

## OBSTETRICIA.

---

**Breves consideraciones acerca de la placenta previa, especialmente desde el punto de vista de su tratamiento.**

---

SEÑORES ACADÉMICOS:

Justifica la elección del asunto que me propongo tratar y someter á vuestro siempre recto criterio, llenando mi turno de reglamento, la consideración de que la etiología de la inserción anormal de la placenta, el origen de las hemorragias que determina, las causas que las producen, los medios que adopta la naturaleza para detenerlas y su tratamiento racional, han sido objeto de acaloradas discusiones y controversias sin fin que están aún muy distantes de haber terminado.

De aquí la importancia del estudio de este asunto y la justificación de entretener con él vuestra atención, pues no hay en la Obstetricia práctica complicación más apta para producir alarmas violentas, ni alguna que reclame un tratamiento científico más urgente.

Sin duda alguna que la solución del problema que me propongo someter al crisol de vuestra reconocida competencia es de los más escabrosos de la Obstetricia, pues os es bien conocido que á la realización de este tan humanitario ideal han venido consagrando sus esfuerzos los esclarecidos tocólogos que desde Portal hasta Auvard y Pinard, han iluminado con luz esplendorosa de ciencia y juicio clínico, el cielo á veces nebuloso de la ciencia de Hipócrates.

Y sólo por no abusar de vuestra benévola cuanto ilustrada atención no os menciono los nombres de todos esos apóstoles que, ungidos por el santo amor á la ciencia, que tiene por único ideal curar los padecimientos que afligen á la Humanidad, aliviar el dolor, rodear á la colectividad humana de comodidades que á la vez que la prevengan de las enfermedades, le

prolonguen y hagan agradable la existencia, como fin de su gloriosa jornada por la tierra, nos han legado armas para combatir, con muchas probabilidades de éxito, los grandísimos accidentes á que ésta, tan justamente temible complicación del embarazo, del parto y aun del puerperio, expone la existencia de la mujer y de su engendro en los momentos quizá más conmovedores y cuando más llena de vida se halla la que abnegadamente expone su salud, su tranquilidad y bienestar, por el ser que ha incubado en su seno. Me limitaré á sólo recordar, siguiendo un orden cronológico, á Platner, Johann von Hoorn, Heister, Schacher, Brunner, Giffard, Levret, Smellie, Auvard y Pinard, como justo homenaje de admiración á su benéfica y humanitaria labor.

\*  
\* \*

Llamaremos placenta previa á la inserción parcial ó total del disco placentario, en el segmento inferior de la matriz.

Aunque mi objeto principal es señalar la conducta que el médico debe observar frente á esta seria complicación, origen de abundantes hemorragias que comprometen seriamente la vida de las pacientes y han segado tantas existencias, creo indispensable comenzar por definir y limitar el segmento inferior de la matriz y señalar las particularidades de esta región á la que el Profesor Barnes llama, tan justificadamente, la *zona peligrosa*. Mencionaré en seguida, la fuente de la hemorragia y su modo de producción; señalaré los factores que obran en los órganos genitales para producir tan seria complicación, que por su abundancia y repeticiones es tan justamente temida por los tocólogos; indicaré los medios que posee el organismo para procurarse la hemostasis, recursos que en realidad se deben considerar como defensas naturales y cuyo conocimiento conduce al clínico al tratamiento racional de estas sordas pérdidas sanguíneas tan difíciles á veces de combatir por la intervención facultativa.

\*  
\* \*

Por segmento inferior de la matriz se comprende la región que se extiende del orificio interno del cuello al anillo de

Bandl ó anillo de contracción. Esta región tiene la forma de un casquete semiesférico invertido, del que la cara cóncava ve hacia arriba y la cara convexa abajo. En el centro de ésta se inserta el cuello del útero.

El límite superior de esta región—suponiendo á la matriz en el término del embarazo—se encuentra á seis ó siete centímetros arriba del orificio interno del cuello y por consecuencia á once del orificio externo. Este límite se marca por las particularidades anatómicas siguientes:

1º Existencia de una gruesa vena circular que recorre, en un sentido transversal, las paredes anterior y posterior de la matriz, llamada seno circular, y á la que los alemanes denominan *Krauz vene* y que la hace visible un corte vertical de las paredes de la matriz á este nivel.

2º Adherencia débil del peritoneo á la capa muscular de la matriz, que permite la separación de la serosa por presiones suaves practicadas con el escalpelo.

3º Diminución de la adherencia de las fibras musculares entre sí.

4º Menor espesor de la pared uterina por falta de la capa muscular media ó plexiforme, lo que origina que el espesor de la matriz á este nivel, sea sólo de dos á tres milímetros, mientras que en todo el resto de las paredes lo es generalmente de diez. Este adelgazamiento de la pared es la particularidad característica del segmento inferior.

La cara interna tiene la forma de embudo de vértice dirigido hacia abajo, está revestida de mucosa de estructura idéntica á la que reviste el resto de la cavidad de la matriz, pero su adherencia á la capa muscular es más débil que la que fija el resto de la mucosa uterina á la pared muscular de la porción activa del útero, es decir, de toda la porción comprendida arriba del anillo de Bandl.

La disminución de espesor de la capa muscular que durante el embarazo se hace de una manera lenta y progresiva, es claramente apreciable en el momento del trabajo de parto. En efecto, en estos momentos se percibe á cierta distancia del orificio interno, un borde ó anillo saliente que todos los autores señalan como límite superior del segmento inferior de la matriz, borde circular que es conocido por los nombres de anillo de *Bandl*,

anillo de contracción de Schröder, segundo orificio interno de Scanzoni, etc.

Este anillo, cuya existencia é importancia eran ya conocidas de Guillemont, Baudelocque y Mme. Baubin, no es otra cosa, en realidad, que el borde inferior de la capa muscular media que, de las tres que constituyen la musculatura del órgano gestador, es la más gruesa y más rica en fibras musculares.

Constituye el límite inferior de la zona peligrosa de Barnes el orificio interno del cuello, punto en el que la caduca se continúa con la mucosa cervical, la que conserva su estabilidad después del parto.

El segmento inferior de la matriz está en relación: adelante, con el peritoneo que forma el pliegue vésico-uterino y por intermedio de él con la vejiga; atrás con el peritoneo del fondo del saco de Douglas, que desciende hasta un poco abajo de la inserción vaginal del cuello, y lateralmente, con los ligamentos anchos. Entre las hojas de éstos camina la arteria uterina, vaso que, á partir del sexto mes del embarazo, tiene, cerca del cuello, un diámetro de más de cinco milímetros. Esta arteria asciende paralelamente á los bordes del útero y á un centímetro de distancia de él, da á las paredes anterior y posterior del segmento inferior ramas colaterales en número de seis, las que, en los últimos meses de la gestación, llegan á adquirir un calibre de milímetro á milímetro y medio. De cada lado y como á cinco centímetros arriba del orificio interno del cuello, se encuentran dos arterias colaterales de mayor luz (de dos á dos y medio milímetros) las que siguen una dirección transversal con relación al eje de la matriz y que se internan progresivamente en el espesor de la capa muscular. Estas colaterales forman, inmediatamente abajo del anillo de contracción, una zona vascular conocida con el nombre de círculo vascular de Huguier, y de la que parten numerosos vasos arteriales que se distribuyen á las paredes de esta región. Y no son éstos los únicos vasos que riegan con sangre arterial el segmento inferior, pues recibe también arteriolas que directamente le da el tronco de la uterina en su trayecto ascendente.

¿Cuál es el espesor del segmento inferior? ¿Cuál su estructura?

Diré, en términos generales, que en esta región las paredes son más delgadas y que este adelgazamiento es tanto más acentua-

do cuanto más avanzado está el embarazo. Mauriceau y Levret habían señalado este hecho y en la época actual está bien comprobado por las investigaciones microscópicas de Tarnier, Pinaud y Budin. Hoffmeier señaló las cifras siguientes:

Utero grávido al fin del tercer mes:	
Grueso de la pared cervical.....	0 <sup>m</sup> 016
Espesor de la pared de la matriz en la línea de adherencia del peritoneo.....	0 <sup>m</sup> 013
Como espesor de las paredes del cuerpo uterino.	0 <sup>m</sup> 015
Utero grávido de siete meses:	
Altura total del órgano.....	0 <sup>m</sup> 230
Altura del segmento inferior medio al exterior.....	0 <sup>m</sup> 050
Grueso de la pared cervical.....	0 <sup>m</sup> 017
„ del segmento inferior.....	0 <sup>m</sup> 005
„ al nivel de la adherencia sólida del peritoneo.....	0 <sup>m</sup> 008
Espesor de la parte media del cuerpo.....	0 <sup>m</sup> 010
Utero grávido al noveno mes:	
Altura total de la matriz.....	0 <sup>m</sup> 260
„ del segmento inferior.....	0 <sup>m</sup> 050
Espesor del segmento inferior.....	0 <sup>m</sup> 004
„ de la pared en la parte media del cuerpo.....	0 <sup>m</sup> 008

Se ve por estas cifras que el segmento inferior de la matriz es la región en que la capa muscular es más delgada, marcándose este adelgazamiento progresivamente de arriba á abajo, lo que explica que el anillo de contracción se haga bien apreciable durante el trabajo de parto.

Hoffmeier insiste en que la estructura del segmento inferior es idéntica á la del cuerpo, y que el adelgazamiento del primero es únicamente debido al menor número de fibras que forman su capa muscular; pero á mi entender, las paredes de dicho segmento inferior, tienen mezclados á sus fibras musculares lisas, elementos elásticos en gran cantidad.

En resumen, durante el embarazo, el segmento inferior de la matriz ó zona peligrosa de Barnes, tiene por límites: arriba, la

línea de inserción fija del peritoneo, la vena circular, la débil adherencia de la mucosa á las membranas del huevo y el anillo de Bandl, el que sólo se nota durante las contracciones dolorosas del parto; abajo, su límite inferior es el orificio interno del cuello del útero. Tanto en esta región como en la totalidad de la matriz, los vasos sanguíneos, al penetrar á la capa muscular, quedan únicamente constituídos por una túnica endotelial y las fibras musculares del útero son las que les forman su aparato retráctil.

De esta noción, así como del desarrollo que tanto en longitud como en calibre adquieren los vasos sanguíneos por el sólo hecho de la preñez, y por la pobreza en fibras musculares del segmento inferior, en el que falta la capa media ó plexiforme, depende que la hemostasis natural sea muy difícil de obtenerse. También debo recordar que las venas del útero no tienen válvulas y esta particularidad, es decir la falta de tabiques en el interior de los gruesos senos venosos, unida al gran desarrollo de la circulación arterial, particularmente en la zona ocupada por la placenta, explica la intensidad y gravedad de las hemorragias consecutivas á todo desprendimiento del disco placentario, pero muy particularmente cuando éste se encuentra viciosamente insertado.

Es generalmente aceptado que durante la preñez, la cantidad total de la sangre aumenta, y que este aumento es en realidad debido á la mayor proporción de agua. Los Señores Andral y Gavarret aseguran haber encontrado exceso de glóbulos blancos y de fibrina á la vez que disminución de las hemacias, y sin dificultad se concibe que si la riqueza en glóbulos blancos desempeña importantísimo papel en la defensa del organismo contra los microbios patógenos, ya bien conocidos como productores de las infecciones puerperales, y sobre sus toxinas, el aumento de fibrina debe ser favorable para la realización de la hemostasis espontánea.

Se infiere el papel del sistema nervioso, en su relación con las hemorragias puerperales, de su acción evidente sobre la retracilidad y contractilidad de las fibras musculares de la matriz. Es en efecto bien sabido, que el útero recibe su inervación del gran simpático y de la médula y que posee centros motores propios semejantes á los del corazón. De aquí que la excitación

eléctrica en determinados puntos del encéfalo y la irritación directa de la médula, produzcan contracciones de la matriz; que la suspensión de la respiración y la anemia local, excitando los centros motores propios, también ocasionen contracciones; y finalmente, que la excitación de los nervios periféricos originen contracciones de orden reflejo.

Como prueba terapéutica de la influencia del sistema nervioso en la patogenia de las hemorragias puerperales, citaré la acción excitante que ejerce la estricnina sobre la substancia gris de la médula, pues apoyado en esta acción fisiológica, he empleado con éxito constante, para prevenir las hemorragias que algunas mujeres sufren al verificarse el parto secundino ó poco después y que son debidas á la inercia de la matriz, dosis moderadas de este alcaloide en los últimos cuatros meses de la gestación y una inyección subcutánea de tres miligramos momentos antes de verificarse la expulsión del feto. Y en las pacientes que en sus alumbramientos anteriores habían tenido pérdidas abundantes de sangre, al grado de comprometer seriamente su existencia y quedar con anemia aguda, he logrado, con esta sencilla terapéutica, evitarles este siempre temible accidente.

Ya conocido el estado de los vasos sanguíneos de la matriz, la manera con que en ella circula la sangre, la composición de este líquido vital, la influencia del sistema nervioso sobre la retractilidad y contractilidad de las fibras musculares que constituyen la musculatura del órgano gestador, y el adelgazamiento por falta de fibras musculares, del segmento inferior, paso á señalar los medios de protección para conseguir la hemostasis.

Cuenta el organismo humano para realizar su defensa, con tres procesos principales que se suceden, se completan ó se cambian entre sí: la vaso-constricción local, la coagulación al nivel de la superficie cruenta que deja en la cavidad uterina la placenta al desprenderse y la reparación de esta herida. Evidentemente que este último proceso, por lo tardío, es muy secundario y no tiene la importancia de los dos primeros, y de aquí el que únicamente me limite á mencionarlo.

La vaso-constricción es, á no dudarlo, el recurso de más rápidos resultados y á esto debe la importancia que tiene para la hemostasis inmediata; pero su acción es efímera y en realidad sólo constituye un medio de transición que únicamente dura el

tiempo necesario para que se formen coágulos sanguíneos que obturen el calibre de los vasos abiertos. Esta vaso-constricción generalmente se inicia como reflejo defensivo desde el momento en que son excitados los tejidos inmediatos al órgano gestador, los vasos sanguíneos ó la piel. En efecto, es bien conocido que los vasos, al penetrar en los tejidos propios de la matriz, pierden sus túnicas externas, quedando únicamente constituídos por una membrana endotelial; que la musculatura del útero y muy particularmente las fibras que forman la capa media ó plexiforme, que es la más gruesa, les da su envoltura ó aparato retráctil. Dichas fibras musculares, muy numerosas en la capa media de las paredes de la matriz, donde presentan muchas de ellas una forma de arco, se reúnen por sus extremidades para formar anillos que, asociados, constituyen canales musculares, los que son recorridos por los vasos sanguíneos con los que centran conexiones íntimas.

En realidad son las fibras musculares de la matriz las que constituyen lo que con tanta justicia llama el profesor Pinard *ligaduras vivientes*, porque al retraerse cierran el calibre de los vasos útero-placentarios desgarrados, é impiden la salida violenta de la sangre.

Debemos tener presente que la vaso-constricción es la primera defensa que opone el organismo contra la hemorragia que se presenta en este peligrosísimo momento de la vida genital de la mujer, y claramente se infiere que su poder está en razón directa de la riqueza en fibras musculares de la región que en la cavidad uterina da inserción á la placenta. Si ésta ocupa el cuerpo, es decir, la parte activa situada arriba del anillo de Bandl, región en que las fibras musculares son tan abundantes, la retractilidad reforzada por asaltos de contractilidad, es suficiente para obturar el calibre de los vasos desgarrados, hecho que diariamente se presenta á nuestra observación. Pero cuando el disco placentario se inserta en el segmento inferior, tan pobre en elementos musculares, ¿basta la vaso-constricción para cerrar el calibre de los vasos útero-placentarios é impedir la salida de la sangre? Seguramente que nó, y en esto se funda el Profesor Barnes para llamar á esta región—en realidad pasiva—la *zona peligrosa*. En ella, la hemostasis se realiza por la formación de coágulos que obturan la luz de los vasos desgarrados, aunque al-

go ayuda la vaso-constricción que, si bien no llega á cerrar su calibre, sí lo disminuye y favorece la coagulación local. Así es que en esta zona, la hemostasis se realiza por coagulación y para algunos autores, entre otros Friedlander y Leopold, esta trombosis se inicia desde las últimas semanas del embarazo. Creen que desde fines del octavo mes se observan celdillas gigantes de la caduca útero-placentaria, penetrando á través de la capa endotelial de los vasos hasta conseguir llegar á su cavidad para determinar la coagulación de la sangre. Aseguran también que, además de la formación de coágulos, se observa en las paredes de los senos venosos, un tejido conjuntivo de formación reciente que se retrae y disminuye su calibre y que esta modificación sólo se presenta en los vasos que corresponden á la inserción de la placenta. De aquí el que al término de la preñez, la circulación venosa de esta región tropiece con alguna dificultad.

A mi entender, el procedimiento de hemostasis natural por coagulación local, es la principal defensa con que cuenta el organismo femenino en los casos de inserción viciosa de la placenta, es decir, en los que el disco placentario se encuentra insertado total ó parcialmente en el segmento inferior de la matriz, región pobre en fibras musculares y por tal motivo poco favorecida para realizar la vaso-constricción. Debe también tomarse en consideración, que después de la expulsión de las anexas, en la herida placentaria, así como en toda la superficie cruenta de la cavidad de la matriz, los vasos desgarrados quedan en relación directa con el contenido de la cavidad uterina, contenido formado por productos albuminoideos, coágulos y suero sanguíneo. Y hoy está bien demostrado, por los trabajos de Friederie, Hayem y Nocard, la acción que sobre la coagulación de la sangre contenida en vasos donde la circulación se hace con lentitud, ejercen los albuminoideos y el suero sanguíneo.

Durante el año pasado, mis practicantes, hoy ya Médicos titulados, Luis López Hermosa y José Méndez Macías, por indicación mía, observaron con escurpulosidad todas las secundinas de las parturientas que fueron atendidas en el Departamento de Maternidad del Hospital General que tengo á mi cargo, y pudieron valorizar que la inserción baja de la placenta es frecuente, supuesto que la encontraron en la proporción de un veinticinco por ciento; y sin embargo, las hemorragias de alguna im-

portancia, fueron raras, cinco en 217 casos. Creo justo asegurar que el examen que mis aventajados discípulos hicieron de todos los anexos, fué hecho con toda precisión.

En la clientela particular, las pérdidas sanguíneas que por su abundancia comprometen la existencia, se presentan aún con menos frecuencia, lo que sin dificultad se concibe, supuesto que, á las maternidades concurren en mayor número los casos de distocia; y además, la clase social que va á estos establecimientos, que la Beneficencia Pública de los países cultos abre á los desheredados de la fortuna, está formada, en su mayor parte, por mujeres que se entregan á trabajos rudos, muchos de ellos no adecuados á su sexo, y es muy probable que estas faenas favorezcan el descenso del huevo fecundado á su llegada á la cavidad de la matriz, con no poca frecuencia afectada de endometritis más á menos antigua.

\* \* \*

Muy oscura es aún la etiología de la inserción anormal de la placenta no obstante las numerosas discusiones á que este asunto obstétrico ha dado lugar. Lo único cierto es, que esta seria complicación se observa con más frecuencia en las mu'tiparas que en las primigestas, siendo la proporción más aproximada á la verdad la que Strassmann señala en su estadística, de 84 por 100; que las mujeres que padecen fibromiomas de la matriz están muy predisuestas; que la abertura anormal de la trompa en la porción inferior del útero, puede llevar á esta región el huevo fecundado; que el embarazo gemelar, dada la mayor extensión de la superficie de inserción de la placenta, así como la trepidación de los wagones cuando las mujeres viajan en la primera época de su gestación, son otras tantas causas predisponentes, dignas de tomarse en seria consideración. Pero á mi juicio, la endometritis desempeña el papel más importante en la etiología de la inserción viciosa, pues en los numerosos casos que he tenido oportunidad de observar la he encontrado con frecuencia. Y cuando por renuencia de las pacientes para ser atendidas de tan á veces molesto padecimiento ginecológico, continúan la vida marital, la inserción baja de la placenta, se sigue repitiendo en varias gestaciones sucesivas hasta que,

vencida su indolencia, se han curado de dicha afección. A partir de esta época, no ha vuelto á presentarse la inserción viciosa.

También es muy poco conocida la patogenia, y aunque ha dado origen á numerosas teorías, como por ejemplo la de Velpeau y Moreau, quienes dicen que el huevo fecundado puede deslizarse entre la pared uterina y la caduca refleja y descender hasta el nivel del cuello; y la de Hohl, quien cree que el huevo fecundado puede perforar la caduca refleja y caer sobre el segmento inferior, estas teorías no son en realidad sino hipótesis. Hoffmeier, en 1888, sostiene que en determinados casos las vellosidades coriales que se implantan en la cadena ovular se desarrollan en vez de atrofiarse, y cuando las dos caducas, uterina y ovular, se reúnen, estas vellosidades, ya muy ramificadas, penetran en la caduca uterina del segmento inferior y forman en este sitio la placenta. A la vez que estas vellosidades se desarrollan para constituir el órgano que sirve al feto para oxigenar su sangre, cederle el ácido carbónico y tomar de la sangre materna los elementos necesarios para su nutrición, las que están en relación con la serótina y debían constituir la placenta normal, se atrofian. Esta teoría ha sido justamente atacada por Ahlfeld y Berry Hart, quienes reprochan al autor de haberla fundado en un solo caso y que su examen se refiere á un huevo muy joven, probablemente modificado por el líquido que sirvió para conservarlo, y sobre todo, nada prueba que las vellosidades encontradas en relación con el segmento inferior, no se hubieran atrofiado en época más avanzada de la preñez.

Posteriormente, Keilmann ha expuesto otra teoría por la que supone que la placenta se desarrolla en el punto á donde el alantoide llega á fijarse á la pared del huevo. Si esta membrana vascular lo aborda en su parte inferior, se producirá una placenta previa.

Se ve por lo expuesto, que la patogenia de la inserción viciosa, dista mucho de ser conocida.

\*  
\* \*

La inserción de la placenta en el segmento inferior de la matriz suele sólo llegar á ser diagnosticada al hacer el examen de los anexos expulsados, y observar que la distancia que separa el

borde inferior del disco placentario del orificio de las membranas por el que ha pasado el feto, es muy corta: siempre inferior á 10 c. m. Se trata en estos casos de inserciones laterales, pues si el disco ocupa una gran extensión de la zona peli-grosa, es decir, si la inserción es marginal y con mayor razón si es total, la inserción viciosa se manifiesta por alarmantes y graves complicaciones, entre otras, la hemorragia, la ruptura prematura de las membranas, el parto prematuro, etc., accidentes que jamás pasan inadvertidos.

La hemorragia es el síntoma que generalmente domina la escena, el que más preocupó la atención de los parteros antiguos y el que con toda perfección llegaron á describir y valorizar. Esta hemorragia es intermitente, se observa en las mujeres que parecen disfrutar mejor salud, aparece sin causa apreciable, se presenta de una manera inesperada. A veces sorprende á las pacientes durante el sueño, y al despertar, sintiéndose mojadas por un líquido caliente que sale de la vulva, se atemorizan al observar que es constituido por sangre roja y líquida. La primera pérdida suele ser poco abundante, generalmente se detiene con facilidad; y la paciente, tranquilizada al verla desaparecer, vuelve á sus ocupaciones habituales; pero después de una, dos ó tres semanas, se repite y en esta vez con mayor abundancia. Las reincidencias siguen presentándose con intervalos menores, hasta que la mujer, aniquilada por estas hemorragias, llega á un estado de anemia grave que puede aun hacerla sucumbir si un tratamiento adecuado no pone fin á tan grave situación.

Múltiples son en realidad las condiciones que favorecen las hemorragias durante la preñez, y la mujer está más expuesta á perder sangre, cuanto más extensa es la inserción de la placenta en el segmento inferior de la matriz y más resistentes sean las membranas. Y es creencia general que la muerte del feto disminuye ó suspende las pérdidas de sangre en los últimos meses de la gestación.

Estas hemorragias son evidentemente producidas por la separación de la placenta; pero ¿cuál es la verdadera causa que determina el despegamiento? Jaquemier sostuvo que era ocasionado por la falta de relación entre el desarrollo de la placenta y la ampliación del segmento inferior de la matriz. Y es

hecho bien conocido que el aumento de la cavidad del útero es debido, en el último tercio del embarazo, al desarrollo del segmento inferior, y también se sabe que en esta época la placenta ha terminado su crecimiento y que, por tal motivo, no puede seguir la ampliación de esta región. De aquí resulta el despegamiento del disco placentario, la desgarradura de vasos sanguíneos y la hemorragia, siempre en relación con la extensión de la porción despegada.

Barnes señaló, como causa principal de estas pérdidas de sangre, el rápido desarrollo de la placenta que no encuentra espacio suficiente en el segmento inferior. Creía que la congestión periódica que se produce cada mes al nivel de los órganos genitales internos, no es extraña á su producción.

Schroeder denuncia como causa determinante, el deslizamiento de la pared uterina sobre el huevo.

La teoría del Profesor Pinard me parece más aceptable, porque explica con suficiente claridad las hemorragias producidas por la inserción viciosa de la placenta, tanto las que se presentan durante el embarazo, como las que se observan al momento del parto. En efecto, en los últimos meses de la preñez, la matriz presenta contracciones, aunque no dolorosas, sí bastante enérgicas que oprimen toda la periferia del huevo, pero que mas se acentúa su acción al nivel del segmento inferior por estar esta región en vía de ampliación. Si la placenta se inserta en las zonas media ó superior de la matriz, la presión se acentúa por estar distribuida con uniformidad sobre toda la periferia del huevo y poner en acción la extensibilidad de todas las membranas; de aquí el que la tensión que éstas ejercen sobre el disco placentario, sea insuficiente para producir algún despegamiento apreciable. Pero si la inserción se hace en el segmento inferior, se produce, en el momento de la contracción, considerable expansión de toda la porción de esta región no ocupada por la placenta, y esta expansión atiranta las membranas ó directamente el borde de la placenta, cuando ésta desciende hasta el orificio interno del cuello, y determina el desprendimiento y la hemorragia. La separación entre el segmento inferior del útero y la placenta, se produce á partir del borde y en una extensión muy variable. No se verifica en la línea comprendida entre las capas compacta y esponjosa, sino que

se hace muy cerca de la capa muscular de la pared de la matriz. Así es que la sangre sale de ambas superficies cruentas: es decir, de la cara uterina de la placenta y de la pared de la matriz, siempre sembrada de numerosos vasos sanguíneos que el despegamiento ha dejado abiertos.

La hemorragia aumenta en el momento de la contracción del útero porque la pobreza en fibras musculares de esta región la hace insuficiente para cerrar el calibre de los vasos útero-placentarios desgarrados. Además, Hoffmeier ha demostrado, por medio de cortes de úteros grávidos en casos de inserción viciosa, que los gruesos vasos arteriales penetran á las paredes de la matriz abajo del anillo de Bandl. Así es que la contracción del cuerpo del útero, región rica en fibras musculares y suficiente para obturar los vasos después del despegamiento de la placenta, cuando está normalmente insertada, no tiene acción alguna sobre los troncos principales ni sobre los vasos que se distribuyen al disco de la placenta, cuando ésta se inserta abajo del anillo de contracción.

La hemorragia sólo se detiene por formación de coágulos, y esta coagulación, ó hablando con más propiedad, la constitución de coágulos obturadores, es impedida por las contracciones frecuentes y enérgicas que se observan en el momento del parto.

El Profesor Pinard señala como síntoma importante la ruptura prematura de las membranas y ha demostrado que esta ruptura está generalmente acompañada de pérdida más ó menos abundante de líquido amniótico; y como esta ruptura pone fin al estiramiento que las membranas ejercen sobre la placenta en el momento de la contracción y suspende las pérdidas de sangre, dice que la mujer que pierde agua deja de perder sangre.

Consecuencia natural de la ruptura prematura de las membranas, es el parto prematuro, accidente que también puede ser ocasionado por el obstáculo que, á la ampliación del segmento inferior del útero, opone la inserción anormal de la placenta. La frecuencia con que se observa la expulsión prematura del producto de la concepción en los casos de placenta previa, es de 42-6 por 100, según estadística del mismo Profesor Pinard.

Además de estas complicaciones, que por sí solas denuncian la inserción viciosa de la placenta, debo señalar la frecuencia de las presentaciones viciosas, debido á la situación del disco

placentario en el segmento inferior de la matriz que modifica las condiciones de la acomodación é impide el encajonamiento de la cabeza.

El tacto vaginal combinado con la palpación abdominal, hace conocer la movilidad y elevación de la región fetal que se presenta, aunque ésta sea el polo cefálico, y si se procura que la mano colocada en la región hipogástrica baje la cabeza para hacerla accesible al dedo que explora por la vagina, se aprecia que ésta se encuentra separada del dedo por una capa gruesa de tejidos constituida por el segmento inferior y el disco placentario que en él se inserta. Este signo es de gran valor diagnóstico y por sí solo revela la inserción viciosa.

Además de estos datos importantes, la exploración bimanual nos revela el excesivo reblandecimiento del cuello, su permeabilidad, y su desviación hacia el lado que ocupa la placenta, cuando la inserción es parcial.

La permeabilidad del cuello permite al dedo explorador llegar hasta las membranas y observar que éstas están gruesas, irregulares, rugosas y algunas veces recorridas por vasos arteriales, caracteres que indican la proximidad de la placenta. Y si al momento del parto, después del borramiento del cuello, se insinúa el dedo entre las membranas y la pared correspondiente de la matriz, se alcanza el borde de la placenta, si la inserción es lateral; y cuando es total, el dedo encuentra cotiledones en todo el contorno del orificio interno.

Una anomalía frecuente del trabajo de parto en los casos de inserción viciosa, consiste en el desprendimiento completo de la placenta y su salida precediendo al feto.

La hemorragia que suele presentarse después de la desocupación de la matriz, es un accidente que compromete muy seriamente la vida de la mujer, pues la sorprende en un estado delicado por la anemia más ó menos grave en que la han dejado las pérdidas sanguíneas que ha sufrido, y basta una nueva hemorragia, quizá aun ligera, para segar su existencia. La pobreza en fibras musculares del segmento inferior que impide la obturación de los senos desgarrados, explica la posibilidad de estas hemorragias, y la frecuencia de la endometritis y la de adherencias excesivas que suele presentar la placenta.

De lo expuesto se infiere que una exploración minuciosa conduce á un diagnóstico exacto.

\*  
\* \*

No existen medios para evitar la inserción viciosa de la placenta, pero sí debemos estar bien preparados para combatir enérgica y oportunamente las complicaciones.

Las presentaciones viciosas deberán ser corregidas por maniobras externas, llevando á la entrada de la pelvis la región del feto que sea más favorable para la terminación feliz del parto.

Para evitar la ruptura precoz de las membranas y el parto prematuro, se debe recomendar á las mujeres á quienes se ha diagnosticado la inserción viciosa, que se abstraigan á toda fatiga corporal y aun de permanecer largo tiempo paradas para evitar que el feto se apoye sobre el polo inferior del huevo. El reposo completo, el uso de la morfina en inyecciones y los sedantes de la matriz, principalmente el extracto flúido de viburnio, deben prescribirse desde el momento en que aparecen contracciones dolorosas de la matriz. En el caso de ruptura de las membranas se debe exigir la quietud y reposo en la cama, para evitar la salida de todo el líquido amniótico y la asepsia posible de la vagina y de la vulva por medio de inyecciones, lavados y apósitos apropiados.

La hemorragia es no sólo el síntoma principal, sino el gran peligro que amenaza seriamente la existencia de la mujer y compromete siempre la vida del engendro. El Profesor Velpeau decía que era la afección que exige más sangre fría, más conocimientos de la Obstetricia y más habilidad. Y el eminente partero Pablo Dubois aseguraba, que si alguna cosa podría hacerlo renunciar á la práctica de los partos, sería el temor que le inspiraba la hemorragia de la placenta previa. Y en verdad que no hay enfermedad en que el médico contraiga más grande responsabilidad que ante esta variedad de hemorragia uterina. Debe emplear las medidas más rápidas y el tratamiento más adecuado, y jamás perder un tiempo precioso en ensayar procedimientos desconocidos. Obrar según un método bien concebido, teniendo siempre presente el mecanismo por el que se produce la hemorragia y los recursos que posee la naturaleza para reali-

zar la hemostasis; en una palabra, saber previamente lo que se va á hacer y la hora á que se debe hacer.

Estas hemorragias son de tal gravedad, que no vacilo en asegurar que de los médicos que ejercen con éxito su profesión, muy pocos deben de ser los que no tengan que deplorar la muerte de algún cliente por tan temible complicación. De aquí el que sin vacilación se deba procurar estancar estas pérdidas de sangre; pero no debemos ignorar lo difícil que es obrar directamente sobre la fuente de la hemorragia, la que es la herida placentaria. Contamos en verdad con numerosos métodos curativos, pero llega la decepción al consultar las estadísticas y adquirir la convicción de que, aun los considerados como mejores, denuncian una notable mortalidad.

Antes de describir la conducta que he seguido en mi práctica para combatir estas hemorragias durante el embarazo y en el momento del parto, mencionaré los métodos de intervención que han sido propuestos para su curación.

Auvard los divide en tres categorías:

1ª Métodos de acción directa sobre la madre;

2ª Métodos que obran sobre el huevo, y

3ª Métodos destinados á obrar sobre el feto.

La primera serie comprende: los procedimientos hemostáticos, y son las inyecciones vaginales y el taponamiento, y los métodos destinados á apresurar el parto y que sólo realizan la hemostasis por la expulsión del contenido de la matriz: parto forzado y parto metódicamente rápido.

La segunda sección está constituida por: 1º Métodos de despegamiento ó desprendimiento de la placenta, que son el arrancamiento total ó método de Simpson y el despegamiento parcial método de Barnes; y 2º Procedimientos que tienen por objeto, hacer salir el líquido amniótico; son: la perforación primitiva de las membranas, método de Puzos; la ruptura de la bolsa de las aguas, previo despegamiento de la placenta, método de Cohen; y la perforación de la placenta ó procedimiento de Deventer.

La tercera categoría comprende la extracción del feto, aconsejada por G. Keim; la versión cefálica por maniobras externas ó método de Wigand; la versión bi-polar realizada por maniobras combinadas ó método de Braxton-Hicks y la extracción del feto por forceps, versión ó embriotomía.

Como he dicho, acepto la teoría del Profesor Pinard para explicar el mecanismo con que se produce el despegamiento de la placenta, y fundado en ella y tomando en consideración los procesos de la naturaleza para realizar la hemostasis, creo justificada para combatir la hemorragia por placenta previa, la conducta siguiente: reposo absoluto, obligando á las pacientes á permanecer en la cama; prescribir inyecciones abundantes con solución de cloruro de sodio al siete por mil á la temperatura de 48° centígrados, previa desinfección del canal vulvo-vaginal; administrar tres gramos de cloruro de calcio en dosis fraccionadas y bien repartidas en todo el día, y poner cada diez ó doce horas una inyección subcutánea con seis centigramos de clorhidrato de hidrastinina disuelto en un gramo de agua esterilizada. Con tan sencilla terapéutica, se suspenden pérdidas de sangre aun de mediana abundancia. Si la hemorragia continúa, si se ha iniciado durante el embarazo y el cuello del útero tiene su longitud y consistencia normales, colocar con el retacador un tapón hemostático formado por una venda grande de gasa aséptica ligeramente untada de vaselina esterilizada, previa desocupación del recto y de la vejiga y desinfección de la vulva y vagina. Un tapón bien puesto, detiene inmediatamente el escurrimiento de sangre, excita las contracciones de la matriz y no es raro que al quitarlo, se encuentre el cuello borrado y dilatado ó suficientemente dilatable para poder emprender la intervención que se crea indicada. También suele suceder que el tapón realice la hemostasis y el embarazo continúe su marcha. Pero cuando el tapón se ha puesto estando la mujer ya en trabajo, además de la suspensión de la hemorragia, apresura la dilatación del cuello de la matriz y acelera la terminación del parto.

Sé que el taponamiento de la vagina en el tratamiento de estas hemorragias, es en la actualidad muy discutido; pero los reproches que se le hacen son enteramente injustificados, si se le pone bien, con las precauciones antisépticas de rigor y estando íntegro el huevo. Y no vacilo en sostener que bien aplicado, el taponamiento es la salud de las mujeres.

Ya mi ilustrado compañero, el Señor Profesor Don Manuel Gutiérrez, con su reconocida competencia, ha demostrado ante esta docta corporación las reales ventajas de este procedimiento que Leroux tiene el gran mérito de haber empleado por pri-

mera vez con método. Por esta razón me limito sólo á sostener su valor cuando está claramente indicado.

Pero si después de estos medios la hemorragia continúa y el pulso se sostiene permanentemente con más de cien pulsaciones por minuto, se debe desgarrar ampliamente las membranas hasta destruir, según el sabio precepto del Profesor Pinard, la cuerda que forman y que estira el borde bajo de la placenta á cada contracción de la matriz, y si el despegamineto del disco placentario es debido al estiramiento de las membranas, es evidente que su desgarradura quita su perniciosa acción. Mas si la pérdida sanguínea es ocasionada por el despegamiento producido por la presión directa de la cabeza que rechaza adelante de ella á la placenta, sin vacilación procédase á la desocupación de la matriz extrayendo el feto por la versión podálica, si la cabeza no está muy encajada y conserva alguna movilidad, con el forceps si ha descendido á la excavación y está vivo, y con el basiotrivo si está muerto.

Realizada la desocupación de la matriz, se combaten los efectos de la anemia consecutiva, por las inyecciones de estricnina, de cafeína, de suero artificial, por los tónicos generales, la posición en declive de la cabeza y la alimentación reconstituyente.

El Profesor Pinard, que es quizá el adversario de mayor valer con que actualmente cuenta el taponamiento hemostático de la vagina, le reprocha favorecer la infección genital, ser doloroso, ineficaz, de difícil aplicación fuera de las maternidades y de impedir la expulsión de la orina y de las materias fecales. Y es evidente que esos y aun otros más reproches merece, cuando es colocado por una persona ignorante; pero aplicado por un médico familiarizado con la práctica obstétrica moderna, que sólo emplea por material gasa escrupulosamente esterilizada, que se sirve del retacador vaginal, que desocupa previamente el recto y la vejiga, y desinfecta con esmero el canal vagino-vulvar, y hace una verdadera obturación estando íntegro el huevo, esos reproches, repito, son enteramente injustificados.

El eminente partero francés emplea el globo de Champetier de Ribes, si con la desgarradura de las membranas no se logra la suspensión de la hemorragia. Este dilatador, dice, es incompresible, y á la vez que hace la dilatación del cuello comprime la superficie sangrante; mas si después de colocado, conti-

núa aún la pérdida de sangre, basta hacer tracciones sobre el tubo del matraz para conseguir que el globo comprima la porción despegada. Aconseja servirse del matraz de más capacidad, para que la dilatación del canal cérvico-vaginal sea suficiente para permitir el paso del feto; y cuando no se dispone de un globo adecuado, recomienda el Método de Braxton Hicks.

A mi juicio, el globo de Champetier, al distenderse, rechaza la cabeza del feto, la aleja del estrecho superior y favorece las presentaciones viciosas; si se coloca entre la porción despegada de la placenta y la cara interna del segmento inferior del útero, aumenta el despegamiento y la hemorragia; y la fuerte y sostenida compresión del disco placentario por el globo, suspende la circulación feto-placentaria y determina la asfixia del feto.

El Método de Braxton Hicks ha sido vulgarizado en Alemania por Schroeder, Martin y Lohemer, y está muy aceptado por los tocólogos de este ilustrado Imperio en el cual es designado con el nombre de Método de Berlín. Consiste en llevar á la entrada de la pelvis—por maniobras combinadas, internas y externas—el polo pélvico del feto, en romper entonces las membranas y tomar uno de los miembros inferiores y traerlo hasta la vulva.

De los métodos que he mencionado, algunos están casi abandonados: citaré entre otros el desprendimiento de la placenta antes de la expulsión del feto, recomendado por Simpson; el parto forzado aconsejado en el siglo XVII por Ambrosio Paré, Guillemeau, Luisa Bourgeois, Mauriceau y aun antes de ellos por Celso. Este último método que con violencia y brusquedad abre á viva fuerza el cuello, extrae el feto por versión, sin suficiente y completa dilatación del orificio del útero, produce además de destrozos incalculables en los órganos genitales de la madre, la muerte del feto por asfixia debida á las dificultades indispensables para hacer pasar su cabeza á través de un cuello insuficientemente dilatado. Y sin esfuerzo de imaginación se comprende la enorme mortalidad que debe haber ocasionado tan ciega y brutal intervención que deja como huella indeleble de su acción, la desinserción de la vagina, extensas desgarraduras de la matriz, hernias intestinales, la infección peritoneal, etc. Felizmente, y para justo orgullo de nuestra época, todos esos procedimientos en los que la ceguedad, la violencia y la fuerza

se disputaban la preferencia, son ventajosamente substituidos por operaciones metodizadas, practicadas con suavidad, destreza y al abrigo de todo germen capaz de ocasionar la infección de nuestras pacientes.

Esos métodos, por el irracional traumatismo que producen, son dignos del abandono que han alcanzado. En cambio el parto metódicamente rápido, es un método llamado á ocupar un buen lugar en la terapéutica obstétrica moderna, porque con suavidad y prudencia, permite practicar rápida y racionalmente, la dilatación completa del cuello y la desocupación violenta de la matriz, la que entonces se retrae y realiza su hemostasis. Su objeto es hacer, en un momento dado, cuando se impone la terminación rápida del parto, la dilatación violenta del cuello y la desocupación inmediata del útero. El primer tiempo se practica con las dos manos,—es decir, que es bimanual—y la técnica es bien sencilla. Se anestesia completamente á la mujer, se le coloca en posición de la talla, previa desocupación del recto y de la vejiga y desinfección de las regiones hipogástrica, vulvo-perineal y del canal cérvico-vaginal; se hace fijar la matriz por un ayudante y se lleva el dedo índice derecho al orificio externo del cuello, se le hace recorrer la cavidad cervical empujándolo con suavidad hasta el orificio interno que debe franquear, pero sin pasar á la cara interna del segmento inferior para evitar encontrar y despegar la placenta. Habiendo vencido la resistencia del orificio interno, se ejecutan con el dedo movimientos de rotación, procurando por una presión circular distender las paredes cervicales, hasta que se le dé espacio al dedo índice de la mano izquierda. Colocados ambos dedos, en contacto por su cara dorsal, se forma con ellos una pinza que ejerce, al separarlos, una presión que debe ser sostenida, uniforme, y procurando que cambien constantemente sus puntos de aplicación, los que deben recorrer toda la extensión de las paredes hasta conseguir la ampliación suficiente para permitir el paso al dedo medio de la mano derecha, después al de la izquierda. Proseguida la dilatación, siempre con suavidad, se consigue lugar para el anular derecho, después para el izquierdo y por último se logra llegar al máximo de dilatación cuando se llevan los bordes del orificio interino al contorno de las paredes de la pelvis. Concluído este primer tiempo se desgarran las membranas

y se practica la desocupación de la matriz, extrayendo el feto por el procedimiento más adecuado.

\*  
\* \*

He mencionado los diversos modos de intervención aconsejados para el tratamiento de la hemorragia por inserción viciosa de la placenta, que se pueden escalonar en cuatro períodos: el primero se extiende de Ambrosio Paré á Puzos y podemos llamarle período del parto forzado; el segundo va de Puzos á Leroux, es el de ruptura de las membranas; el tercero, de Leroux al fin del siglo XIX, es el período de taponamiento; y el período contemporáneo que debe ser ecléctico, pero que conserva sus preferencias, según los países. En Alemania se recomienda especialmente el método de Braxton Hicks; en Inglaterra el procedimiento de Barnes; en Francia son preferidos el taponamiento, y más generalmente aún, el método de Pinard (amplia desgarradura de las membranas y dilatación por el globo grande de Champetier de Ribes), y el parto metódicamente rápido popularizado por Bonnaire.

Es preciso confesar que no poseemos un procedimiento capaz de satisfacer todas las necesidades de la práctica y que nos permita llenar todas las indicaciones; pero tenemos varios métodos á los que ocurrir concienzudamente según el período del trabajo de parto y las condiciones especiales del caso clínico ante el cual nos encontremos. La verdadera ciencia del tocólogo está en saber combinar los diversos modos de tratamiento con las exigencias de cada caso particular y en obrar siempre según lo exijan las circunstancias, pero sin olvidar que la enfermedad ante la cual el médico contrae más responsabilidad, es la hemorragia uterina.

Es evidente que ante una hemorragia por placenta previa, cuyo modo de producción nos es ya conocido, el tratamiento ideal sería aquel que nos permitiese desocupar violentamente la matriz conservando la vida al engendro y sin comprometer la de la madre; pero desgraciadamente esto no siempre nos es dable.

De aquí el que haciéndonos superiores á nuestros prejuicios sepamos elegir las armas más apropiadas á cada caso en par-

ticular y las que con más probabilidades nos guíen á salvar las dos existencias confiadas á nuestra pericia y honorabilidad.

No basta saber que hay placenta viciosamente insertada, hay que distinguir su variedad, es decir, conocer si es lateral, marginal ó total.

Se debe tomar en seria consideración el estado general de la mujer, el momento de la puerperalidad en que se encuentre, pues frente á una múltipara agotada y sin resistencia vital, toda temporización es peligrosa; y ante una mujer joven, vigorosa, bien constituída, una intervención violenta no sería disculpable. La conducta que se debe observar no será seguramente la misma durante el embarazo en el que está el cuello grande y cerrado, que cuando esté ya en trabajo de parto; y en ambos casos también debemos tomar en consideración la época de la preñez, la cantidad de sangre y la viavilidad del engendro.

Una vez expulsado ó extraído el feto, se debe ejercer activa vigilancia hacia la vulva y sólo esperar la expulsión espontánea de los anexos si no hay escurrimiento de sangre, y en caso de hemorragia ó de sólidas adherencias, proceder á la extracción de la placenta y las membranas, evitando desgarrar la matriz y dejar algún cotiledón ó fragmento de membranas dentro de la cavidad del útero. Una gran inyección con solución de cloruro de sodio á 148° centígrados hasta observar que la matriz forme un buen globo de seguridad, cuidados de asepsia y alimentación reparadora durante el puerperio, constituyen el complemento del tratamiento que impone la placenta previa.

México, Julio 24 de 1907.

DR. A. LÓPEZ HERMOSA.

---

## CRONICA.

---

Hemos recibido la siguiente circular:

Academia Nacional de Medicina.—El Secretario perpetuo.—Caracas, 15 de Marzo de 1908.

Señor: En nombre y por disposición de esta Academia, ten-