayuda del forceps, se deje la expulsión del tronco á los sólo esfuerzos de la naturaleza, sin ejercer en ningún caso amasamiento y presiones manuales sobre el cuerpo del útero con la mira de activar el trabajo, porque puede provocar esta práctica despegamientos prematuros de la placenta. También deberán suprimirse estas maniobras como medio auxiliar para la separación de la placenta, cuya permanencia deberá respetarse, hasta que se sucedan una serie repetida de contracciones expulsivas.

* * *

Llegamos al punto capital de nuestra tesis. Anúnciase flaccidez ó inercia uterina, y como resultado del despegamiento parcial ó total de la placenta, abundante hemorragia, que amenaza la vida, mientras formamos nuestro plan de ataque. De los casos ligeros triunfará el arsenal terapéutico que ya hemos mencionado, pero cuántas ocasiones quedan burlados nuestros esfuerzos, con riesgo inminente para la parturiente. A este propósito mencionaré, por considerarlos muy importantes, y quizá poco conocidos por la generalidad, hechos perfectamente comprobados, y no muy raros, que con frecuencia suelen presentarse en la práctica toconómica, sin que de momento podamos darnos exacta cuenta, de porqué continúa la hemorragia, á pesar de sobrevenir las contracciones fisiológicas. Las necroscopias nos dan la clave de este misterio. En efecto ellas nos enseñan que en casos avanzados y aun recientes de ateroma arterial, suelen presen-

tarse en la porción útero-placentaria, dilataciones aneurismáticas ó simplemente vasos de paredes de tal manera rígidas, que resisten á la contracción muscular uterina, y continúan por lo mismo virtiendo abundante sangre. Se me objetará que el ateroma no existe ó es muy raro durante la época de la actividad funcional de la mujer, pero á falta de experiencia propia, bastará apoyarme en la muy autorizada de eminentes observadores alemanes, quienes presentan gran acopio de datos estadísticos, los cuales comprueban el hecho de ser el útero el órgano de predilección del ateroma prematuro, mucho antes que esta degeneración invada el sistema arterial general. También es frecuente encontrar otro género de alteración degenerativa de las arterias uterinas, como consecuencia de la nefritis glomerular avanzada, la cual pone á estos vasos en condiciones idénticas al ateroma. Ahora si las contracciones uterinas fisiológicas son impotentes para dominar en estos casos anormales esas pérdidas violentas ¿qué deberá esperarse de los recursos hemostáticos ya enumerados?

A Dührssen cabe indudablemente el mérito de haber propuesto y ejecutado el primero, en las hemorragias post-partum graves, el taponamiento de la cavidad uterina, apoyándose en la consideración, tan racional como práctica, de ejercer por medio de su procedimiento una compresión directa y sostenida sobre los vasos de la herida útero-placentaria. Generalmente ejecuta Dührssen este taponamiento con gasa yodoformada, ó á falta de ella con lienzos hervidos y esterilizados previamente.

Este parecer que parece satisfacer, en todo, las necesidades tan apremiantes del caso, supuesto que tan eficazmente conjura el peligro, es sin embargo, según mi humilde opinión, susceptible de reproches, si se toma en cuenta, que para forrar la cavidad uterina, hasta conseguir una compresión eficaz sobre los vasos sangrantes, se hace necesario ejercer frotamientos y traumatismos capaces de provocar un proceso inflamatorio del útero y aun de sus anexos, traumatismo que indispensablemente tiene que renovarse, cuando se haga necesario extraer el tapón, bien impregnado de coágulos sanguíneos, cuando ya cese todo motivo de nueva hemorragia. Por otro lado, me parece deba tomarse en consideración la inconveniencia ó perjuicio que pudiera resultar para el útero, obligado á contraerse sobre un cuerpo endurecido, poco elástico, y que dista mucho de ser el remedio del órgano grávido.

Los honorables miembros de esta ilustrada Corporación sabrán ser indulgentes con quien nada pretende, ni otra mira lleva que procurar ilustrarse, pidiendo consejo á quien más sabe.

Hecha esta salvedad someto á la alta consideración de vdes., una pequeña modificación al procedimiento de Dührssen, como medio hemostático, en las hemorragias post-puerperales graves. Siguiendo el mismo principio general quirúrgico, que inspiró á Dührssen el taponamiento uterino, generalmente aceptado ¿no parece preferible colocar al ovoide uterino, de alguna manera en condiciones análogas al estado grávido, imitando en lo posible á la naturaleza, introduciendo en la cavidad uterina un cuerpo elástico, piriforme y flexible, que adapte y ajuste exactamente contra la herida útero-placentaria, para conseguir por la compresión directa é inmediata de los vasos abiertos, la hemostásis completa? Ha tiempo que persiguiendo esta idea, me ha parecido que llenaría plenamente el objeto, la introducción de un globo de hule resistente, en el órgano de la gestación, á imitación del pesario de aire de Gariel, adaptable á la forma del ovoide uterino y de las dimensiones de un útero en cuarto ó quinto mes de embarazo, susceptible de insuflarse hasta el grado que se desee por medio de un tubo elástico que lo comunique hacia afuera, cerrándose con su llave correspondiente para dejar escapar el aire en la cantidad que las circunstancias lo exigieren. Se aumentaría ó disminuiría así la capacidad uterina á medida que despertada y vigorizada su contractilidad, ya naturalmente ó con el auxilio de los recursos terapéuticos que nos son familiares, cuya acción podemos entonces esperar sin sobresalto. Alejado así el peligro de nueva hemorragia se podrán reducir gradualmente las dimensiones de la bolsa hemostática fingiendo hasta cierto punto un parto artificial, á voluntad y juicio del operador. Este procedimiento, además de la hemostásis tiene por mira principal, la de permitir al útero retraerse gradualmente y cuando ya vuelvan las contracciones suficientemente vigorosas, para obviar todo peligro ulterior. En caso de ateroma ú otro género de degeneración arterial, no vería ningún inconveniente en dejar permanentemente el globo hemostático todo el tiempo necesario. En todos los casos que exijan la aplicación del tapón elástico, procuraría que la coaptación de éste á la herida útero-placentaria, se hiciera más eficaz, apoyando una ó dos manos sobre el bajo fondo uterino, tomando como punto de apoyo el mismo globo elástico sobre el estrecho pélvico. La expulsión del referido globo, á su tiempo, sería más expeditiva que la de la placenta. La asepsia y antisepsia serían de rigor y fácilmente practicables. Haciéndose la introducción de la vejiga de hule, vacía y enrollada sobre sí misma, untada con aceite ó vaselina fenicada y previo baño desinfectante, y encaminada con la mano derecha hasta el bajo fondo del órgano, se comprende

que no originará esta maniobra ningún traumatismo ni frotamiento serio, al introducirla, como al extraerla. Si se juzgare conveniente, y aun necesario, llenar el recipiente elástico con agua fría, en lugar de aire, para provocar la contracción muscular, así como la retracción vascular, ningún medio sería más propio, que el que propongo. Para el efecto se adaptará el tubo de goma, que pende fuera de la vulva, á cualquier aparato inyector, cerrándose ó abriéndose la llave á voluntad. De esta manera puede sustituirse el líquido, cuando se caliente, rápidamente con nueva cantidad de más baja temperatura. Cuando las contracciones uterinas hagan necesaria la reducción capacitaria del recipiente, se dejará escapar el líquido paulatinamente.

Queda aún un punto interesante que considerar y que hace resaltar aún más las ventajas del tapón uterino elástico que preconizo. Excuso referirme al tapón vaginal por considerarlo en los casos graves contraproducente, porque tiene el inconveniente serio de transformar una hemorragia externa en interna, y no permitir retirar á tiempo los coágulos que puedan ocupar la cavidad uterina. Tampoco me ocuparé de la práctica de introducir una vejiga de puerco insuflada dentro del útero, con objeto hemostático, y que Gardien parece aceptar, porque no llena el fin que se busca, y porque siendo esta materia orgánica putrescible, sería muy de temerse que los elementos sépticos de este aparato inficionaran el organismo. Me refiero, pues, como punto de comparación, sólo al tapón de Dührssen, practicado con substancias asépticas. ¿Qué tiempo deberá permanecer este tapón y cuándo podrá extraerse, sin peligro de reproducirse la hemorragia? Cuando el tapón deba permanecer por dilatación aneurismática ó simplemente ateromatosa ó por degeneración nefrítica de los vasos, durante más de 24 horas, hasta conseguir la obliteración arterial ¿no sería de temerse la reabsorción séptica, por la descomposición de los elementos orgánicos, que impregnan dicho tapón, con todas sus consecuencias perniciosas? O si se retira el tapón para colocar otro nuevo, además de exponerse á la reproducción de la hemorragia ¿no habría el gravísimo inconveniente de tener que renovar el traumatismo, repitiendo las maniobras que vengo reprochando? Ninguna de estas desventajas tiene el tapón elástico, puesto que la coaptación es íntima, y no deja espacio libre para la interposición de coágulos sanguíneos, susceptibles de proporcionar elementos sépticos. Ahora, fácil es dejar salir, por la llave de escape, el contenido del recipiente elástico, sin extraerlo, permitiendo entonces aplicar lavatorios intrauterinos desinfectantes, y si la hemorragia diera trazas de

reproducirse, bastaría insuflarlo ó inyectarlo de nuevo rápidamente, pudiendo permanecer en su sitio sin inconveniente serio, todo el tiempo que el peligro de nuevas pérdidas sanguíneas lo requiriera.

Ahora, como el aparato que propongo, es de muy poco costo, de poco peso, y reductible á muy pequeñas dimensiones, y por lo mismo fácil de transportarse, y de acomodarse en cualquier bolsa de partos, son éstas otras tantas condiciones que lo hacen aceptable y práctico, sobre todo por su rápida aplicación, tal como lo exige la gravedad y urgencia del caso.

Tanto el tapón de Dührssen, como la modificación que propongo, son susceptibles sin embargo de un reproche aparentemente serio. En efecto; tratándose de un útero flácido, inerte, necesitaríase ejercer una distensión enorme, para que la compresión sobre la herida útero-placentaria, pueda ser eficaz. Esta objeción pierde un tanto su valor si se toma en cuenta que ninguno de los medios hemostáticos conocidos hasta hoy, ofrecen la ventaja inmensa de presentar un punto de apoyo para comprimir eficazmente el fondo del útero. Si se compara esta práctica con la que introdujo el Sr. Deneux, y á invitación suya, algunos parteros ingleses, y que consiste en aplicar compresas sobre el vientre bajo, sujetándolas fuertemente por medio de un vendaje de cuerpo, para aplicar y comprimir las paredes del cuerpo del útero sobre sí mismas, como correctivo hemostático, se comprende fácilmente, que si bien domina la hemorragia, en cambio impide que el músculo uterino pueda recobrar su contractilidad, amén del traumatismo consiguiente á esta maniobra siempre dolorosa y mal tolerada. Como recurso desesperado podría utilizársele á falta de otro mejor.

Abrigo pues la convicción de que hasta nueva orden deba considerarse el taponamiento de Dührssen y más ventajosamente quizás la modificación, de que me he ocupado, como recursos hemostáticos seguros, eficaces y muy superiores á todos los aconsejados hasta hoy, para dominar las hemorragias post-puerperales graves, y los juzgo de imprescindible necesidad en aquellas que por proceso degenerativo vascular sería imposible vencer de otra manera.

Alamos, Enero de 1891.

ALFONSO ORTIZ.

