

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DE LA

UNIVERSIDAD NACIONAL

República de Guatemala
Centro América.

BREVES CONSIDERACIONES SOBRE LA PLACENTA PREVIA

TESIS PRESENTADA A LA JUNTA
DIRECTIVA DE LA FACULTAD
DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL

POR.

ANGEL B. CORÓNADO BOY

Ex-interno por oposición del Hospital General. Ex-interno del Servicio de
Maternidad. Ex-interno del Hospital Militar. Ex-practicante de la
Penitenciaría Central, durante los años 36, 37, 38, 39 y 40.

EN EL ACTO
DE SU INVESTIDURA DE

MÉDICO Y CIRUJANO



JUNIO DE 1940

SINONIMIAS

Inserción baja de la placenta.—Placenta Previa.—Inserción viciosa de la placenta.

HISTORIA

La placenta previa fué conocida desde los tiempos de Hipócrates. Ambroise Paré la menciona en el año de 1582. Moriceau, Deventer y Pugh hacen referencia a ella creyendo que se trataba de un prolapo de la inserción normal. Portal en 1664 y Schachér en 1709 la describieron acertadamente desde el punto de vista clínico y anatómico. Portal se expresaba así: "sentí la vagina y los orificios de la matriz llenos de coágulos de sangre; avancé con los dedos y encontré el orificio interno muy blando, con una abertura que permitía el paso a tres de ellos; introduje luego el dedo y sentí la placenta que se presentaba y que estaba muy adherida por todas partes al orificio de la matriz, lo cual oca-sionaba gran pérdida de sangre."

Van Hoorn tradujo la obra de Portal y empezó a pro-pagar sus ideas. En 1730 Giffart se expresaba en términos categóricos: "yo no puedo aceptar la opinión de los auto-res que suponen que la placenta se inserta siempre en el fondo del útero, y tengo todos los motivos para creer que, así en este caso, como en muchos otros, la placenta estaba ad-herida sobre el orificio interno o muy cerca de él, y que al dilatarse éste se produjo la separación de las secundinas, y con ello la hemorragia." En 1734 presentó en Inglaterra una pieza anatomico-pathológica concluyente.

La forma de tratamiento de la placenta previa más aceptada lo atribuye la literatura a Ambroise Paré; una hija de éste fué tratada por un discípulo suyo, Guillemeau.

Rigby en 1775, Smellie, William Hunter, conocieron la placenta previa y sus peligros, poco pudieron avanzar sin-embargo estos conocimientos hasta la época en que Barnés (1847) emitió su opinión con respecto al modo de produc-ción y métodos para tratar eficazmente la hemorragia.

DEFINICION

Se considera la placenta como previa, siempre que su desarrollo se haya verificado total o parcialmente, en el segmento inferior del útero.

La disposición anatómica del útero y las relaciones existentes entre las membranas ovulares y su pared, exigen para que los fenómenos se desenvuelvan regularmente, que la placenta se halle inserta en los dos tercios superiores de la matriz; el tercio inferior forma el segmento inferior o zona peligrosa como Barnes lo denominó. La distensión uniforme y la hiperplasia e hipertrofia de los elementos constitutivos de la placenta se realizan en los dos tercios superiores del útero en perfecta relación con el desarrollo del huevo; la elasticidad de las membranas ovulares alcanza un límite que no es sobrepasado en los casos de inserción normal y que permite que no se realicen tracciones sobre la placenta, que puedan hacerla perder su relación con la pared del útero, hasta que la expulsión del feto se haya verificado.

Cuando sucede lo contrario y la placenta se inserta en el tercio inferior, aparecen fenómenos cuyo resultado es la rotura de los elementos de unión útero-placentaria y como consecuencia se producen hemorragias de intensidad variable según la extensión y condiciones anatómicas de los elementos que se han roto.

ETIOLOGIA

La placenta previa se presenta con mayor frecuencia en las multíparas (según Müller 80% y Fritz 90%) que en las primíparas; en corroboración de ésto están las diversas estadísticas. Predisponen a la inserción baja de la placenta la endometritis crónica, la multiparidad, la frecuencia con que se han sucedido los partos, la mala subinvolución (sepsis post-partum y post-abortum). La influencia de la endometritis como determinante de la inserción baja de la placenta es reconocida por todos los tocólogos; las divergencias empiezan cuando se trata de determinar el mecanismo íntimo de su producción.

Antiguamente se emitieron varias teorías; una de ellas decía que la placenta previa era debida al desprendimiento del óvulo y su reinserción en la porción inferior del útero donde adquiría nuevas adherencias. Tal desinserción era defendida según Bland, el traumatismo Schurriegens concedía

una importancia capital en el determinismo de la placenta previa a las posiciones adoptadas por la mujer en el momento del coito (!). Ingleby atribuye algunos casos de placenta previa a malformaciones uterinas pero las estadísticas no confirmaron semejante opinión. En el año de 1888 Hofmeier y Kaltembach sostuvieron la tesis de que una parte del corion leve continuaba creciendo en vez de sufrir su involución al principio del embarazo, lo que traía consigo que una parte de la placenta desarrollada estuviese en contacto con la caduca refleja u ovular. Al avanzar el embarazo la placenta refleja pasaba gradualmente como un puente sobre el orificio interno y llegaba a ponerse en contacto y fundirse con la caduca verdadera, estableciéndose después uniones vasculares con la pared uterina; el mayor espesor y la mayor suculencia de la caduca en la parte alta del útero era la causa de que allí se desarrollara exuberantemente las vellosidades del corion, constituyendo el corion frondoso, en tanto que se atrofiaba en la porción inferior por mala calidad de terreno; la falta de condiciones en la porción superior de la decidua (endometritis, etc.) puede ser la causa de que se inviertan los términos y de que quede definitivamente implantado el huevo en el tercio inferior del útero. Recientemente Stoekel dice: "dados nuestros conocimientos actuales, podemos aceptar que tanto la primaria implantación del huevo sobre el orificio interno del útero o cerca de él, como una secundaria extensión de la placenta por el segmento uterino inferior, tratándose de un huevo normalmente inserto, pueden dar lugar a una placenta previa."

Bumm cree que la inserción central de la placenta se debe a que el orificio del cuello representa un espacio sumamente pequeño y que el óvulo al caer sobre él desarrolla por la acción de sus elementos un proceso de penetración en la mucosa de todas las partes con las que se pone en contacto; y como ésto sucede en torno del orificio interno del útero, sobre todo el contorno se desarrolla la placenta. Recasens opina así: "Fundándonos en lo que nos enseñan los casos de implantación secundaria de la placenta cuando ocurre ruptura de gestación tubárica, creemos que el crecimiento de la placenta por arriba del orificio interno del útero se realiza por un mecanismo análogo a aquellos casos y que la exuberancia de crecimiento de las vellosidades es suficiente para vencer la solución de continuidad que representa dicho orificio; pues bien, la formación de un estado de con-

glutinación sobre el orificio interno puede bastar para que se llene con placenta dicho hueco y quede de este modo formada la placenta previa central.”

Williams dice: “Respecto a la etiología de la placenta previa se conoce poco relativamente.”

Strassmann señaló también que uno de los factores más importantes en su desarrollo era la vascularización defectuosa de la caduca, que se observa en las enfermas que adolecen de una de las causas predisponentes a la placenta previa. Semejante situación limita la cantidad de sangre que llega a la placenta de tal manera que con objeto de obtener la suficiente nutrición, necesita forzosamente extenderse sobre una superficie mayor y al suceder así su porción inferior llega a veces al orificio interno del útero y lo sobrepasa completa o parcialmente según el caso. Esta opinión parece muy sostenible.

FRECUENCIA

La placenta previa según diversas estadísticas es una anomalía afortunadamente rara; éstas varían según las diferentes escuelas. Las estadísticas de Doranth basadas en 30,796 partos denotan que el número de casos aumenta de 0.17% hasta 5.51% según haya sido el número y frecuencia de los partos. De Lee admite una frecuencia de 1 por cada 1.500 partos y 1 por cada 200 partos según diversos autores. Strasmann encontró como edad promedio la de 32.9 años, siendo el número de partos observados en estas mujeres de 6.38. Williams en 55 multíparas encontró que habían tenido un promedio de 5.9 partos en los 10 años que siguieron al primero.

La escuela francesa admite una frecuencia de 25%; en tanto que aceptando como inserción viciosa únicamente las que determinan hemorragias sólo puede aceptarse una proporción de 1 por 300.

Las estadísticas fundadas en el mayor número de partos las da Zweifel, quien reuniendo las de Müller (1 por 1.078 en 876.432 partos) Schwarz (1 por 1.564 en 519.328 partos) Rick (1 por 731 en 219.333 partos) y Sicke (1 por 1.300 en 575.000 partos), encuentra que hay aproximadamente *un caso por cada mil partos*.

Las inserciones verdaderamente centrales son raras, las marginales siguen en una proporción de *una por cada*

setecientos partos y en cuanto a las laterales son más frecuentemente observadas.

Dohl encontró entre 467 casos 18.5% la variedad central, 64.3% la lateral y 17.1% la marginal.

La estadística del Servicio de Maternidad del Hospital General de Guatemala es la siguiente: En los últimos siete años con un promedio de 1.500 partos por año aproximadamente; se observaron 42 casos, es decir 6 placetas previas por cada 1.500 partos. De estos casos 14 eran de la variedad central total, 14 laterales y 14 marginales; no encontré predominio de la variedad lateral, tan marcado en otras estadísticas que tienen a la variedad central total como rara. Un factor importante es la multiparidad, en los casos observados 34 son multiparas y 8 primíparas.

La edad más frecuente es de los 25 a 38 años; en los casos de variedad central total, casi todas las pacientes han tenido un promedio de 6 a 8 partos, frecuentes casi siempre; en raros casos con dos o tres años de diferencia.

CARACTERES MORFOLOGICOS

La placenta previa suele tener una forma muy distinta de la normalmente inserta. Esto y otras características habían llamado la atención de todos los autores. He aquí sus caracteres:

- a) Forma.—Es irregular, oval, en raqueta, con cotiledones supernumerarios (placenta sucenturiada), a veces en herradura, reniforme o bilobada.
- b). Peso.—Generalmente pesa menos.
- c) Superficie.—Es mayor.
- d) Espesor.—Es menor y desigual, partes muy desarrollado y en otras se observa atrofia de algunos cotiledones.
- e) Cordón umbilical.—Presenta a menudo inserción velamentosa.

ESTUDIO CLINICO

Síntomas.—El síntoma capital de la placenta previa es la hemorragia. Su época de aparición es en los tres últimos meses de la gestación, siendo más frecuente en el octavo (De Lee). No es raro sin embargo que estas enfermas hayan presentado pequeñas hemorragias en los meses anteriores o que

hayan tenido abortos frecuentes atribuibles a la endometritis decidual.

Hemorragia uterina sin dolores, en los tres últimos meses del embarazo es casi patognomónico de placenta previa, dice De Lee.

La hemorragia se presenta ya en las épocas antedichas, ya durante el trabajo; tiene además por caracteres habituales los siguientes: son insidiosas, indoloras, de repetición, aumentando en cantidad a medida que se repiten.

Es insidiosa pues aparece cuando menos la espera la enferma, a quien sorprende en sus ocupaciones habituales o durante el sueño; en muchos casos la enferma despierta sotresaltada y descubre que está “empapada en sangre.”

Es indolora en la mayoría de los casos, pero en algunos, ya por coincidir la salida de sangre con la aparición de las primeras contracciones del parto, ora porque en el cuello del útero queda una pequeña cantidad de sangre que coagulada obra como cuerpo extraño, la hemorragia pierde su carácter de indolora para acompañarse de dolores ciertamente de pequeña intensidad.

Es de repetición, pues una vez producida la primera, que generalmente no es muy abundante, (“la primera hemorragia no mata” Fabre) transcurre un lapso que varía entre ocho, diez y quince días; en muchos casos “hasta se ha olvidado el accidente” cuando de modo brusco y de la misma manera que la anterior, se repite con mayor intensidad, cediendo y reapareciendo cada vez más frecuente y más abundante. En algunos casos, raros por fortuna, desde la primera hemorragia la enferma continúa sangrando ya escasa ya abundantemente, ocasionando un estado alarmante de anemia aguda que ya sea por descuido o ignorancia de la enferma o por falta de la asistencia debida, se produce un desenlace fatal.

La hemorragia no falta casi nunca, como dije anteriormente tiene gran importancia la variedad de inserción de que se trate; en la previa central se presenta antes del parto o a lo sumo en el momento de iniciarse éste; en las inserciones laterales y marginales lo frecuente es que aparezca en épocas cercanas al parto, anotando que en algunos casos, que son la minoría, pueden presentarse hemorragias formidables antes del octavo mes o ya iniciado éste.

La cantidad de sangre perdida es muy variable y guarda estrecha relación no sólo con el sitio en que se implanta la placenta sino de la extensión en que se ha desprendido y

de las estructuras vasculares rotas; así en el caso de que se rompa el seno marginal de la placenta puede sobrevenir una hemorragia que por su intensidad llega a ser rápidamente mortal; en cambio se ven pequeños y grandes descollamientos que no afectan a senos voluminosos, producir poca hemorragia.

Además de la hemorragia existen otros síntomas de placenta previa, que, inconstantes y equívocos según De Lee, son: dolor, opresión y palpitaciones en el bajo vientre, micciones frecuentes, leucorrea y según dicen las enfermas "sensación de que el embarazo actual no es como los anteriores."

Signos físicos.—Palpación: En las pacientes de paredes flácidas y escaso panículo adiposo puede percibirse una masa blanda que ocupa una extensión variable en el hipogastrio. En los casos por mí examinados no tuve oportunidad de comprobar tal signo.

Tacto vaginal: En los casos de inserción central se comprueba la presencia de una masa blanda que entorpece el reconocimiento de la presentación. Puede percibirse turgescencia en las partes blandas y el pulso vaginal de Osiander (debido a la riqueza de la vascularización) y falta de formación del segmento inferior.

Algunas veces se observa la ruptura precoz de la bolsa de las aguas pero no debe concederse a este signo el valor que le atribuyen algunos tocólogos. El parto prematuro es observado más frecuentemente (40 a 50%, Ruiz Contreras) no siendo raro que algunos embarazos lleguen a término.

Mecanismo de producción de la hemorragia.

Antiguamente se consideraba que la hemorragia producida por la placenta previa era debida a la falta de paralelismo que existe, en los últimos meses de la gestación, entre el crecimiento de la placenta y la hiperdistensión que experimenta la pared uterina por aumentar el volumen del huevo; posteriormente dió Schroeder su teoría del deslizamiento de la pared uterina sobre el huevo, y no pudiendo verificarse este deslizamiento, en los dos tercios superiores del útero, sino en el segmento inferior; era lógico admitir que en los casos de inserción baja, éste tuviese como consecuencia, la hemorragia; por producirse la abertura de los senos.

Dumas y Pinard aceptando la teoría de Schroeder parcialmente, hacen jugar el principal papel a la tracción que las membranas ejercen en el momento del deslizamiento de la pared uterina y la tracción desigual que se verifica cuando la placenta se inserta en el segmento inferior.

Selheim, atribuye la hemorragia en la inserción viciosa de la placenta a dos causas: La primera llamada "dis-tracción" que produce la hemorragia típica de la placenta previa y en la cual la causa capital es la pérdida del paralelismo entre la placenta y el segmento inferior. La segunda, la constituyen los desgarros del segmento inferior, que es friable y al que la placenta ha ido corroyendo, desgastando y destruyendo la túnica de los vasos.

Metzger reconoce dos casos: 1º Durante el embarazo. 2º Durante el trabajo.

1º La placenta se descolla por el desarrollo y la mayor amplitud que alcanza el segmento inferior, la placenta no siendo elástica pierde su relación, la parte anterior del segmento inferior se desarrolla con mayor amplitud que la posterior, al dilatarse el cuello, es mayor el descollamiento en la parte anterior, de donde la "inserción hacia adelante es más peligrosa."

2º Se agrega la acción de las membranas que poniéndose tensas, tiran de la placenta haciéndola perder sus relaciones.

FORMAS CLINICAS

Variedades.—La inserción viciosa de la placenta se verifica algunas veces de modo que la totalidad de la torta placentaria ocupa la zona más baja, obstruyendo el orificio interno del útero en su totalidad. En estos casos la placenta precede a la presentación fetal, y es a esta variedad a la que se da el nombre *placenta previa central o verdadera*. Es en estos casos donde se observa algunas veces una primera hemorragia muy intensa y en época lejana al término normal del embarazo (sexto mes o antes.)

Cuando la placenta no cubre el orificio interno del útero sino que únicamente por su borde está en contacto con él, se trata de *la placenta previa marginal*.

En otros casos el borde de la torta placentaria no está en contacto con el orificio interno del útero, pero a medida que la dilatación progresá va quedando una parte de ella al

descubierto; y esta variedad recibe el nombre de *placenta previa lateral*.

Placenta previa cervical: Müller ha estudiado esta variedad que es muy rara. Menciona los casos de Von Weiss, Keilmann, Küstner, Ahlfeld y Ponfick, que dicen que el cuello se presentaba nodular y abultado dando la impresión de carcinoma cervical infiltrado; su exacto conocimiento sólo se obtiene con un exámen minucioso, he aquí lo que dice Zangemeister: “1º El conducto cervical está a menudo acortado o completamente borrado. 2º La placenta se toca más o menos junto al orificio externo del cuello, cubriéndolo total o parcialmente. 3º La porción intravaginal del cuello está abultada. 4º Al practicar el desprendimiento manual de la placenta, se encuentra una adherencia extraordinariamente grande.”

COMPLICACIONES

Se pueden clasificar en dos grupos:

- a) Complicaciones maternas.
- b) Complicaciones fetales.

a) *Complicaciones maternas*: 1º *durante el embarazo*: Especialmente en los casos de placenta previa central es frecuente encontrar al final del embarazo presentaciones anómalas, a consecuencia de que el feto no encuentra libre la excavación. A este respecto se pueden consultar las estadísticas de Müller que en 1,148 casos encontró 272 presentaciones transversas y 107 presentaciones de nalgas. Las estadísticas de Kilian y Gottschalk dan una cifra veinte veces mayor de presentaciones anómalas en los casos de placenta previa; en los casos de embarazo gemelar es frecuente encontrar la placenta previa en la proporción de 1 por 40 (Strassmann). El parto prematuro es frecuente, en la proporción de 40 a 50%. En la estadística del Servicio entre los 42 casos se encontró 1 embarazo gemelar, 8 presentaciones transversas, 4 podálicas, 1 anencéfalo; el parto prematuro se observó en casi todos los casos, raros fueron los que se efectuaron en el curso o fin del noveno mes.

2º *Durante el trabajo*: es frecuente encontrar anomalías en la rotación, ruptura prematura de la bolsa de las aguas, inercia uterina y ruptura uterina ya señalada por Levret en el siglo XVIII.

3º *Durante el post-partum*: las hemorragias de mayor o menor gravedad son frecuentes, por la flacidez y poca contractibilidad del segmento inferior, así como por la abertura de vasos que causa el desprendimiento placentario; la musculatura es débil, no hace el papel de "ligaduras vivientes" como sucede en los dos tercios superiores. Se observa, aunque no con mucha frecuencia, emboliás que son casi siempre mortales.

4º *Durante el puerperio*: la infección, la mala involución uterina son frecuentes así como un estado anémico que requiere cuidados inmediatos.

b) *Complicaciones fetales*: Es frecuente encontrar la premadurez, atelectasia pulmonar, procedencia de cordón, asfixia.—Douglas P. Murphy en 1938, demostró con numerosa estadística la frecuente coincidencia de malformaciones congénitas y monstruosidades por lo que siempre recomienda practicar examen radiológico, antes de exponer a la madre a una operación seria (cesárea.)

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Positivo: Hemorragia uterina sin dolores, en los tres últimos meses del embarazo, es casi patognomónico de placenta previa (De Lee.) Además nos podemos servir para establecer el diagnóstico positivo de los síntomas y caracteres ya relatados en la sintomatología; tenemos además el examen vaginal, que a opinión de todos los autores, no debe verificarse mientras no se esté en condiciones de actuar rápidamente y con todas las precauciones técnicas de una intervención seria. Cuando el cuello es permeable se puede introducir los dedos con facilidad y obtener la sensación característica del tejido placentario, que es esponjoso. El examen Roentgenológico puede sernos útil según los Dres. Walter H. Ude y J. A. Urner, quienes le llaman Amniografía y Placentografía; usan yoduro de estroncio cuya solución introducen en el saco fetal así como medio de contraste en la vejiga, con lo que se observa una faja obscura de mayor o menor anchura entre la cabeza y la vejiga; tal método "es seguro, pero no concluyente" (De Lee.)

K. Jablousky y E. Meisels por medio de la cistografía, llegan a la conclusión de que es posible hacer el diagnóstico de placenta previa central ó lateral, especialmente en los casos de presentación cefálica.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial deberá hacerse con:

* 1º *Desprendimiento de la placenta normalmente inserta*: Antes del parto: El cuadro sintomático de esta afección varía mucho del de la placenta previa; falta en primer lugar, la relación entre la cantidad de sangre que sale por los genitales, que es generalmente negruzca y que contiene coágulos y el estado general de la enferma que da el cuadro de una hemorragia interna grave; existe dolor que casi siempre es agudo. Por la palpación se encuentra un útero uniformemente endurecido "útero de madera", que imposibilita percibir las partes fetales, el útero ha aumentado de volumen y generalmente no se oyen los latidos fetales.

Durante el parto: El examen debe ser más cuidadoso pues los signos antes dichos y especialmente el síntoma dolor es atribuido a la contracción uterina; el síndrome de hemorragia interna no es tan intenso y se derrama más sangre al exterior.

2º *Ruptura del seno circular*: La confusión con este accidente es más fácil, la placenta puede estar insertada en sitio normal pero generalmente su inserción es baja, marginal. La hemorragia es insidiosa y muy pocas veces inquietante, pero la diferencia capital se obtiene por los signos percibidos a la exploración o retrospectivamente al examinar las secundinas, se ven coágulos en el seno desgarrado.

3º *Ruptura de una várice genital*: La hemorragia puede ser alarmante, pero el examen local hace ver el sitio que sangra.

4º *Ruptura de los vasos fetales*: Se observa en los casos de inserción velamentosa; la hemorragia no es muy abundante y el niño sucumbe sin presentar signos de asfixia, (expulsión de meconio.)

5º *Pólips cervicales*: Que llegan a ocasionar hemorragias, pero son raros de observar en una mujer grávida.

6º *Cáncer del cuello uterino*: Complica rara vez el embarazo, es raro a la edad en que se encuentra la placenta previa; las hemorragias son menos abundantes, más regulares y al interrumpirse van seguidas de flujo sanguinolento.

7º *Mola Hidatiforme*: Las hemorragias se presentan en los tres primeros meses del embarazo, son menos abundantes, la consistencia del útero es pastosa, no se encuentran pequeñas partes, no hay latidos fetales.

8º *Coágulos en el orificio interno*: Su consistencia es friable, como jalea, se desmenuzan fácilmente, mientras que el tejido placentario es elástico, esponjoso.

PRONOSTICO

El pronóstico de la placenta previa, es grave; esta gravedad depende no sólo de la cantidad de hemorragia, del peligro de infección, de la variedad de inserción sino también del tratamiento empleado, y de la experiencia y habilidad del médico tratante.

Hay que considerar dos clases de pronóstico:

- 1º Pronóstico materno
- 2º Pronóstico fetal

1º *Pronóstico materno*: Anteriormente cuando la Obstetricia no se había beneficiado de los adelantos modernos, la mortalidad era considerable y las cifras dadas por los diferentes tocólicos, variables. Müller da una cifra de 40%, Spiegelberg de 30%; los parteros alemanes dan actualmente las cifras siguientes: 6% (Strassmann). En España la mortalidad alcanza el 20% (Recasens.)

La variedad de inserción es capital en el pronóstico, es tanto más grave, cuanto más baja sea su inserción; en los casos de placenta previa la mortalidad es de 1.2% (Hauch), 2% (Schauta), 3% (Hitschmann.) Cuando la inserción es central los mismos autores dan las cifras siguientes: 12%, 23% y 13%.

Jellet da una mortalidad de 3.69%; Pankow en una estadística considerable (7.234 casos) encontró el 7%.

En la práctica hospitalaria donde las enfermas llegan la mayoría de veces en un estado lamentable, la mortalidad sube considerablemente del 40 al 71% (Bürger, Bar y Graf). Las estadísticas de McDonald sobre 8.625 casos dan un porcentaje de 7.22%.

La mortalidad más alta, según diversas estadísticas, es la que se encuentra en la práctica del médico general y debida a su falta de especialización, a su menor experiencia clínica y al poco hábito de intervenir en casos obstétricos. En el Servicio de Maternidad el porcentaje es de 9.5%.

2º *Pronóstico fetal*: A pesar de los grandes adelantos de la Obstetricia la mortalidad fetal permanece considera-

ble; los porcentajes dados por Küstner, Burger, Graf y Strassmann son de 35.55% a 61.22%. En España Recasens da el 72%: Mc Donald da el 55.5%; Davis en 1936 dió las cifras de 15 a 80%; Pankow sobre 3.511 niños da la cifra de 60.8%.

La estadística del Servicio de Maternidad del Hospital General da un porcentaje de 59.5%.

Esta mortalidad tan alta es debida a las diferentes complicaciones y al traumatismo, algunas veces considerable que acompaña a las diferentes maniobras; sumado a esto tenemos la poca resistencia que presenta un feto que aún no ha llegado a su completo desarrollo; en apoyo de lo antes dicho está Thompson quien demostró que la proporción era de ocho prematuros por uno a término.

El pronóstico es además variable, según el tratamiento empleado, De Lee da los datos siguientes:

Mortalidad materna:	Mortalidad fetal:	Número de casos:	Método empleado:
7.24%	50.9%	275	Willet.
7.44%	24%	241	Taponamiento.
1.54%	20.3%	1,730	Ruptura de membranas.
5.66%	71.5%	2,418	Braxton Hicks.
7%	35.2%	1,843	Metreuryxis.
6.41%	10.5%	3,078	Cesárea abdominal.

TRATAMIENTO

Si hay algo en Obstetricia en que no puede seguirse una regla fija, es en el tratamiento de la placenta previa; "una mujer con placenta previa no debe morir, salvo raras complicaciones" (De Lee); ojalá que este principio se realizara siempre, para ello se necesita la eficiente ayuda no sólo del médico no especializado, sino de la comadrona que asiste el parto. Cuántas veces no hemos visto llegar al Hospital, mujeres agónicas, que por ignorancia absoluta llegan demasiado tarde para brindarles los diversos recursos del arte.

El tratamiento de la placenta previa, una vez diagnosticada o presumida, sólo debe hacerse en un centro quirúrgico bien dotado.

Hay cuatro puntos capitales por cumplir:

- 1º Suprimir la hemorragia.
- 2º Vaciar el útero.
- 3º Asegurar la hemostasis.
- 4º Combatir la anemia.

Para la realización de los tres primeros la conducta a seguir es variable, depende de las condiciones, particulares a cada caso; por eso en la exposición mencionaré los tratamientos conocidos y usados hasta la fecha, relatando al final los casos observados en el Servicio.

1º—MÉTODOS CLÁSICOS

a) *Ruptura artificial de las membranas:*

Es conocida y empleada desde la antigüedad; Portal en 1.685 la menciona, Deventer en Alemania y Mauriceau en Francia la empleaban en 1688; pero fué hasta el año 1747 en la Academia de Cirugía de París, que Puzos la expuso y se erigió en método.

La manera de cómo obra este procedimiento es la siguiente: Al derramarse el líquido amniótico, cesan los tirones sobre la parte de segmento inferior en que está insertada la placenta, cesando además la presión general del contenido, actúa mejor la presión sobre el eje fetal y la parte que se presenta apoya sobre la porción de placenta que se ha desprendido, adaptándola a la zona de inserción.

La ruptura se realiza con los dedos cuando la dilatación permite el paso de uno o dos de éstos, con una rama de pinza de Kocher o con pinzas tirabaras rompiéndolas por tracción. Siempre debe ensancharse con los dedos el orificio formado, para lograr mayor éxito.

Este procedimiento da excelentes resultados, especialmente cuando la inserción es marginal o lateral; las estadísticas de Pánkow lo demuestran, 2.38% de mortalidad materna y 16.1% de mortalidad fetal cuando el niño es viable, en el Servicio de Maternidad y en los casos antes dichos, este método ha dado siempre los mejores resultados.

Cuando la inserción es central, pueden buscarse las membranas, que generalmente se encuentran hacia adelante; pero en estos casos el tratamiento no puede ni debe limitarse a la ruptura, sino será el principio de otro de los varios mé-

todos de tratamiento, no debe abandonarse a la enferma y resulta ventajoso usar los preparados de hipofisina (Ruiz Contreras.)

b) *Terminación pronta del parto (parto forzado):*

Introducido por Ambrosio Paré en 1.582, recibió este nombre de Guillemeau discípulo de Paré.

El concepto original de este método es la dilatación rápida del cuello por medio de las manos, versión y extracción forzada del niño. Tal procedimiento en la era pre-antiséptica no pudo dar más que desastrosos resultados, por las lesiones infringidas al organismo materno, las complicaciones siempre serias y la alta mortalidad tanto materna como fetal.

Algunos parteros son partidarios de este método, que usan según el caso, se basan en que da excelentes resultados cuando el feto es pequeño; en el Servicio se ha empleado pero el pronóstico para el niño es casi siempre fatal.

Delmas en 1928, preconizó nuevamente este método, sirviéndose de la anestesia raquídea que según él relaja el cuello uterino; posteriormente Whitehouse y Featherstone demostraron lo contrario; De Lee dice: "que la teoría y la práctica han demostrado que este método merece el olvido y proscripción." Todo tratamiento que exija la dilatación forzada del cuello debe rechazarse.

c) *Método de Braxton Hicks:*

Usado desde 1864 por su autor, dió grandes ventajas sobre los métodos empleados hasta ese entonces, su finalidad es usar el cuerpo del feto como tapón, para comprimir la torta placentaria, cohibir la hemorragia y favorecer la dilatación; es un buen procedimiento para aquellos casos en que la paciente debe ser tratada lejos de un centro quirúrgico y en los que el niño está muerto o moribundo. Se practica después de la ruptura de la bolsa de las aguas; su técnica es la siguiente:

× 1º: *Tiempo*: Una vez rotas las membranas, se introduce el dedo índice y medio en el cuello uterino, en algunas ocasiones es necesario introducir toda la mano en la vagina y si la cabeza está descendida se eleva.

2º *Tiempo*: La mano externa por presiones ejercidas en el polo opuesto debe poner al alcance de los dedos un pie; según el caso, el mayor o menor tiempo transcurrido desde la ruptura de las membranas, este tiempo es fácil o difícil.

3er. *Tiempo*: Cuando se ha tomado el pie, por tracción y sin ejercer mucho esfuerzo, se trae fuera del cuello para que el feto evolucione y que las nalgas al hacer presión sobre la placenta, cohiban la hemorragia.

4º *Tiempo*: Nunca debe terminarse rápidamente la extracción, si hay hemorragia debe procederse con suavidad, ejerciendo tracción sobre el pié muy suavemente para evitar ruptura del segmento inferior, desgarros en el cuello, que dado el caso pueden ser de fatales consecuencias.

Para que el método se realice con todo éxito es necesario que el abdomen y útero estén completamente relajados, lo que se obtiene por medio de la anestesia general.

Se ha achacado a esta conducta la elevada mortalidad fetal, pero dada la gravedad de este accidente y lo observado en el Servicio, continúa siendo muy digno de tomarse en cuenta.

d) *Metreuryesis*: El conocimiento de este procedimiento data del año 1831 cuando Schnakenberg propone dilatar el cuello uterino sirviéndose de una vejiga que inyectaba de agua por medio de una jeringa. Braun tuvo la idea en 1851 de hacer un globo de goma, otros autores usaron vejigas de cerdo; Barnes en 1862 dió a conocer los globos dilatadores, son de caucho y existen de ocho tamaños diferentes, el menor es de tres centímetros de ancho por ocho centímetros de largo y el mayor de siete centímetros de ancho por quince de largo. En 1888 Champetier de Ribes ideó los globos de su nombre, que tienen forma de pomo de regadera, de paredes impermeables y no distendibles, Voorhees modificó este modelo.

Para la colocada del globo se sirve ya sea de los dedos, de una pinza de ramas largas o mejor de la pinza especial porta globos; es indispensable romper las membranas. Una vez colocado el globo se inyecta de agua hervida o suero fisiológico por medio de la jeringa de Guyon u otra; una vez llena su capacidad, se obstruye el tallo ejerciendo tracción, una o dos libras.

En los casos de placenta previa central total, puede perforarse la placenta colocando el globo a través del orificio así creado, pero como el feto sucumbe casi siempre que se sigue esta conducta, porque la perforación de la placenta, añadida al desprendimiento prematuro de una parte de ella, disminuye aún más la superficie útil en la oxigenación fetal; es preferible recurrir en tales casos al método de Braxton Hicks o a la operación cesárea.

En las multíparas este método es ventajoso, el globo se expulsa rápidamente 4 a 6 horas, la hemorragia se cohíbe y el pronóstico fetal y materno es bueno.

Presenta sus inconvenientes entre ellos: desplazamiento de la parte fetal que se presenta, al expulsarlo se produce hemorragia, procedencia del cordón que obligan a intervenir la mayoría de veces por versión; su conservación, especialmente en el trópico es corta uno a dos años.

Metreuryxis extraovular: Con el fin de no romper las membranas, algunos autores, entre ellos Zangemeister, prefieren colocar el globo entre las membranas y pared uterina; a pesar de las cifras favorables dadas por el autor debe rechazarse en principio este método porque como es fácil de comprender cuando la placenta se inserta no lejos del orificio interno, el globo aumenta su desprendimiento, la hemorragia materna y la asfixia del feto.

En Guatemala se usan los balones desde 1900 aproximadamente; en el Servicio de Maternidad hace algunos años que se substituyeron por otros métodos de tratamiento (ruptura de la bolsa de las aguas, Braxton-Hicks, Cesárea.)

e) *Versión externa profiláctica:* ya que en los métodos anteriormente expuestos la conducta para terminar con la hemorragia es la versión, es lógico que la presentación del polo pélvico sea más favorable que la cefálica; ya que ésta última nos impide obrar con rapidez; de allí que algunos autores crean conveniente transformar las presentaciones cefálicas en pélvicas, obrando durante el embarazo o lo más rápidamente durante el parto, antes de la ruptura de la bolsa de las aguas, antes del encajamiento de la parte que se presenta.

Tal procedimiento da excelentes resultados según Ruiz Contreras, Strassmann, Liepmann, Baumm.

f) *Taponamiento vaginal:* El tratamiento de las hemorragias por el taponamiento data de los tiempos de Hipócrates pero fué Lerroux en 1776 quien elevó al rango de método este procedimiento, este autor se expresaba así: "consiste en oponer un dique a la sangre que se pierde, por medio de trapos o de estopas, impregnados de vinagre puro, llenando con ellos la vagina e introduciéndolos hasta el útero cuando las circunstancias lo exijan."

Para practicar actualmente el taponamiento se usa la gasa sola, yodoformada o con algodón en medio que, según algunos autores, es mejor; otros recomiendan imbibirla en solución de ácido láctico al 0.5%.

Técnica: Como tiempo preparatorio son indispensables los cuidados siguientes: 1º Rasurada de la región vulvar. 2º Vaciamiento de la vejiga y el recto. 3º Limpieza rigurosa de la región.

Se pone un espéculo vaginal introduciendo la gasa (en los medios en que no se dispone de gasa puede usarse tiras de lienzo hervidas) a través de él por medio de dos pinzas de curación. Debe llenarse con ella el cuello si está entreabierto, los fondos de saco y toda la vagina; el taponamiento debe ser apretado, se retira el espéculo y se pone una venda en T. Nunca debe de permanecer más de 6 a 8 horas, si aún es indispensable debe cambiarse.

Muchos son los autores y más las críticas lanzadas a este método, De Lee lo condena así como otros tocólogos modernos; le achacan los siguientes inconvenientes: 1º El de no producir acción hemostática. 2º Permitir la acumulación de sangre en la cavidad uterina cuando las membranas están rotas. 3º Ser doloroso cuando está bien hecho y producir tenesmo insopportable en gran número de casos. 4º Favorecer la infección y exaltar la virulencia de los gérmenes de la vagina. Quienes hacen tales críticas a este método, sus fundamentos tienen, pero debe reconocerse que ambulancias, emergencias, servicios hospitalarios los tienen a la mano; no sucede así con el médico general y en medios rurales, sin medios de conducción el problema es muy diferente y serio. “Cuántas veces—dice Ruiz Contreras—los que sin pasión hemos considerado el asunto, en la práctica hemos visto llegar a las clínicas enfermas con un taponamiento, aún mal hecho, que probablemente hubiesen sucumbido en el camino si no se hubiese recurrido a tal método.”

Debe, pues, y especialmente en nuestro medio, servirse de él y tomar empeño en enseñárselo a practicar bien a las comadronas, mientras se traslada la enferma a un centro quirúrgico o se pone en manos de un partero de experiencia.

2º—MÉTODOS MODERNOS

a) *Cesárea vaginal:* Preconizada por Dührsen en 1896, generalizada en Alemania por Krönig, Sehllheim y Döderlein, tuvo su época; pero actualmente es rechazada, es condenada por sin número de autores (Kerr, Spencer, Peterson, Newell, Hofmeier, De Lee, Hannes, Ruiz Contreras.)

La razón de ello es la siguiente: el tejido uterino a este nivel está muy irrigado y es sumamente friable, las lesiones que se pueden causar a la vejiga y uréteres son serias; si el desarrollo fetal es incompleto es exponer a la madre a una operación seria con poco provecho fetal, si el desarrollo es completo, es muy frecuente perder al niño después de una extracción laboriosa y a la madre.

Tanto la cesárea vaginal anterior como posterior deben proscribirse; las estadísticas de Döderlein que fué su defensor lo demuestran, 11.3% a 33% de mortalidad materna, cifras enormes que ninguno de los otros métodos alcanza.

Ruiz Contreras se expresa así: "Debe rechazarse en lo absoluto la cesárea vaginal en el tratamiento de la placenta previa. Hay cosas de una perspectiva tan fatal que ya no habrían de ponerse a prueba, y es lamentable que sólo a fuerza de perder vidas humanas puedan algunos llegar al convencimiento de la verdad."

b) *Cesárea abdominal*: Para la realización de la operación cesárea en el tema que nos ocupa, hay dos procedimientos; el de la cesárea alta, corpórea o clásica y el de la cesárea baja.

La realización de ambas operaciones y su empleo como tratamiento en los casos de placenta previa, data del año 1890 en adelante; no es aceptada por algunos autores Williams, Hirst, Schauta, Holmes, Hofmeier, y Ehrenfest; otros son muy partidarios de ella Sellheim, Stoeckel, Pankow, Bar, Recasens, Brohua, Metzger, Curtis, De Lee, etc.

Tanto a uno como a otro procedimiento se le han hecho reproches; pero tienen sus ventajas, la tendencia moderna es servirse especialmente de la cesárea baja y las razones de ello las da De Lee, Curtis y otros autores; requiere el operador más pericia, pero da un máximo de garantía a la madre y al niño, no sólo durante el tiempo quirúrgico da mejor control sobre la hemorragia, sobre la extracción de la placenta, sino el post-operatorio es mejor.

Los casos en que se debe emplear quedan a la experiencia del partero; en términos generales expondré algunos de ellos: en las primíparas de alguna edad cuando se desea el máximo de garantía para la madre y el niño; cuando el cuello es "resistente" (Fabre); cuando las hemorragias se repiten con frecuencia o la primera es considerable; cuando el feto es grande; en los casos de estrechez pélvica; en las

multíparas siempre que la primera hemorragia sea intensa, el estado general malo y la vía baja poco prometedora.

Es condición indispensable que el feto esté vivo y mejor si está lo más cerca posible de término.

La mayoría de estadísticas prueban que el resultado es excelente, el porcentaje de mortalidad tan alta obtenido con cualquiera de los otros métodos, es considerablemente disminuido.

En el Servicio de Maternidad se viene empleando la cesárea baja desde hace diez años y salvo algunos casos especiales, el Dr. Alvarez la prefiere.

c) *Procedimiento de Willet:* Preconizado por J. Abernethy Willet (de Londres) en 1925 para el tratamiento de la placenta previa; es un método de considerables promesas, especialmente porque puede ser realizado fuera de centros quirúrgicos por el médico general y en las clínicas obstétricas cuando los otros procedimientos están contraindicados; puede reemplazar al método de Braxton Hicks, en los medios rurales, ya que este requiere mayor pericia, anestesia, etc.

Este método no es aplicable en los casos de placenta previa central total (De Lee) apesar de esto en mis observaciones cito un caso en que dió excelentes resultados.

G. von Pall en 1938 ha empleado esta técnica estando el niño vivo o muerto. Para servirse de él es condición indispensable que la presentación sea cefálica y que las membranas estén rotas.

Para su realización se sirve del forceps de Willet modificado por De Lee y en su falta de una pinza de Museux que se pone en el cuero cabelludo, poniéndole en ambos anillos una cinta, en la extremidad de ésta un peso de 1 o 2 libras que ejerce tracción sobre la cabeza; puede realizarse la contra-extensión elevando los pies de la cama.

Obra favorablemente porque al romper las membranas, descender la cabeza y traccionar; comprime el segmento inferior, cesa la hemorragia; se estimulan los dolores y dilatación terminando el parto rápidamente. Es de aconsejarse que siempre que esté indicado y sea posible se use este método que da excelentes resultados.

CONDUCTA QUE SE DEBE OBSERVAR DURANTE EL ALUMBRAMIENTO

Una vez extraído el niño por cualquiera de los métodos anteriormente expuestos, nos queda todavía un tiempo muy delicado, capital, en los casos de placenta previa y con especialidad cuando ésta es central.

Durante este tiempo puede sucumbir la enferma si la vigilancia y conducta seguida no es correcta. En los casos en que la inserción es lateral o marginal, la mayoría de autores esperan que el alumbramiento se verifique solo (salvo indicación de intervenir), pero otros son partidarios de efectuarlo artificialmente ya sea la inserción central total, lateral o marginal.

Debe vigilarse cuidadosamente el pulso, el síntoma de alarma es la hemorragia, que se explica por la delgadez del segmento inferior, por no ser contráctil "porción Flácida", por la penetración de las vellosidades coriales en la pared que algunas veces es tan íntima que forma un sólo cuerpo y hace indispensable su extracción; ésta debe ser hecha con toda prudencia ya que la brusquedad ocasiona verdaderos desgarros que pueden conducir a la histerectomía en un estado ya precario de la enferma. En los casos que se presentan en el Servicio, casi siempre se recurre al alumbramiento artificial.

En todo caso de placenta previa una vez efectuado el parto, se verificará una revisión minuciosa del cuello. Cuando se ha efectuado ésta y si la hemorragia se presenta en mayor o menor cantidad, hay varios recursos que no sólo el tocólogo sino el médico general está obligado a conocer, ya que son salvadores en muchos casos.

Son los siguientes:

1º Poner ergotina, una, dos o tres ampollas de 0. gramos 10 cada una.

2º Poner 10 Unidades (una ampolla) de Pituitrina ya por vía intramuscular o endovenosa. (Esta última sólo en casos extremos.)

3º Practicar la Diaplesia uterina, que consiste en golpearlo con un martillo de percusión ancho o con una cuchara que se envuelve en un lienzo, mientras se mantiene inclinado hacia la pared abdominal.

4º Inyectar 3/4 de centímetro cúbico de solución de adrenalina al milésimo, en el cuello uterino (Keller.)

5º Compresión de la aorta abdominal, que puede verificarse con las manos, pero tiene el inconveniente de cansar mucho al operador; ya sirviéndose del procedimiento de Momburg que consiste en rodear fuertemente la cintura de la paciente, por dos veces, con un tubo de goma procurando mantener elevada la pelvis. Está además el aparato compresor de Sehrt, que por medio de un cojín que se aplica sobre la aorta y cuya presión es regulada por un tornillo, ejerce su acción; está además el compresor de Rissmann.

Ninguno de estos medios debe permanecer colocado más de una hora; cuando las circunstancias lo exijan, dos, a lo sumo.

6º El acodamiento de las arterias uterinas, que se realiza tomando el cuello uterino con una pinza (preferible que no tenga garfios que lo hieran) y bajándolo a la vulva.

7º El taponamiento utero-segmentario tiene grandes partidarios (Metzger, etc.) y opositores; Bumm dice: "en el post-parto el taponamiento es lo peor que puede hacerse"; su empleo lo hará cada médico según su experiencia, hay que tener presente sin embargo que nunca debe permanecer más de seis horas.

Anemia aguda y su tratamiento: En el Servicio de Maternidad, a donde acuden las enfermas después de haber perdido gran cantidad de sangre, la mayoría de las veces se presentan en un estado alarmante de anemia aguda. Con la mayor actividad posible se procura mejorar su estado general por todos los medios y se obtienen resultados verdaderamente halagadores. Entre los casos desgraciados recuerdo solamente el de una enferma, que estando ya fuera de inminente peligro, tuvo la imprudencia de sentarse en la mesa operatoria lo que produjo un síncope mortal. A partir de tal incidente se acostumbra atarlas sólidamente hasta que los sueros han terminado de pasar.

Acostumbramos el uso de soluciones isotónicas de cloruro de sodio y glucosa por las vías parenteral y endovenosa en cantidades variables entre dos y tres litros según el caso.

La cafeína, el cardiazol, el cardiazol-efedrina, la estrictina, el aceite alcanforado al 10% y la esparteína prestan útiles servicios.

El calentamiento, la ingestión de bebidas estimulantes y calientes, la autotransfusión y la posición de Trendelenburg se usan igualmente.

Por desgracia la transfusión sanguínea, el mejor y más heróico de los recursos a oponer a la anemia aguda, no está a nuestro alcance por carecer en nuestro hospital de un banco de sangre o de un servicio perfecto de transfusión.

Apenas si gracias a los esfuerzos del Lic. Luis Carrillo y sus colaboradores, podemos disponer de algunas cantidades de sangre de placenta conservada en la hielera, para estimular la regeneración sanguínea en los días siguientes al primero de tratamiento.

SEGUNDA PARTE

OBSERVACIONES CLÍNICAS

C. M., de 38 años, originaria de Escuintla y residente en esta, de oficios domésticos, ingresa al Servicio de Maternidad el 16 de Marzo de 1940.

Historia: El día 16 empezó con dolores suaves, cada veinte minutos, se hicieron regulares, más intensos y frecuentes. Como a las dos o tres horas de estas molestias principió con hemorragia, escasa, que disminuyó con el reposo; a las quince horas la hemorragia aumentó sobreviniéndole desvanecimientos, sudor frío, náuseas. Ingresó al Servicio a las 18 horas con el cuadro de anemia aguda.

Antecedentes personales: Menarquia a los 14 años, 30 x 3; 5 hijos nacidos a término, sanos—ningún aborto—última regla Julio de 1939.

Estado general: Malo, fascies pálida, 140 pulsaciones por minuto débiles. Tensión sanguínea: 9 Mx. 4 Mn.

Abdomen: Inspección: globuloso, máximo en el diámetro longitudinal.

Palpación: es difícil por la contractura uterina, sin embargo da la impresión de una presentación de vértice izquierdo. Medidas: 28 centímetros de altura por 84 de circunferencia.

Auscultación: no se encontró foco.

Examen vaginal: Se practicó estando ya la enferma preparada y en condiciones de actuar rápidamente, se le puso un centigramo de clorhidrato de morfina, una ampolla de cardiazol efedrina y dos litros de suero salino, endovenoso.

La hemorragia es casi nula, se encontró la vagina llena de coágulos, se sacaron éstos, la hemorragia aumentó, dilatación 7 centímetros; se encontró la torta placentaria recubriendo el orificio interno del útero; se hace el diagnóstico de presentación de vértice y placenta previa central total.

Conducta observada: Anestesia general con éter sulfúrico.

Ruptura de la torta placentaria, al verificarla, la cabeza fetal que era pequeña descendió considerablemente; por carecer de forceps de Willet se tomó el cuero cabelludo con pinza de Museux, ejerciendo tracción muy suavemente. Al cabo de 15 minutos se verificó sin ningún otro accidente el parto; feto muerto.

Alumbramiento: Artificial, que tuvo que hacerse muy suavemente por estar seriamente adherida la placenta; dos ampollas de ergotina de 0.10 centígramos cada una y una ampolla de pituitrina.

Post-operatorio: 5 c. c. de aceite alcanforado al 10%, 1 litro y medio de suero glucosado vía hipodérmica.—Posición de Trendelenburg—calentamiento.—Los días siguientes muy bien, sale curada el 25 de Marzo de 1940.

Vº Bº R. ALVAREZ.

M. P. de 30 años, originaria y residente en Mixco, de oficios domésticos, ingresa el 23 de Marzo de 1940 al Servicio de Maternidad.

Historia: El día 22 de Marzo a las veinte horas principió con dolores fuertes, frecuentes cada diez minutos; a la primera hora del 23 tuvo fuerte hemorragia, desvanecimientos, perdió el conocimiento y aumentó la hemorragia, ingresó al Servicio el 23 de Marzo a las cuatro horas en estado sincopal.

Antecedentes personales: Menarquia a los 13 años, 28 x 4; multípara 4 hijos, 3 nacidos a término vivos, son sanos; uno prematuro, muerto; dos abortos. Última regla Junio 28 de 1939.

Estado general: Malo, pulso no perceptible en las arterias radiales, palidez intensa.

Abdomen: Inspección: globuloso, predomina el diámetro transverso sobre el longitudinal.

Palpación: útero contracturado, ausencia completa de dolores, es imposible sentir partes fetales; medidas: altura uterina, 30 centímetros por 96 de circunferencia.

Auscultación: no se percibió foco.

Examen vaginal: Hemorragia escasa, vagina llena de coágulos, dilatación 9 centímetros, bolsa rota, el brazo derecho procidente.

La placenta recubría en forma de media luna todo el lado izquierdo del segmento inferior sobre el orificio interno del cuello.

Se hizo el diagnóstico de P: T. D. A. Cabeza a la izquierda y placenta previa marginal.

Conducta observada: Antes de practicar el tacto vaginal, se le inyectó dos litros de suero, uno de glucosado isotónico y otro de fisiológico, ambos endovenosos—una ampolla de 0. grs. 25 de cafeína—una ampolla de cardiazol-efedrina—autotransfusión—posición de Trendelenburg. El pulso y estado general mejoraron: Anestesia al éter sulfúrico, se practicó versión podálica por maniobras internas, feto muerto.

Alumbramiento: Artificial, 2 ampollas de ergotina, una ampolla de pituitrina.

Post-operatorio: Bueno. Sale curada el 4 de Abril de 1940.

Vº Bº R. ALVAREZ.

M. S. P. de 33 años, originaria de Sanarate y residente en ésta, de oficio lavandera, ingresa al Servicio de Maternidad el día 5 de Abril de 1940 a las 18 horas.

Historia: Desde el mes de Noviembre del año pasado, principió con hemorragia, no dolorosa, irregular, insidiosa, sobreveniente cada 15 días o cada mes; desde el mes de Febrero del presente año se hicieron más frecuentes las pérdidas sanguíneas, cada 8 o 10 días, por lo que tuvo que guardar cama casi constantemente, acusa haber sentido más molestias en este embarazo. Por acentuarse la hemorragia y empezar con dolores ingresa al Hospital.

Antecedentes personales: Menarquia a los 13 años 30 x 6 indolora, muy abundante. Multípara: 10 hijos, 8 nacidos a término, vivos, son sanos; 2 prematuros muertos; un aborto hace tres años. Hace dos años padece de flujo, abundante, espeso, de color blanquecino.

Estado general: Bueno, mucosas pálidas, 85 pulsaciones por minuto, fuertes, temperatura $37^{\circ} . 3$, presión sanguínea MX: 11, MN: 6.

Abdomen: Inspección: globuloso con predominio del diámetro transverso.

Palpación: Paredes blandas, cabeza a la derecha, excavación libre; medidas 26 centímetros de altura por 88 de circunferencia, dolores poco frecuentes cada 18 o 20 minutos.

Auscultación: foco fetal sobre la línea media, 140 por minuto, débil.

Examen vaginal: cuello blando—rasgadura antigua en el labio izquierdo—orificio externo entreabierto—no se percibe la presentación pero sí una masa blanda.

Conducta observada: Reposo—vigilancia a las 22 horas y 45 minutos hemorragia intensa seguida de bostezos, náuseas, vómitos, pulso 160 por minuto, débil; foco fetal 180 por minuto, muy débil.

Anestesia: éter; se interviene rápidamente, se encuentra 6 centímetros de dilatación y el orificio interno cubierto totalmente por la placenta; ruptura de la torta placentaria y versión podálica por maniobras internas. Se hace el diagnóstico de P. T. D. A. Cabeza a la derecha y Placenta previa central total; no se logró reanimar al feto.

Alumbramiento: Artificial, dos ampollas de ergotina una ampolla de pituitrina.

Post-operatorio: 2 litros de suero fisiológico vía hipodérmica; y 5 c. c. de aceite alcanforado al 10%, una ampolla de 0. grs. 25 de cafeína, calentamiento—posición de Trendelenburg.

Sale curada el 18 de abril de 1940.

Vº Bº R. ALVAREZ.

M. M. de 38 años originaria de Guatemala y residente en Lavarreda, de oficios domésticos, ingresa al Servicio de Maternidad el 15 de Abril de 1940 a las 21 horas.

Historia: El mes de Diciembre de 1939 tuvo hemorragia vaginal, pequeña, indolora, apareció de manera espontánea y cesó con el reposo; el mes de Enero de 1940 se repitió nuevamente con los caracteres de la primera. El día 15 del mes de Abril y estando en sus ocupaciones habituales, empezó a sangrar abundantemente, a la hora le sobrevinie-

ron dolores, suaves, espaciados (cada 20 minutos), a medida que los dolores aumentaban en intensidad y frecuencia, la hemorragia era más copiosa.

Antecedentes personales: Menarquia a los 15 años, 30 x 4, regular indolora; multípara: 9 hijos, 8 nacidos a término, 1 prematuro que murió a los seis días. Desde su tercer parto padece de flujo blanco, espeso de mal olor. En su 7º parto tuvo fiebre. 2 abortos. Última regla en Septiembre de 1939.

Estado general: Malo, fascies pálida, 150 pulsaciones por minuto, débiles.

Abdomen: Inspección: globuloso con predominio del diámetro longitudinal.

Palpación: Paredes flácidas, presentación de vértice izquierda, cabeza móvil; medidas 26 centímetros de altura por 80 de circunferencia.

Auscultación: foco fetal velado, sobre la línea media.

Examen vaginal: hemorragia escasa, coágulos en la vagina—dilatación 4 centímetros—se encuentra todo el orificio interno del cuello recubierto por la torta placentaria—la hemorragia aumentó considerablemente. Diagnóstico: presentación de vértice y placenta previa central total.

Conducta observada: 5 c. c. de aceite alcanforado, 1 ampolla de cardiazol efedrina, 2 litros de solución salina isotónica, un litro subcutáneo y el otro endovenoso. Anestesia: éter sulfúrico. Ruptura de la torta placentaria seguida de maniobra de Braxton Hicks, a los 45 minutos se efectuó el parto; feto muerto. Efectuado éste siguió la hemorragia, se practicó alumbramiento artificial, seguido de 2 ampollas de ergotina y 1 ampolla de pituitrina. Autotransfusión—calentamiento—posición de Trendelenburg.

Placenta en forma de raqueta, con inserción velamentosa del cordón.

Post-operatorio: Bueno, sale curada el 22 de Abril de 1940.

Vº Bº R. ALVAREZ.

C. R.... de 20 años, originaria de Villa de Guadalupe y residente en el Cantón Barrios, de oficios domésticos, ingresa al Servicio de Maternidad el 19 de Abril de 1940.

Historia: A principios de Marzo de 1940, a las 22 horas notó hemorragia, escasa, indolora, que cesó con el reposo y remedios que tomó. (?) Ocho días después se repitió la he-

morragia con los mismos caracteres que la anterior, escasa, indolora, sin coágulos, duración: 1 día.

Quince días más tarde se repite por tercera vez la hemorragia, siendo más abundante que las anteriores, con expulsión de coágulos, le duró 2 días acompañándose de dolor en la región lumbar.

El 17 de Abril, durante la noche, le apareció nuevamente con idénticas manifestaciones, por lo que se hospitaliza.

Antecedentes personales: Menarquia a los 14 años 30 x 3, indolora, abundante sin coágulos. Secundípara: 1 hijo, nacido a término, nació vivo, es sano. Ningún aborto. Última regla 14 de Agosto de 1939.

Estado general: Bueno, bien nutrida, mucosas pálidas, pulso, 80 por minuto, temperatura 37°. 2.

Abdomen: Inspección: globuloso, excesivamente ve-teado.

Palpación: paredes resistentes—presentación vértice—variedad izquierda, cabeza insinuada—medidas: 29 centímetros de altura por 88 de circunferencia.

Auscultación: foco fetal a la izquierda, bueno, 140 latidos por minuto.

Examen vaginal: Hemorragia escasa, pocos coágulos en la vagina, dilatación, 3 centímetros; en el lado izquierdo del orificio interno del cuello se percibe el borde de la torta placentaria, presentación de vértice; se hace el diagnóstico de Placenta previa marginal y presentación de vértice.

Conducta observada: Ruptura inmediata de la bolsa de las aguas, la cabeza descendió, a continuación procedimiento de Willet, la hemorragia se cohíbió. A las dos horas se expulsó el feto vivo y sin ningún otro accidente. Alumbramiento por expresión.

Post-operatorio: 1 litro de suero glucosado isotónico, vía endovenosa, 5 c. c. de aceite alcanforado al 10%, bebidas calientes, posición de Trendelenburg.

Sale curada el 25 de Abril de 1940.

Vº Bº R. ALVAREZ.

M. G. de 32 años, originaria de Salamá y residente en el Guarda Viejo, de oficios domésticos, ingresa al Servicio de Maternidad el día 7 de Mayo de 1940 a la 1a. hora.

Historia: El día 10 de Abril del año en curso tuvo hemorragia, escasa, indolora, sin coágulos, que le sobrevino espontáneamente.

El 6 de Mayo, a las 15 horas, principió con dolores fuertes, cada 15 o 20 minutos; tres horas después le apareció hemorragia que fué aumentando en intensidad, náuseas, vómitos, desvanecimientos.

Ingrasa en estado sincopal.

Antecedentes personales: Menarquia a los trece años 30 x 4, regulares, abundantes, indoloras. Multípara: 3 hijos nacidos a término, están vivos, son sanos; un aborto hace un año. No recuerda la fecha de la última regla.

Estado general: Malo, mucosas pálidas, temperatura, 35°. 5, pulso no perceptible en las arterias radiales.

Abdomen: Inspección: globuloso, predominio del diámetro transverso.

Palpación: Pared flácida, presentación transversa, cabeza a la izquierda, excavación libre; medidas: 28 centímetros de altura por 90 de circunferencia.

Auscultación: No se encontró foco.

Examen vaginal: Antes de practicarlo se trató el estado general con 700 c. c. de suero glucosado isotónico, vía endovenosa, 1 1/2 litro de suero salino isotónico, vía hipodérmica, una ampolla de cardiazol-efedrina, 5 c. c. de aceite alcanforado al 10%, una ampolla de 0 grs. 25 de cafeína, auto-transfusión, calentamiento, posición de Trendelenburg.

Hemorragia escasa, coágulos en la vagina, dilatación, 9 centímetros; la torta placentaria recubría totalmente la presentación, excavación libre. Se hace el diagnóstico que fué después comprobado de Presentación transversa dorso anterior, cabeza a la izquierda y Placenta previa central total.

Conducta observada: Anestesia con éter sulfúrico; ruptura de la torta placentaria y Versión podálica por maniobras internas, feto muerto.

Alumbramiento: Por continuar la hemorragia se practicó la extracción manual de la placenta, 2 ampollas de ergotina y una ampolla de pituitrina.

Post-operatorio: Al día siguiente el estado general ha mejorado notablemente, pulso 100, fuerte, persiste el estado nauseoso; se le practica una transfusión sanguínea de 200 c. c., calentamiento, posición de Trendelenburg, 5 c. c. de aceite alcanforado, bebidas calientes.

Sale curada el 23 de Mayo de 1940.

Vº Bº R. ALVAREZ.

CONCLUSIONES

- 1^a—Toda placenta previa diagnosticada o presumida, debe ser tratada en una clínica Obstétrica.
- 2^a—En caso de ser un medio rural, todo Médico general está obligado a conocer el tratamiento de esta complicación, actuar enérgicamente, procurando brindar a la enferma las mayores garantías.
- 3^a—En pro de la paciente, debe confiarse casos tan serios al tocólogo de más experiencia que exista en la localidad.
- 4^a—ENSEÑAR a las comadronas la conducta a seguir y cuidados inmediatos que requiere la paciente, mientras se pone en manos de un Médico, especializado al ser posible.
- 5^a—Nunca debe practicarse un examen vaginal mientras no se esté en las mejores condiciones, para poder actuar rápidamente.
- 6^a—La frecuencia de la placenta previa y su variedad central total es mayor en nuestro medio.
- 7^a—El taponamiento vaginal, es el tratamiento de urgencia en los casos en que el trabajo no se ha iniciado y la hemorragia es copiosa.
- 8^a—El procedimiento de Willet es actualmente el tratamiento del día.
- 9^a—Urge en el Servicio de Maternidad la creación de un banco de sangre perfecto o Servicio de Transfusión.

Angel B. Coronado B.

BIBLIOGRAFIA

Inserción Viciosa de la placentă (Tesis presentada por *José Azurdia*, 1889).

Precis D'Obstétrique par *A. Ribemont Dessaingnes et G. Lepage* (5^a edición, 1900).

Obstétrique Journalier par *Henri Varnier*, 1900.

Elements D'Obstétrique par *Dr. V. Walich*, 1907.

Traité D'Obstétrique par *A. Ribemont Dessaingnes et G. Lepage* (8^a edición, 1914).

Terapeutique Obstetricale et Gynecologique par *Cyrille Jeannin et Paul Gueniot*, 1913.

Traité Practique D'Obstétrique Normale par *Jules M. Rouvier*, 1922.

The place of Version in Obstetrics by *Irwing W. Potter*, 1922.

Tratado de los cuidados de la mujer durante el embarazo y parto, por *W. Levis Howe*, 1918.

Tratado de Obstetricia por *Dr. A. Döderlein*, 1923.

Terapeutique Obstetricale par *Dr. Cyrille Jeannin*, 1922.

Compendio de Obstetricia por *Pablo de Areny y de Plandolit*, 1926.

Manual de Obstetricia por el *Dr. Ludwig Piskacek*, 1929.

Fisiología Obstétrica Normal y Patológica, *Dr. Henri Vignes*.

Modernos estudios sobre Obstetricia y Ginecología por *Dr. J. M. Ruiz Contreras*, 1932.

Manual de Obstetricia, *Fabre*, 1928.

L'Accoucheur Moderne, Precis D'Obstétrique, *Marcel Metzger*. 1936.

Le Chirurgien Devant L'état puerperal, *Marcel Metzger*, 1936.

Obstetrics and Gynecology, *Curtis*, 1933.

Tratado de Obstetricia, *Sebastián Recasens*, 1932.

Obstetricia de *Williams*, 1938.

The principles and Practice of Obstetrics by *De Lee*, 1938.

Year Book of Obstetrics and Gynecology 1938, by *De Lee y Greenhill*.

Year Book of Obstetrics and Gynecology 1939, by *De Lee y Greenhill*.

Tratado de Obstetricia, por el Dr. *Ernesto Bumm*.

Precis D'Accouchement, par *Louis Dubrisay y Cyrille Jeannin*, 1924.

Bulletin de la Societe D'Obstétrique y de Gynecologie de París, N° 8, September 1927; N° 7, Juillet 1929; N° 1, Janvier, 1930.

Revista Médica Latino Americana N° 286, Julio de 1939.

PROPOSICIONES

<i>Anatomía Descriptiva</i>	Arteria maxilar interna.
<i>Anatomía Topográfica</i>	Fosa cigomática.
<i>Anatomía Patológica</i>	De la Neumonía.
<i>Bacteriología</i>	Bacilo de Loeffler.
<i>Botánica Médica</i>	Cornezuelo de Centeno.
<i>Clinica Quirúrgica</i>	Punción Lumbar.
<i>Clinica Médica</i>	Auscultación.
<i>Física Médica</i>	Esfigmomanómetro.
<i>Fisiología</i>	De la Placenta.
<i>Ginecología</i>	Cáncer del cuerpo uterino.
<i>Higiene</i>	Del embarazo.
<i>Histología</i>	Del folículo de Graaf.
<i>Medicina Legal y Toxicología</i>	Intoxicación barbitúrica.
<i>Medicina Operatoria</i>	Cesárea baja.
<i>Obstetricia</i>	Forceps.
<i>Parasitología</i>	Amiba disentérica.
<i>Patología Externa</i>	Fracturas expuestas.
<i>Patología Interna</i>	Neumonía.
<i>Patología General</i>	Gangrena.
<i>Patología Tropical</i>	Fiebre Biliosa hemoglo-binúrica.
<i>Pediatría</i>	Lactancia materna.
<i>Psiquiatría</i>	Demencias.
<i>Química Médica Inorgánica</i>	Cloruro de Calcio.
<i>Química Médica Orgánica</i>	Atropina.
<i>Química Biológica</i>	Líquido céfalo-raquídeo.
<i>Terapéutica</i>	Pituitrina.