



x:rite

colorchecker CLASSIC



82-5-4

71

~~Dr. Revuelto~~
~~Dr. Espinosa~~

Facultad de Medicina

Dr. Castro

No

2546

GRADO DE DOCTOR

Memoria reglamentaria presentada al Tribunal de censura

por el

Licenciado, José H. de Iturriaga y Lejarreta

cc 2581

(2545)

Junio - 912.

77

Algunas consideraciones

sobre la

" Placenta Previa y su Tratamiento. "

MEMORIA

b 19116354



Imprenta de Leliano

GRADO DE DOCTOR

Excmo. Sr. D. Juan de Dios...



...y de la Facultad de Medicina...

...- 912

Algunas consideraciones

sobre la

"Práctica Teórica y su Enseñanza"



Siendo deber reglamentario para obtener el título de doctor, la presentación de una memoria, es por lo que hoy me teneis en vuestra presencia con este desmadejado escrito, muy pequeño si se tiene en cuenta lo que debía presentar si hubiese aprovechado vuestras enseñanzas, razón por la que me encuentro avergonzado, pero una cosa me anima, y es el pensar que, si otras veces habeis sido indulgentes conmigo, lo sereis una vez más, aunque justo es decir no lo merezco.

No traigo nada nuevo á vuestro juicio, ni tampoco puedo añadir gran número de casos prácticos á esta memoria, dado el poco tiempo de mi afición á la especialidad Toco-ginecológica, si bien he tenido la desgracia, para las enfermas, de ver alguno durante mi asistencia á la casa de Maternidad, y algunos otros par-

ticulares de los cuales he podido sacar alguna enseñanza sobre el tratamiento de la distocia que someramente voy á tratar.

Me ocuparé de Placenta Previa, asunto interesante, pero por todo el mundo ya discutido en congresos y academias.

Aunque mi principal objeto en esta memoria es el tratamiento de esta distocia, no pasaré por alto un poco de historia y algunas hipótesis para explicar los motivos de esta inserción baja, así como las causas de hemorragia.

La placenta previa era ya conocida por los autores antiguos, los cuales creían debida esta distocia á un accidente casual, pues para ellos la placenta se insertaba normalmente en el fondo de la matriz, pero por causas desconocidas se desprendía y caía en el segmento inferior.

Schacher, profesor de Leipzig, en el año 1709, anota un caso que puede considerarse como la primera noticia de la inserción viciosa de la placenta.

Levret demostró de una manera magistral la existencia de esta distocia, rebatiendo la opinión de Deventre sobre el lugar de inserción de la placenta.

En 1723, se presenta por Petit á la Real Academia de Ciencias de Paris, el caso de una mujer con embarazo á término, la cual durante tres dias está de parto, con perdidas considerables de sangre; muere y se le hace la autopsia por ver la causa que habia motivado no poderse terminar el parto y se encontraron con que la placenta tapaba el orificio interno de la matriz exactamente, excepto en un trozo el cual estaba despegado y del que salia sangre. El feto tenia los pies en alto y la cabeza baja y con esta y las espaldas apretaba la placenta contra el orificio interno y el cuello de la matriz, de modo que él mismo se cerraba la salida.

El 1795, Juan de las Navas, en su libro "Elementos del Arte de Partear", dice: "La placenta hace el parto trabajoso, por presentarse delante del feto, por desprenderse anticipadamente, por hallarse fuertemente adherida á la superficie interna del útero, por hallarse implantada en su cuello al rededor del orificio y por ser muy abultada". Habla tambien de las hemorragias por implantación de la placenta al rededor del orificio del útero y dice: "Se pasará á dilatar gradualmente el orificio del útero para romper las membranas y extraer el feto. Estas hemorra-



gias rara vez dan lugar á que el parto sea de todo tiempo, por lo común son causa de terminarlo antes y solo se detiene cuando la placenta no está en el orificio del útero ».

Como se vé conocian perfectamente la placenta previa, su diagnóstico diferencial y tratamiento, según la calidad de la hemorragia. En hemorragias pequeñas se reducía sencillamente al mismo que empleamos ahora, irrigaciones de agua fría ó caliente (con vinagre), taponamiento con hilas, quietud en cama, etc.

Ya más adelante Rigby, médico inglés, da á conocer con sus dicho, hemorragia inevitable y hemorragia accidental, la diferencia entre la hemorragia por placenta previa y la producida por el spondimiento de placenta.

La placenta previa en nuestros dias es del dominio del tocólogo, pues tiene ya á su alcance todos los medios para evitar la muerte, por lo menos de la madre y muchísimas veces del feto, y si esto no sucede siempre, es por el abandono de muchas mujeres, que como decia mi maestro el Dr. Recasens, y hace constar en su libro, (Tratado de Obstetricia) " Las mujeres, que por lo general se asus-



tan con gran facilidad de cualquier herida que produzca una pérdida algo regular de sangre, miran con una tranquilidad verdaderamente sorprendente las pérdidas hemáticas que se realizan por sus genitales: parece como si el habito de la menstruación les haga perder en absoluto el temor de las hemorragias genitales." Por este motivo muchas veces pasan esta hemorragias por alto, y al repetirse y habiendo perdido ya mucha sangre, es cuando llaman al médico, el cual ya, ó se encuentra ante un cuadro tristísimo, con la mujer muerta ó cuando menos llega ya tarde para salvar la vida del feto.

Por consiguiente el punto principal de la placenta previa, lo que puede matar y mata, es la hemorragia, y á cohibirla han de encaminarse todos los esfuerzos del médico encargado de una mujer afecta de esta temible distocia.

La inserción previa ó baja de la placenta se ha querido explicar por varios mecanismos: Tyler Smith suponía debida la inserción baja de la placenta á la fecundación del ovulo en la parte inferior de la cavidad uterina. Cazeaux admite la posibilidad de la fecundación en la cavidad del útero, cuando el huevo ha reco-

rrido gran parte de su cavidad, y se la explica porque dice, hallarse la superficie interna del útero menos hinchada é impregnada que cuando la implantación del huevo se verifica en su sitio ordinario, motivo por el cual el huevo desciende sin encontrar obstáculo á insertarse en la parte baja.

Otros como Ingleby, opinan que una anomalía en el abocamiento de las trompas en la matriz, puede ser la causa de inserción baja, lo cual se explica perfectamente é Ingleby lo confirmó por dos casos en los que dice, que la inserción de las trompas en la matriz correspondia cerca del orificio interno del cuello, habiendo tenido una de las mujeres diez placentas previas y la otra tres.

Müller cree en las contracciones uterinas inmediatamente despues de la concepción, y en muchos casos en vez de abortar no se fija el huevo y caé á el orificio cervical, y en otros muchos casos, empieza fijándose el huevo normalmente y despues de algun tiempo cae, opinando en este sentido del mismo modo que Cazesux.

Gendrin, habla de un canal especial del útero en las mujeres que padecen esta distocia, canal que compara con los uréteres y por el cual se escurre el huevo.

Moreau, piensa que las trompas tienen la propiedad de expulsar con violencia al huevo y segun la fuerza expulsiva, caerá este ó insertarse en el fondo, paredes ú orificio cervical.

Deloré y Lutaud en su " Tratado Practico del arte de los partos", diden fundárnose en una estadística de Simpson, (de 136 casos, 11 en primíparas) que el ovulo fecundado no puede adherirse donde lo ha hecho otro anteriormente, porque queda allí una cicatriz lisa por la que se escurre, y cuantos más hijos tuviese una mujer, más expuesta estaria á tener placenta previa. Esto unicamente con una buena estadística podria como indicarnos ese camino, cosa que no parece haber hecho estos señores.

Bisander, admite que la multiparidad favorece este accidente. Que la inserción de la placenta depende de la posición de la mujer en el acto de la impregnación.

Bumm explica la inserción central, por medio de un sencillo mecanismo que representa en su libro, de un ovulo caido en el orificio cervical, cuyo ovulo, tenie.

endo una circunferencia igual á la del orificio no puede pasar más abajo y en su al rededor estando en contacto con la matriz, es donde se inserta circularmente, por medio de sus elementos ectodermicos, y al desarrollarse la placenta ocupá todo el orificio.

Pinard y algunos otros creen el el traumatismo como causa del desprendimiento del huevo, el cual inserto normalmente, caé al segmento inferior de la matriz donde puede decirse arraiga gracias á los trofoblastos ya algo desarrollados, que siguen haciendo el mismo papel destructor para formarse nuevo nido.

Los micomas desarrollados en el interior de la matriz son causa de inserción baja de placenta, ya por el tumor en si, desarrollado en el fondo de la matriz ó en sus paredes, ó ya por las alteraciones morfológicas que á su alrededor produce.

No cabe duda de que las causas de esta distocia son debidas á afecciones de naturaleza endométrica, pues estando la cavidad de la matriz en su estado normal llena de surcos, una inflamación de su mucosa la one turgente y lisa y no teniendo el huevo donde detenerse resbala hasta el segmento inferior.



Como esta bien probada la presentación de esta distocia en pluríparas más generalmente que en primíparas, ha sido el pensar en los afectos genitales como causa.

La placenta previa puede ser central, marginal y lateral, según que tape el orificio interno, apoye en él un lado ó no llegue á él, y según sea una ú otra de estas formas así ha de ser más ó menos grave la hemorragia que se produzca.

Los alemanes dan el nombre de placenta lateral, á aquella inserción en que al verificarse la dilatación del cuello se toca la placenta encima del orificio interno.

Los franceses siguen la teoría de Roberto Barnes, que llama placenta lateral, á aquella que en el momento de la dilatación no dá casi hemorragia por hallarse separada del cuello, y solo tener un trozo inserto en lo que él llama Zona dañina, á la que dá 76 milímetros de extensión contando desde el orificio interno. Ahora al hablar del mecanismo de producción de hemorragias por inserción viciosa, di- ré la división del útero en zonas según este autor.



El Dr. Recasens acepta como inserción viciosa de placenta solo aquellos casos en que hallándose implantada la placenta en el segmento inferior, se produce hemorragia, antes del parto ó durante él. Me parece perfectamente, pues si lo temible en los casos de placenta previa es la hemorragia y existiendo aquella no se produce esta, que más nos dá que este normal ó viciosamente inserta la placenta si la complicación no llega á producirse.

Se me ocurrirá pensar en el siguiente caso: dos mujeres con inserción lateral é igual extensión inserta en zona dañina, embarazo á término. En una es expulsado un feto pequeño sin hemorragia alguna, en la otra un feto grande con hemorragia. Podría el desarrollo del feto ser la causa de hemorragia en casos de ~~hemorragia~~ ~~por~~ placenta previa, por necesitar mayor dilatación de cuello para su expulsión?. Yo creo que si. Pero como se puede probar que la inserción ha sido idéntica?. Eso de medir la distancia del orificio interno al sitio de implantación de la placenta, me parece muy difícil y cuando menos poco exacto, así como el calcularlo por el sitio en que se han roto las membranas.



El Dr. Rossignol cree que la sangre sale de la matriz ó de la placenta desprendida?
 Aunque esta pregunta en la actualidad no tiene objeto, pues nadie pone en duda que
 la sangre sale de las paredes de la matriz, de los vasos utero-placentarios rotos.
 En otro tiempo hubo sus dudas fundadas. Levret creia que la placenta suministraba
 una parte de sangre en esta clase de hemorragias, es decir que salía del trozo de
 placenta desprendida y de la matriz.
 Rawlins, de Oxford, decia que, dan más sangre los vasos de la porción des-
 prendida de la placenta que los uterinos. Hamilton tenia la misma opinión y Simpson
 era de idéntico parecer y opinaba lo más acertado, que si salia la sangre de la pla-
 centa, despegando y sacando esta cesaria la hemorragia y demuestra haberlo obser-
 vado en gran número de casos de los cuales hace buen número de cuadros explican-
 do las horas que pasaron entre la salida de la matriz y la del feto, en los que
 hubo abundante hemorragia antes y cesó despues de la extracción placentaria, el nú-
 mero de niños vivos y muertos, etc. Esta estadística no me parece prepara el ani-
 mo para intentar la extracción de la placenta antes del feto, pues de 106 casos.



De donde sale la sangre de la matriz ó de la placenta desprendida?
 Aunque esta pregunta en la actualidad no tiene objeto, pues nadie pone en duda que
 la sangre sale de las paredes de la matriz, de los vasos utero-placentarios rotos.
 En otro tiempo hubo sus dudas fundadas. Levret creia que la placenta suministraba
 una parte de sangre en esta clase de hemorragias, es decir que salía del trozo de
 placenta desprendida y de la matriz.
 Rawlins, de Oxford, decia que, dan más sangre los vasos de la porción des-
 prendida de la placenta que los uterinos. Hamilton tenia la misma opinión y Simpson
 era de idéntico parecer y opinaba lo más acertado, que si salia la sangre de la pla-
 centa, despegando y sacando esta cesaria la hemorragia y demuestra haberlo obser-
 vado en gran número de casos de los cuales hace buen número de cuadros explican-
 do las horas que pasaron entre la salida de la matriz y la del feto, en los que
 hubo abundante hemorragia antes y cesó despues de la extracción placentaria, el nú-
 mero de niños vivos y muertos, etc. Esta estadística no me parece prepara el ani-
 mo para intentar la extracción de la placenta antes del feto, pues de 106 casos.

73 fueron de muerte y solo 33 vivos, es decir un 69 por ciento de muertes y un 31 de niños vivos. Es muy natural á mi entender, pueda cesar la hemorragia, si no completamente, casi, por la contracción que necesariamente tiene que experimentar el útero al quitarle un cuerpo voluminoso de su interior como es la placenta, pero como es una contracción incompleta vuelve la sangre á salir de los vasos.

En contra del modo de pensar de estos señores, están los experimentos de Mackenzie, que desprendiendo la placenta en perras, pudo ver salir la sangre de las paredes del útero y no de la placenta. También cita el caso de inyectar por la arteria hipogástrica de un cadáver de mujer sangre desfibrinada, que salía por la matriz, de las arterias utero placentarias.

Barnes en su libro "Leçons sur les Operations Obstétricales et le traitement des hemorrhagies" dice, haberse visto en casos de operaciones cesáreas y de inversiones uterinas, salir la sangre de la superficie del útero. Añade que Chomne relata gran número de casos de este género.

Porqué y como se produce la hemorragia.? Hay varias teorías para expli-



carla: se supuso que dependia de la expansión gradual del cuello en los ultimos meses del embarazo, pero ya sabemos que hasta la última semana no entra á formar parte de la cavidad uterina, y buena prueba de ello es que en casos de hemorragia por inserción baja nos vemos precisados muchas veces á dilatarle, por no hacerlo él espontáneamente.

Jacquemier, dijo lo siguiente: que el útero se desarrollaba principalmente en su segmento superior durante los seis primeros meses del embarazo y la placenta le sigue en su crecimiento cuando está inserta normalmente. En los tres últimos meses se desarrolla el segmento inferior, pero la placenta inserta en él há llegado casi á su maximo desarrollo durante los meses anteriores, y de aqui que no pudiendo crecer más, no sigue al segmento inferior de la matriz en su expansión y se desprenden sus intimas inserciones dando lugar á la hemorragia.

Barnes supone que la perdida de relación entre el útero y la placenta es por causa de esta que se desarrolla demasiado y se desprende en su crecimiento produciendo la hemorragia. Dice que las hemorragias son más frecuentes en las épocas



menstruales y la explica del siguiente modo; la sangre afluye al útero y la placenta se hincha, la sangre corre por ella, despegando sus bordes y se escapa, la influencia de la irritación que produce el escape de sangre y la presencia de cuajaciones entre placenta y matriz pueden despertar contracciones. La zona cervical contrayéndose puede dar lugar secundariamente á un despegamiento mayor de placenta y á nueva hemorragia. Los que estan en la creencia, dice Barnes, que la placenta irá despegándose conforme á la dilatación creciente del cuello estan en un error. "El despagamiento no subirá jamás más alto de la zona cervical."

Schroeder, pensó en un deslizamiento de la pared uterina sobre el huevo pero este deslizamiento á expensas del segmento inferior, así que estando normalmente inserta la placenta nada pasaba, pues el fondo nada se mueve, mientras que estando viciosamente inserta y no estando rotas las membranas, tiene necesariamente al envolver al huevo que tirar de ellas y producir el desprendimiento y hemorragia consiguiente.

Barnes para explicar los casos de inserción viciosa de placenta, repre-



... y la zona superior ó del fondo, inserción normal de la placenta, no ofrece ningun peligro de hemorragia. Zona media, corresponden los lados de la matriz, si la placenta se fija en esta parte no suele desprenderse prematuramente, pero dice puede ser causa de oblicuidad uterina y de posiciones transversales, que complican incuestionablemente el acto del parto, y tambien puede la placenta inserta en esta zona ser causa de una hemorragia post-partum. La zona inferior comprende el circulo polar inferior y paredes hasta el orificio interno del cuello, es lo que se llama zona cervical; en esta la inserción de la placenta es más peligrosa y puede desprenderse prematuramente y sobre todo cuando el orificio interno se ensancha en el periodo de dilatación, para dar paso al feto. Esta zona es la única en que no están en relación la contractilidad muscular de la matriz y la adherencia de la placenta, relación que existe en las otras dos zonas, razón por la que no se produce hemorragia. El circulo polar inferior, es pues el limite de la



senta en su libro un dibujo que copian varios autores. Divide la superficie interna del útero en tres zonas, merced á dos líneas circulares, circulo polar superior y polar inferior. Zona superior ó del fondo, inserción normal de la placenta, no ofrece ningun peligro de hemorragia. Zona media, corresponden los lados de la matriz, si la placenta se fija en esta parte no suele desprenderse prematuramente, pero dice puede ser causa de oblicuidad uterina y de posiciones transversales, que complican incuestionablemente el acto del parto, y tambien puede la placenta inserta en esta zona ser causa de una hemorragia post-partum. La zona inferior comprende el circulo polar inferior y paredes hasta el orificio interno del cuello, es lo que se llama zona cervical; en esta la inserción de la placenta es más peligrosa y puede desprenderse prematuramente y sobre todo cuando el orificio interno se ensancha en el periodo de dilatación, para dar paso al feto. Esta zona es la única en que no están en relación la contractilidad muscular de la matriz y la adherencia de la placenta, relación que existe en las otras dos zonas, razón por la que no se produce hemorragia. El circulo polar inferior, es pues el limite de la

zona central y de la cervical, es el principio de la zona dañina, en cuya zona el desprendimiento placentario se produce necesariamente y su consecuencia la hemorragia. Ya decía antes que dudaba de la exactitud del procedimiento de Barnes, para saber la extensión de la zona dañina, pues dice este autor, se puede saber su circunferencia superior, es decir, la medida del círculo polar inferior del siguiente modo: pasando un anillo de caouchouc al rededor de la cabeza del feto por su circunferencia mayor y esta medida será la del círculo polar inferior. Ahora para saber la distancia á que está inserta la placenta del agujero interno del cuello, es decir la distancia de este al círculo polar inferior, mide en la cabeza del niño la distancia que media de la cinta de caouchouc á la protuberancia parietal, distancia que en el niño á término es de 76 milímetros aproximadamente, distancia que para Pinard, no es la misma, puesto que la hace llegar hasta los 10 centímetros.

En lo que no hay divergencias, en lo que todo el mundo está conforme es en que lo más temible en casos de placenta previa es la hemorragia, antes, en ó despues de la expulsión del feto y las secundinas. La hemorragia puede producirse



por otras causas que no sean placenta previa, tales como tumores del cuello de la matriz, desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, etc.

Como diferenciarla?. La hemorragia procedente de un desprendimiento parcial de placenta previa no se produce generalmente hasta los tres últimos meses del embarazo ó final del quinto; la sangre sale al exterior apenas sin aperebirse las mujeres (en hemorragias pequeñas) á no ser al encontrarse mojadas. Por palpación vaginal se nota en estos casos una masa esponjosa, algo que se interpone entre las paredes de la matriz y la cabeza, ó presentación del feto. Se ha dicho que se puede sentir en el cuello la pulsación, que no es isócrona con el pulso de la madre, así como tambien daba buenos resultados la auscultación vaginal, por medio de un estetóscopo acodado.

Si el parto ha empezado y el cuello estálo suficientemente dilatado para dejar paso á un dedo, nos será facil hacer tacto digital intrauterino y si la placenta está inserta centralmente se toca tan palpablemente que no da lugar á equivocación. El cuello está doloroso y blando al tacto y la mujer se queja de dolores



riz; su diagnóstico suele ser fácil, colocándose un especulum, viendose muchas veces salir la sangre.

La cantidad de sangre perdida es muy variable, desde una pequeña hemorragia sin importancia, para las mujeres, hasta una hemorragia mortal. Generalmente la primera hemorragia es pequeña y no vuelve á presentarse inmediatamente la segunda, sino al cabo de algunos dias, y luego se van presentando más á menudo siendo cada vez mayores. Esto ya digo que generalmente, pero hay otros casos, los menos, que se produce una primera hemorragia á los seis meses, por ejemplo, y no se vuelve á ver sangre hasta el momento del parto, en que puede ó no producirse la hemorragia.

Ya se sabe que en casi todas las mujeres afectas de placenta previa, las hemorragias se presentan hacia el sexto mes y sale la sangre inmediatamente al exterior por su proximidad con el orificio interno del cuello. Alguna cantidad puede quedar retenida entre placenta ~~desprendida~~ y matriz y obra como cuerpo extraño produciendo contracciones, que pueden ser causa muchas veces de provocar el parto. Hay quien opinà, Barnes uno de ellos, que algunos abortos pueden ser debidos á hemorra-



... las membranas se dá por algunos como signo cierto de placenta previa, sin que esto sea un axioma, pues hay muchísimos casos en que las membranas se rompen prematuramente en inserciones normales de placenta, y muchos casos de inserciones marginales en que no se rompen, defecto grave, pues al encajarse el feto tira de ellas y desprende la placenta.



Una vez diagnosticada una placenta previa su pronóstico no puede ser otro que grave para la madre y gravísimo para el feto, gravedad que aumenta progresivamente de placenta lateral á marginal y de esta á central. No siendo llamado el tocólogo la mayor parte de las veces al producirse la primera hemorragia, y si en las sucesivas, la gravedad de la enferma es mayor aún, pues seguramente su feto ha muerto ya por axfisia y el estado general de la paciente no suele ser del todo satisfactorio.

El tratamiento de la placenta previa no es único, por suerte son varios, de los cuales puede echar mano el tocólogo según las circunstancias y su decisión

y buen criterio le aconsejen, aunque todos ellos tienen el mismo fin, Librar á la matriz lo más pronto posible de su contenido.

La hemorragia por placenta previa es la causa de la muerte, del feto primero y de la madre despues, cohibir la hemorragia es lo primero que debe intentar el tocólogo, y despues ir pensando en la segunda parte, es decir, estar á la expectativa para lo que tenga que hacer, desde provocar el parto, si no ha empezado la dilatación del cuello, rotura de membranas, dilatación del cuello, aplicación del forceps, versión, cesarea abdominal ó vaginal. Por este orden, á mi entender deben estar estas operaciones, según la importancia de cada una de ellas

El ideal del tocólogo debe ser la salida del feto, sin operación alguna cruenta, por las vias naturales, pero esto no ocurre con la frecuencia que fuera de desear, pues tratándose de primíparas rara vez se consigue.

Para cada caso de placenta previa puede decirse hay un tratamiento especial, así no puede proponerse el tocólogo hacer tal ó cual procedimiento, tendrá que hacer necesariamente lo que la ciencia recomienda á su entender en el caso que



se esté desarrollando. Todo tratamiento depende de la cantidad de sangre perdida, del numero de hemorragias que haciendo grave el caso nos indican cuando y como debemos intervenir.

1°- Si el feto no es aún viable y se produce ligera hemorragia, á los seis meses por ejemplo, debe siempre el tocólogo intentar la continuación del embarazo, cohibiendo la hemorragia por medio de irrigaciones vaginales templadas, que con el reposo en cama son indicaciones precisas y estando constantemente en guardia para lo que pueda suceder.

2°- Que la hemorragia es en los tres últimos meses y no es grande, hará lo mismo que en el caso anterior más un taponamiento bien hecho, con observación pues muy facilmente puede provocarse el parto.

Que en el primer caso la hemorragia se repite abundantemente, provocará el parto puncionando las membranas, dilatara el cuello manual ó instrumentalmente y extraerá el feto bien por medio del forceps ó haciendo la versión, esto según sea el caso y él lo juzgue: inmediatamente extraera la placenta y despues tratará á la



parida como en los casos de parto natural, claro esta que siempre é la expectativa por las hemorragias post-partum, que ya sabemos, que si bien no son muy frecuentes, pueden alguna vez dar un disgusto, por la falta de contractilidad de la fibra muscular del útero, poco abundante en esta parte baja.

Que en el segundo caso la hemorragia se repite y hace temer por la vida del feto, debe tambien provocar el parto, bien por la rotura de las membranas seguida de un taponamiento para provocar las contracciones, ó sin taponamiento, pues muchas veces no es necesario, sobre todo si la presentación es de vertice, pues rotas las membranas, el feto se encaja y obra como tapón cohibiendo la hemorragia por compresión de la placenta contra las paredes de la matriz al mismo tiempo que como dilatador del cuello: si la hemorragia es inquietante y el parto no se verifica, habrá que recurrir á la dilatación, si esta no es suficiente, y aplicación de forceps,

Ya queda dicho que en casos de hemorragias grandes ó pequeñas pero continuas, no hay que contemporerizar, no hay que esperar á que el cuello se dilate, pues ya el feto tenemos 99 probabilidades de que haya muerto, y no es cosa de que



por poca desición muera tambien la madre, debe extraerse rápidamente feto y anexos. El feto está vivo y la hemorragia es inquietante, abertura de las membranas por el método de Pinard, ya preconizado por Puzos y extracción del contenido de la matriz lo más rápidamente posible. Facil es decirlo, pero no hacerlo en la mayoría de les cases, pues debemos tener en cuenta, si nos encontramos delante de una primípara ó pluripara, y que el cuello sea dilatable, este dilatándose ó este completamente cerrado. Si el cuello esta dilatándose podemos dejar el parto á sus fuerzas naturales, si es que la hemorragia ha cedido algo una vez practicada la abertura de las membranas y la presentación fetal es bien manifiesta, sino hará el tocólogo lo que crea más oportuno; si dilatable, nos será facil la dilatación por medios manuales, (Maniobra de Bonaire); y si cerrado y rigido, cosa frecuente en mujeres que no han parido, no nos será facil la dilatación digital, aunque debe intentarse obtener primero una dilatación pequeña instrumental y continuarla luego manual, que no nos da resultado, emplearemos los dilatadores de Barnes, Charpentier de Ribes ú otros, pero tienen dos inconvenientes, el que necesitan cierto grado de dilatación para



aplicarlos, y el que muchas veces vamos á servirnos de ellos, y como son de goma, ó están rotos ó se rompen al insuflarlos; lo unico que dará resultado en estos casos tan refractarios á la dilatación, serán los dilatadores mecánicos; el de Bossi por ejemplo, instrumento á mi juicio como todos los de su clase, demasiado bruscos y fuertes, que si bien hacen la dilatación suficiente para que la expulsión pueda verificarse, como la matriz en g-stación es organo delicado, y más precisamente en estos casos en el sitio que se va á operar, producen desgarrros de cuello, puerta abierta á las infecciones.

Una vez practicada la dilatación en estos casos urgentes, su complemento debe ser la versión, que es lo más rápido la mayoría de las veces, pero como primera condición necesita una gran dilatación para facilitar las maniobras.

Si el embarazo es á termino, y la hemorragia no es grande y el parto se inicia, irrigaciones vaginales con agua caliente y taponar fondos de saco y vagina poniendo para contener el taponamiento un T de ano para mayor seguridad. Lo más probable, es que siga la dilatación con alguna rapidez, y aunque uno se equivoque pue-



de cuando crea conveniente quitar el taponamiento, y si la naturaleza no ayuda, tendrá que hacer sus veces el tocologo, pudiendo muy bien en estos casos con presentaciones de vertices aplicarse el forceps.

En los casos de placenta previa central, no debe perderse un momento, si la hemorragia es muy grande la decisión del tocólogo es la salvación de madre é hijo, ó por lo menos de l madre. Los partidarios de la operación cesárea escojen esta, la abdominal, y los que no tienen fé en este procedimiento, tan indicado á mi modo de ver, en estos casos, escojerá el usual con sus graves inconvenientes de perdida segura del feto.

Hacia el año 90 fué recomendada por algunos especialistas italianos la operación cesárea abdominal, y 13 años despues en el XIV Congreso Internacional de Medicina celebrado en Madrid en Abril de 1903, presenta el Dr. Candela de Valencia su Rapport sobre el tema "Traitement du Placenta Praevie". En esta tesis hace un elogio de la operación cesarea é indica un caso de placenta previa marginal, que fué el que le indujo á practicar esta operación con un éxito feliz para madre é hijo.



Esta proposición fué rechazada por la mayoría de los especialistas que tomaron parte en la discusión. Parecía que había sido olvidada un poco esta operación como tratamiento de placenta previa central, pero últimamente ha vuelto éser empleada en Alemania por Krönig, quien la recomienda por los brillantes resultados por él obtenidos, pues hace dos años había practicado 22 cesáreas abdominales, teniendo que lamentar solo la pérdida de un niño. La cesarea en si, aplicada por estrecheces pelvianas, es una operación casi inofensiva, y de ello puedo dar una buena prueba, pues recuerdo perfectamente que estudiando con el Dr. Recasens la asignatura de Ginecología, hizo este una cesarea en una enana con feliz éxito; al año siguiente se hace embarazad y nueva cesarea, practicada por el Dr. Garcia del Mazo, por ausencia del Dr. Recasens; Ya habiendo yo terminado la carrera llevó el Dr. Recasens á la Academia de Medicina, si mal no recuerdo, la tercera cesarea practicada á esta mujer, juntamente con su esterilización, comunicación que dió lugar á largas y numerosas discusiones. Claro está que una operación por inofensiva que sea, practicada en una mujer en pesimas condiciones, por perdidas de sangre abundantes, no podrá ó no debe



dar tan buenos resultados, pero si una vez diagnosticada la placenta previa central, llegamos al final del embarazo ó por lo menos á los meses de viabilidad del feto, sin perdidas grandes de sangre, y si al presentarse una hemorragia un poco temible tenemos todo preparado para hacer esta operaci3n, es de esperar que salga bien y con los resultados apetecidos para madre é hijo. El primer tiempo de incisi3n de la matriz no tiene nada de particular y es más seguro que en cesarea de inserciones normales, pues la hemorragia es menor y no hay temor alguno á herir la placenta, ahora que el desinsertarla es el punto más peligroso por todos estilos, pues la falta de fibras musculares, y sino la falta, pues existen, pero tan distentidas por la inserci3n de la placenta, que puede haber una gran hemorragia por quedar abiertas las boquillas de los vasos por falta de contractilidad muscular. Es el unico punto temible de la operaci3n, pero por lo visto unas ^{manos} hábiles contribuyen grandemente á un exito feliz á juzgar por la estadística de Krönig, pero es el unico que cita casos de cesáreas, pues Küstner, Richter, Veischer y otros presentan sus estadísticas con resultados obtenidos por los medios corrientes, abertura de las mem-



branas, uso del balón, versión, etc, quedando encantados de estos procedimientos no quirúrgicos.

Yo si algo valiera mi parecer, me declararía partidario de la cesarea abdominal, pero solo en los casos de inserción central, por los resultados que haciendola á tiempo se obtienen, y porque creo que es más facil hacer una operación á la vista, que no solamente al tacto sin saber lo que va á ocurrir, y esto lo digo, por el tratamiento actual de placenta central verdad, centro por centro del orificio interno del cuello. Se presentan grandes hemorragias, empieza el periodo de dilatación ó dilatamos nosotros y nos vemos precisados á punzar las membranas, cosa imposible en la mayor parte de las veces, puea si la placenta está un poco lateralizada, no sabemos que sitio es el más corto de su inserción, y el introducir el dedo entre placenta y matriz para romper las membranas, no nos dará buen resultado, y si malo, pues necesariamente tenemos que despegar la placenta y hacer mucho mayor la hemorragia, que es lo primero que debemos evitar. El dedo no llega, y si llega es lo justo y siendo tan exacto, es como si no llegara, pues nada podemos hacer sino trabajar



en balde. Abrir un ojal grande para dar salida al feto á traves de la placenta es lo indicado, menos mal si la placenta no es completamente central, porque en este caso no heriremos vasos gruesos, pero si los herimos provócamos una hemorragia fatal al feto sobre todo. El ojal practicado en la placenta debe ser amplio y suficiente para sacar por el al feto, que se extraerá por versión rápidamente y enseguida se desinsertará la placenta.

Se ha discutido que medio será mejor para la extracción del feto, la versión ó el forceps. Nada se puede decir, pues depende del caso ó por lo menos del tocólogo. "Cada maestrillo tiene su librillo" y haré lo que juzgue más conveniente sin que en ello haya derecho á critica pues así lo aconseja la conciencia y el parecer de cada cual, y así se escojera uno u otro. La versión bipodálica se puede hacer con rapidez por maniobras combinadas á lo Braxton Hicks, las nargas del feto son un gran medio hemostático, y habiendo desado la hemorragia, se puede abandonar una vez practicada á los esfuerzos naturales.

De la cesárea vaginal ú operación de Dührssens, dire que, está basada en



las incisiones que antes se hacian en el cuello de la matriz para dar salida al fe-
to más sencillamente, incisiones que como no eran lo sùficientes, muchas veces da-
ban lugar á desgarros.

En el último Congreso Español de Obstetricia, Ginecología y Pediatría,
sostuvo el Dr. Parache que la cesarea vaginal es menos grave que la abdominal, que
qué se hace en menos tiempo, que se necesitan menos ayudantes y que no hay lugar
á rasgaduras del útero haciendo la incisión suficiente. Que la cesarea vaginal es
menos grave que la abdominal, á mi juicio no, pues se opera en un sitio congestio-
nado, donde existen gran cantidad de vasos que dan sangre, con exposición á incindir
otra porción de ellos, no es operación leve, la vagina es cavidad septica; la consi-
dero más grave que la abdominal, Ayudantes se necesitan lo mismo, tres uno para clo-
reformizar y otro para ayudar al operador. Hacer la incisión suficiente para que no
haya desgarros. Como saberlo? Para no equivocarse habra que hacerla siempre de so-
bra y meterse algo más que lo que fuera de desear en el peritoneo, en cuyo caso adios
operación extraperitoneal.



En este caso lo mismo que cuando el Dr. Candela se dió á conocer como partidario de la abdominal, ninguno de los que intervinieron en la discusión se declaró partidario de la cesarea vaginal.

No debió de quedar muy satisfecho su inventor cuando ha dejado de hacerla y lo más que se permite hacer es una incisión y taponar despues para provocar el parto como en los demás casos.

Se me ocurre preguntar, aunque desechado ya, el procedimiento de Simpson se podría emplear alguna vez?. A mi entender no debe haber inconveniente en los casos de feto muerto, hemorragia y gran dilatación que permita la inmediata salida del feto.



En este caso lo mismo que cuando el Dr. Candela se dió á conocer como partidario de la abdominal, ninguno de los que intervinieron en la discusión se declaró partidario de la cesarea vaginal.

No debió de quedar muy satisfecho su inventor cuando ha dejado de hacerla y lo más que se permite hacer es una incisión y taponar despues para provocar el parto como en los demás casos.

Se me ocurre preguntar, aunque desechado ya, el procedimiento de Simpson se podría emplear alguna vez?. A mi entender no debe haber inconveniente en los casos de feto muerto, hemorragia y gran dilatación que permita la inmediata salida del feto.

Obs. I. - M. H. 26 años, León, cuarto embarazo. En Octubre de 1910 queda embarazada, en 7 de Julio tiene una gran hemorragia, llama á la co adrona que la hace un taponamiento y la indigue quede en cama. A los tres dias se levanta y al cuarto nueva y abundante perdida de sangre, vuelve la comadrona, que despues de lavarla con agua muy caliente y en vista que la hemorragia no cesaba, se propone hacer no sabe que, que no consigue, por lo que llama al medico titular que diagnostica placenta previa. Cito este caso por haberle visto con este companero y amigo. Efectivamente se tocaba un trozo de placenta, la presentación era de vertice.

El cuello deba perfectamente paso á tres dedos, por el procedimiento de Bonaire se consiguió muy pronto una gran dilatación, pues cojia con gran holgura un puño cerrado. Se hizo una plicación de forceps por haber atonia, se desprendió la placenta y como á pesar del masege del útero salia sangre se hizo un taponamiento vaginal con gasa que hubo que renovar á la media hora por hallarse completamente empapado, con el segundo taponamiento cesó la hemorragia. Padeci6 esta enferma una fiebre puerperal que cesó con el sulfato de quinina. No ocurrio nada más y al mes



cumplia todas sus obligaciones.

Obs. II.- J. M. P. 29 años primeriza. Embarazada de seis meses, tiene una abundante hemorragia, cuello sin dilatación alguna, se intenta dilatarle por medio de un dilator de Sims, sin conseguir gran cosa por lo cual se recurrió al dilatador de Bossi y obtenida una regular dilatación se punzaron las membranas, saliendo inmediatamente el pié izquierdo del feto, se buscó el otro pié y despues de hacer una pequeña tracción con los dos salieron las caderas y el tronco, se hizo la operación de Mauriceau: extraida casi enseguida la placenta se dió una inyección de ergotina y despues lavado y taponamiento; nada ocurrió en el puerperio.

Obs. III. - M. P. de la F. 24 años. Tuvo su primer parto á los 21, normal, niña viva, Segundo embarazo molestisimo, con abundantes vomitos, gran inapetencia y estreñimiento. El 20 de Julio á fines del 8º mes, pequeña hemorragia que cesa con el taponamiento vaginal con gasa esterilizada. El dia 31 nueva y abundante hemorragia en vista de lo cual y estando el orificio cerrado, nuevo taponamiento que se deja aplicado hasta el dia siguiente, en que teniendo otra hemorragia y estando el



via. A los 9 meses solores de parto, avisado el medico fué enseguida y se encontró conque había muerto de una hemorragia.

Obs. V. - Sra. de N. Placenta previa y presentación de nalgas. Empieza el parto con hemorragia, dilatación del cuello uterino con taponamiento, pero en una contracción sale el tapón y un gran chorro de sangre, síncope, extracción manual del feto. Compresión de la matriz y cornezuelo. Estuvo á punto de morir, pero fué reanimándose y curó.

Obs. VI. - Sra. de R. Joven multipara, diagnosticada de placenta previa. Al llegar los fenomenos iniciales del parto empiezan las hemorragias, se hace dilatación del cuello yvse extrae por versión una niña viva. El puerperio sigui su curso normal.

Obs. VII/ - Joven multipara, tuvo gran hemorragia á los 9 meses de embarazo por placenta previa. Parió un feto muerto. Falleció en el puerperio.

Obs. VIII. - Sra. de S. M. Al llegar á casa de la embarazada esta había muerto. Embarazada de nueve meses. Hemorragias frecuentes, estaba asistida por otro médico. Se presentó una gran hemorragia que terminó con su vida en pocos momentos.



ó instrumental á pesar de lo peligroso que es por producirse rasgaduras
 los globos de Barnes en forma de Violín y el de Charpentier de Ribes en
 forma de cuerno, modificado ó no por Boiserd, son útiles, por lo cual
 son muy renombrados, pero tienen el inconveniente ya dicho de romperse al
 emplearse. El de Charpentier de Ribes tiene otro inconveniente, y es el
 variar la posición del feto, de vertice por otras transversales, por la
 forma convexa de su base que hace se escurra la cabeza.

V. - Si existe atonía uterina ó la hemorragia es abundante debe hacerse inmediata-
 mente la versión y terminar rápidamente el parto; si la hemorragia ha ce-
 sado y no es grande la dilatación, se puede una vez hecha la versión de-
 jar el parto á sus fuerzas naturales.

VI. - En casos de placenta central creo lo más seguro para la vida de la madre y del
 feto, si este vive aun, por no haber habido gran hemorragia, no esperar
 á que esta se repita, y practicar la operación cesárea.

VII.- La cesárea vaginal no debe emplearse, pues no es rápida ni mucho menos, la



50 25

... instrumental à part de la pelure que se va produciendo...
... los globos de goma en forma de Vitis y el de Charpentier de Lina...
... forma de mango, aplicada à no por debajo, son utiles, por lo cual...
... con un resaca, para disminuir la intensidad de los dolores...
... de Charpentier de Lina tiene otro instrumento, y es el...
... la posición del feto, de vez en cuando por otros instrumentos, por la...
... forma de un cono de su base que hace un resaca en el abdomen.



V. - Si existe alguna dificultad en la inserción de la cabeza fetal...
... mente la versión y extracción de la cabeza fetal; si la cabeza de co...
... esto y no es posible la dilatación, puede ser hecha la versión de...
... lar el parto à sus fuerzas naturales.
VI. - En casos de placenta central, como se ve en la foto y del...
... foto, el feto vive aun, por no haber habido gran hemorragia, no expor...
... à que este se resaca y practicar la operación cesárea.
VII. - La cesárea vaginal no debe emplearse, pues no es regular ni segura, in

parturiente pierde sangre, y despues la sutura del cuello, cuando ha si...
do la incisión un poco larga, no es cosa facil para los puntos altos, si...
todo lo contrario, muy fatigosa.

VIII. - Influye mucho en el pronóstico de esta distocia el tratamiento que hayan...
tenido las mujeres antes de llegar à nuestras manos, pues muchas veces...
en clases modestas han estado asistidas por comadronas inhabilés, que...
en vez de favorecer el parto infectan con sus maniobras à la paciente.

Este es mi modo de pensar respecto à esta terrible distocia y sus complicacio-
nes.

Creo no haberme engañado al pedir os indulgencia, pues ya veis cuan pobre...
y enredada es la memoria que con vuestra habitual cortesía habeis tenido la bondad...
y paciencia de escuchar al último de vuestros discípulos.

Jose M. de Jaurriaga

Madrid 13 - Junio - 1912.

Admirante

~~Peralta~~

Don Wm
Mineral

Dia 10 Julio 1872

Recibo el quince del mes
de Agosto de 1872

Al Sr
Georgio P. P.



M. Wagner

José Peralta

Don Wm

X

1872 - Julio - 10