

VILLACORTA, A. - Contribución al estudio de la
Placenta Polar inferior.





596.

FACULTAD DE MEDICINA



Contribución al tratamiento de la
placenta polar inferior por la in
cisión cesárea vaginal.

Tesis para optar el grado de Ba-
chiller en Medicina

-o-

ALBERTO F. VILLACORTA.

Lima, 1926.

A mis maestros:

Dr. GUILLERMO GASTAÑETA

y

Dr. ENRIQUE FEBRES ODRIOZOLA.



Señor Decano:

Señores Catedráticos:

De todas las complicaciones del embarazo, es la **PLACENTA PREVIA** -variedad las mas importante de "placenta polar inferior" (FEBRES ODRIOZOLA)- uno de los estados mas graves con los que se encuentra en la práctica el tocólogo, y ello se debe á las consecuencias funestas que tiene para la madre la pérdida de sangre, principalmente, y que puede acarrear con facilidad el desangramiento; seguidamente el shock que trae consigo el parto artificial que se hace necesario practicar, y finalmente el estado séptico del puerperio que es la consecuencia de las maniobras que impone aquel; de tal manera que si la parturiente escapa de la muerte por hemorragia puede sucumbir, con mayor facilidad que en el parto normal, de fiebre puerperal. Por lo que respecta al hijo, el peligro mas grande es la asfixia, en íntima relación con el desprendimiento progresivo de la placenta que significa un aporte cada vez menor de oxígeno al feto. Como se comprende, en seguida, todo lo que sea hemostasia y salvación de la madre significa menor oxigenación y muerte para el hijo. "La placenta previa

-dice STOECKEL- es un horrible ejemplo de que la vida de la madre y la del hijo pueden entrar en concurrencia, y que entonces éste debe ser sacrificado á la conservación de la vida materna."

- o -

La casi totalidad de las hemorragias que se presentan espontaneamente en los últimos meses del embarazo son debidas á la placenta polar inferior (FEBRES ODRIOZOLA). En forma mas absoluta se pronuncia todavia el profesor STOECKEL cuando afirma que "toda hemorragia que se presenta en la segunda mitad del embarazo ó al principio del parto (antes de la rotura de las membranas) es una hemorragia por placenta previa".

La historia clinica de la "inserción viciosa de la placenta" se resume en la de una gran multipara que habiendo perdido sangre en los tres últimos meses del embarazo es presa de nuevas hemorragias abundantes en el momento del parto; estas hemorragias matan al feto en mas de la mitad de los casos y colocan á la madre en una situación extremadamente grave. Durante el trabajo se puede constatar directamente con los dedos los cotiledones placentarios situados á nivel del orificio uterino (RIBELMONT-DESSAIGNES).

El sintoma principal es, pues, la hemorragia que

presenta los siguientes caracteres: a) Aparición en los últimos meses del embarazo, unas veces, y otras en el momento mismo de iniciarse el parto. b) La hemorragia se presenta de modo insólito sin dolor de ninguna clase. c) De intensidad variable, es de anotarse que por lo común la primera pérdida es de poca intensidad; que después va aumentando en cantidad hasta producir la muerte en algunos casos. El primer accidente puede estar separado de los posteriores por lapsos variables de tiempo, aunque por lo general ocurre que no hay cesación de la hemorragia y la mujer pierde sangre de modo lento pero continuo.

La explicación de lo anterior se encuentra a) en que la inserción en el polo inferior del útero se realiza según diversas modalidades (inserción lateral, inserción marginal, inserción central); b) en la extensión en que se ha desprendido la placenta y las estructuras vasculares que han sido rotas por el desprendimiento; y así, cuando se rompe el seno marginal pueden ocurrir hemorragias rápidamente mortales no obstante que solo existe un escaso desprendimiento; y al contrario, se observan casos con grandes desprendimientos placentarios en que, por no haberse comprometido sino senos poco importantes, la pérdida hemática no es de consideración.

Toda la historia de la placenta previa está dominada por la hemorragia; hemorragia que se hace con un aparato tal que PAJOT exclamó: "Si yo hubiera sabido que las placentas previas daban tanta sangre, nunca me hubiera dedicado á la especialidad de partos".

- 0 -

Sobre el importante capítulo del tratamiento de la placenta previa no se ha dicho aún la última palabra. Limitada hasta hace poco á la aplicación de tratamientos incruentos por las vías naturales, la terapéutica de esta importantísima condición sufrió una revolución con SELLHEIM, KRONIG, BAISCH y otros (1908) que establecen que debe ser tratada de preferencia quirúrgicamente. Estas ideas levantaron grandes resistencias en Francia, Alemania, principalmente, y en casi todos los países. Couvelaire en el Congreso de Berlín de 1912 resume la opinión casi general de la época mostrándose poco favorable al tratamiento de la placenta previa por la incisión cesareana y limitándola ~~xx~~ á los casos en que existe un obstáculo para el parto, sea de lado de la pelvis, sea del lado de las partes blandas.

A partir de esa época la cuestión parece haber progresado. La experiencia ha demostrado palpable y dolorosamente que los métodos obstétricos puros, con los cuales se encontraban satisfechos COUVELAIRE y BAR, en

Francia; MARTIN, HANNES, PFANNENSTIEL, THIES, BUMM, en Alemania; MURPHY en Inglaterra, resultan mas difíciles de emplear (dada la uregencia del caso) y de emplear bien que los procedimientos quirúrgicos (incisiones cesareanas); y es asi que una mejor apreciación de las cosas, simplificación de las técnicas y vulgarización de numerosos casos tratados por la histerotomia abdominal y vaginal, con brillantes resultados para la madre y para el hijo, han puesto al día nuevamente esta importante cuestión del tratamiento quirúrgico de la placenta previa.

- 0 -

Después de un periodo de imitación -casi siempre- y de mejoramiento -á veces- de las enseñanzas establecidas en otras partes, la medicina nacional se esfuerza por sacudirse de este yugo y en aportar, en la medida de sus escasas fuerzas, la contribución propia en cada una de sus diversas actividades especializadas.

En el trascurso de los años 1924 y 1925, en que hemos asistido á las lecciones del Profesor FEBRES ODRIOZOLA en la Maternidad de Lima, se nos ha ofrecido la oportunidad de seguir el afán con que se labora por la mejor eficacia de la labor de dicha institución. Lo que mas nos impresionara, por los magníficos resultados obteni-

dos, es el tratamiento de la placenta previa por la operación cesárea vaginal, que ha permitido estadística notable al lado de las cifras aterradoras que arrojaban los procedimientos puramente obstétricos que constituían regla invariable de conducta entre nosotros, por ser lo más aceptado en otras partes. La cesarea vaginal, en cambio era francamente condenada.

Bajo la amable sugestión del doctor FEBRES, que nos asoció en su labor, hemos procedido á reunir en un pequeño trabajo de síntesis algunas de las ideas que fundamentan el empleo de esta técnica, que es hoy uno de los recursos más valiosos con los que puede contar el tocólogo; los buenos resultados de ella, que traducimos en una modesta estadística de 12 casos, en la que se puede apreciar, al lado de una mortalidad materna reducida, cifras halagadoras en lo que respecta al hijo -el gran abandonado en esta horrible contingencia- y que constituyen un verdadero orgullo al lado de las que se señalan en casi todas las estadísticas.

Tal el origen y las directivas de esta "contribución al tratamiento de la placenta por el ar inferior por la incisión cesárea vaginal" con la que esperamos alcanzar el grado de Bachiller en Medicina.

Capítulo I.

DE LA "PLACENTA POLAR INFERIOR".

Tal es la definición que, con el Profesor FEBRES, creemos que debe ser adoptada para designar aquella condición en la cual la placenta se ha desarrollado en las zonas mas bajas del útero.

Un ligero examen de la cuestión creemos que es de importancia porque nos permitirá dejar las cosas bien establecidas.

La denominación de "placenta inserta en el segmento inferior" no cabría sino en los últimos meses del embarazo, siendo así que quedarían sin nombre los casos de placenta con inserción baja en los primeros meses de la gestación. Porque en efecto, en la actualidad el "segmento inferior" no está bien definido. Se formaría en los últimos tiempos del embarazo, á expensas del cuerpo, según unos, mientras que otros piensan que lo hace á expensas del cuello. Y sin embargo se lee en las obras de obstetricia que "después de la sífilis, la placenta inserta en el segmento inferior es el factor mas frecuente de abortos" (WALLICH).

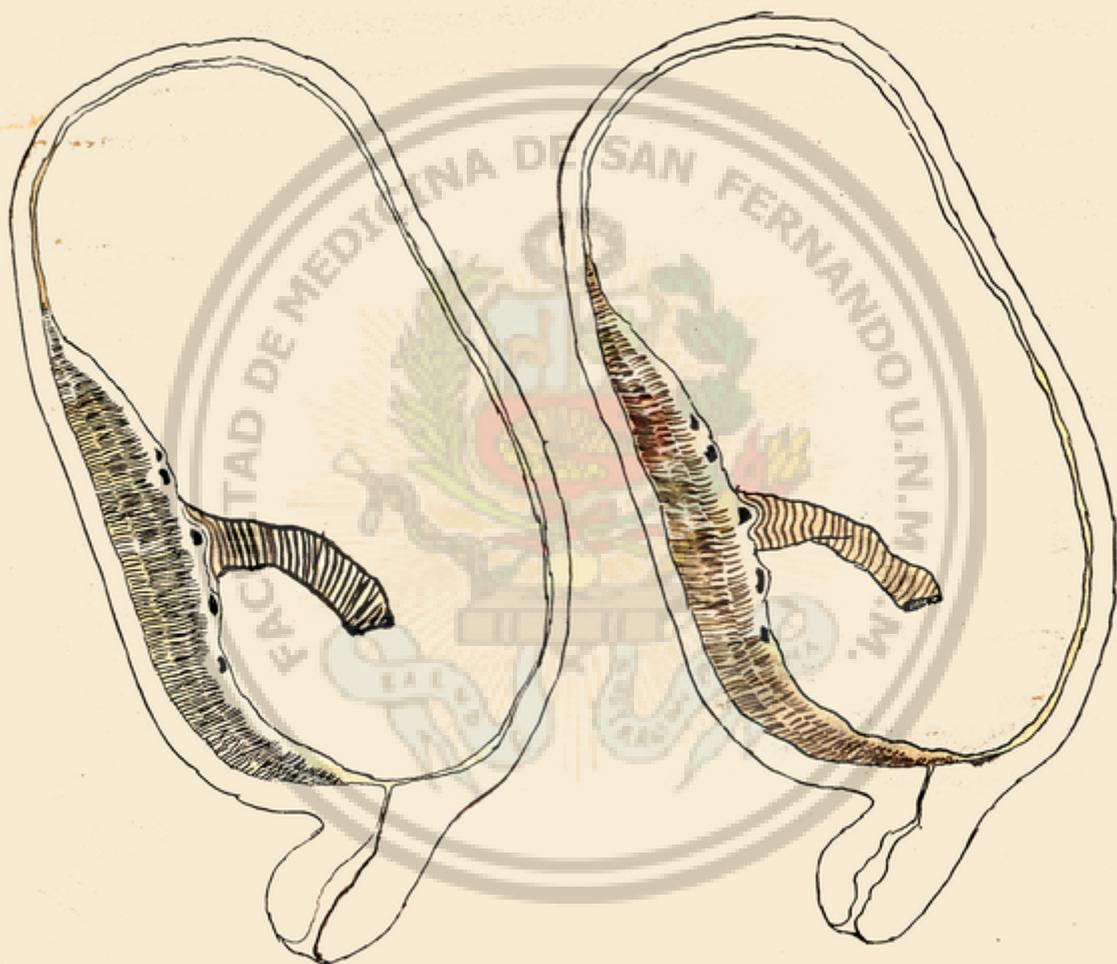
La noción de "inserción viciosa de la placenta" supone el conocimiento de la inserción normal. Se pensó primero que esta última tenia lugar en el fondo del útero.

Después de PORTAL se reacciona contra este modo de pensar y se deja establecido que el modo de inserción mas habitual tiene lugar sobre la cara anterior ó posterior del útero. Entre nosotros el Profesor FEBRES ha contribuido al conocimiento de este asunto y en una comunicación al Congreso Médico reunido en Lima el año 1924, sobre el "concepto real de las posteriores de vértice" basada en algo mas de 2,900 casos, dejó demostrado que la placenta se inserta en las proximidades del polo inferior del útero en el mayor número de veces. La denominación de "inserción viciosa", pues, es impropia porque la regla no va á convertirse en vicio.

La expresión de "placenta Previa" no se aplica mas que á una categoría particular de hechos en los que la placenta se encuentra casi completamente por delante del feto (de "pre", delante y "vía", ruta, camino). En esta denominación no cabrían entonces aquellas placentas situadas á un lado (látero-sidentes). Por consiguiente no es suficiente.

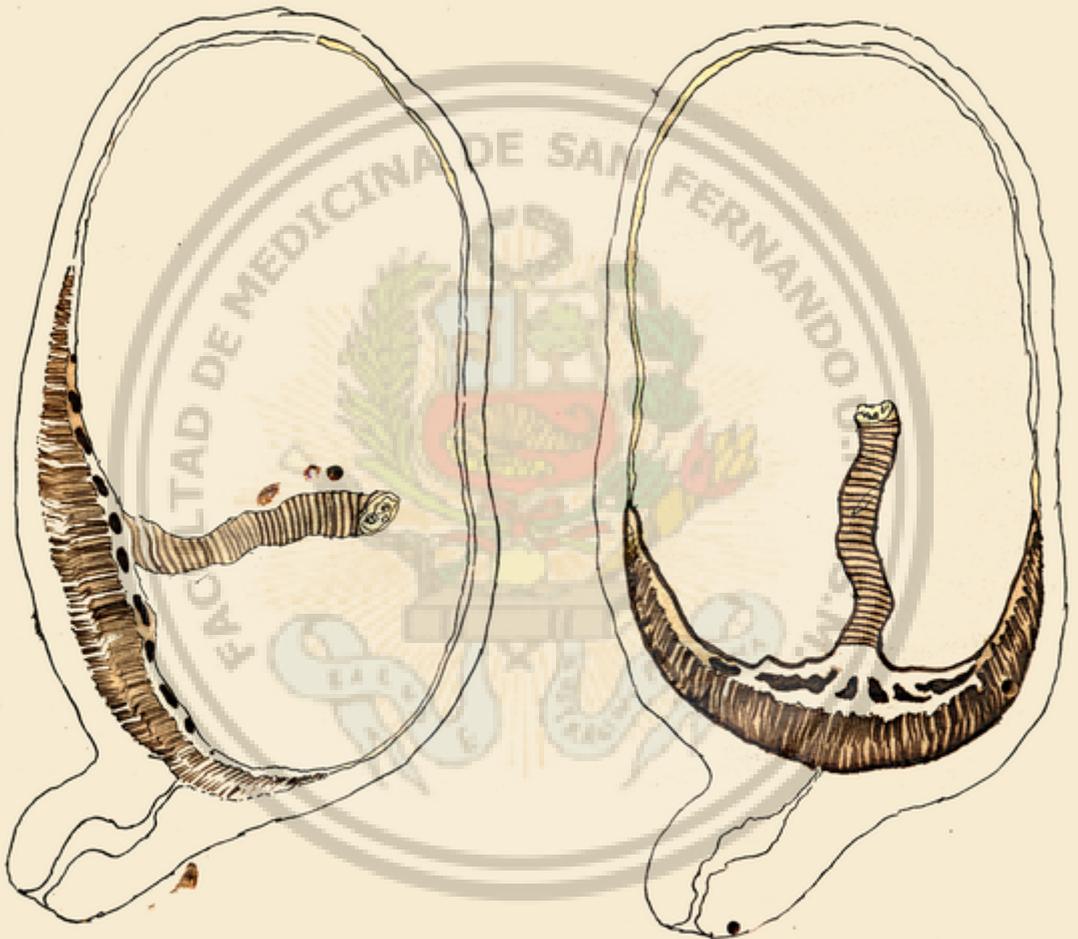
La designación de "placenta polar inferior" (FEBRES ODRIOZOLA) no exige en cambio sino el conocimiento del polo inferior del útero ("zone dangereuse" de BARNES), y que como su nombre lo indica es la parte mas inferior de este órgano.

Este concepto se completa con la siguiente división:
a) placenta polar inferior látero-sidente; b) placenta polar inferior pro-sidente; cuya sola enunciación está indicando su definición. La primera es aquella cuyo borde se



encuentra mas ó menos lejos del orificio interno (Fig.1), de donde dos sub-divisiones: "placenta lateral" y "placenta marginal". En la segunda (placenta previa, propiamente-

te dicha), los cotiledones placentarios están situados á nivel del orificio interno, en mayor ó menor extensión; de donde dos variedades: "placenta presidente ó previa parcial" y "placenta presidente ó previa total (Fig.2).



Esta clasificación fundamentalmente clínica es de la mayor importancia para el exacto diagnóstico que ha de guiar un tratamiento adecuado, como veremos en seguida.

Ya vemos entonces que la "placenta previa" de la mayoría de los autores (placenta previa de San Marcos) apenas si co-

responde á un tipo de las inserciones en el polo inferior (Placenta polar inferior, FEBRES). El profesor RIBEMONT le da como frecuencia 1 vez sobre 1,000 partos; nosotros creemos que su frecuencia es mucho mayor.

Ahora bien: Es posible retrospectivamente comprobar cada una de las variedades antes indicadas, examinando con cuidado las membranas después de realizado el alumbramiento. Como se sabe ellas presentan en la porción que corresponde al polo inferior del huevo una abertura muy irregular á travez de la cual ha salido el feto. Basta medir la distancia mas corta entre el borde de la placenta y el de la abertura, para conocer aproximadamente á que distancia se ha encontrado el borde placentario del orificio interno. Teniendo presente que la altura del "segmento inferior" es de 10 á 11 cm. PINARD dice "que hay inserción de la placenta sobre esta zona toda vez que de un lado del orificio de ruptura, las membranas extendidas midan menos de 10 cm.

Los trabajos de GENDRIN y los de los autores alemanes (HOFMEIER, AHLFELD) han demostrado que la placenta previa ofreceria caracteres anatómicos particulares: de forma irregular y aplastada, presentaria dotiledones de diferente volumen y espesor; las membranas serian mas espesas y resistentes.

Etiología.- Las teorías propuestas para explicar la placenta en el polo inferior del útero son insuficientes y mas que todo representan suposiciones sugeridas por cada caso particular.

El hecho que se presente tan frecuentemente en las múltiparas como en las primiparas destruye la teoría de que sea la endometritis la principal condición preparatoria para el desarrollo de la placenta polar inferior. En efecto era lo mas aceptado que el huevo sería arrastrado hacia abajo por la hipersecreción de una mucosa uterina inflamada crónicamente. Se ha tratado, sin embargo, en estos últimos tiempos de reafirmar y completar esta teoría, teniendo presente las recientes adquisiciones referentes a la función gravídica del ovario, que actuaría sobre la mucosa uterina para crear una serie de condiciones indispensables a la nidación alta (congestión premenstrual; modificaciones anatómicas y fisiológicas de la mucosa, consecutivas, que permitirían la fijación del huevo fecundado; mantenimiento de la misma durante cierto tiempo en un estado indispensable al desenvolvimiento de aquel, etc). Se han descrito numerosos casos de endometritis deciduales y no deciduales, que revelarían un trastorno del funcionamiento ovariano.

Otros autores con PINARD atribuyen un papel -que no es siempre evidente en concepto de RECASENS- al traumatismo

la trepidación brusca, un golpe, podrían sin embargo desprender el óvulo, el que detenido en la parte baja del útero adquiriría adherencias secundarias.

BUMM hace notar que contracciones uterinas enérgicas de un lado, y de otro presencia de un huevo sin la viscosidad habitual ó con un menor poder corrosivo de su ectodermo, podrían explicar el fenómeno de otros casos.

La discusión principal -dice STOECKEL- gira alrededor de si una fijación primitiva puede tener lugar directamente en el orificio uterino interno".

BUMM cree que si, y dice que ello se debe á que el orificio interno representa un espacio sumamente pequeño y el huevo caído en esta área fácilmente adquiere contacto con todos los puntos diametralmente opuestos de la mucosa uterina en virtud del estímulo formativo ejercido sobre ella por aquel.

HOFMEIER y KALTENBACH creen que la génesis de esta condición reside en su teoría de la "refleja placenta", que vendría después á ponerse en contacto con el orificio interno. Teoría que combate AHLFELD que dice que no habría entonces sino formación de una placenta previa "siria" sin desarrollo de vasos útero-placentarios y en consecuencia faltaría la hemorragia en el momento del parto ó sería poco considerable.

Sintomatología.- Varios fenómenos que ocurren en los últimos meses del embarazo han encontrado clara explicación á medida que se ha ido estudiando mejor todo lo que con la placenta polar inferior se relaciona. Nos referimos, por ejemplo, á la ruptura prematura de las membranas; al parto prematuro; á los defectos de acomodación; á algunos casos de espacio del cordón, etc. No es nuestro objeto insistir sobre ello y si ocuparnos rápidamente de los signos propios de la placenta previa propiamente dicha ó placenta presidente de FEBRES.

Ellos se resumen fundamentalmente en la hemorragia, que en los casos de inserción central es posible que se presente en el momento del parto, aunque por regla general las pérdidas sanguíneas se observen en una época anterior. Ya hemos insistido al comenzar sobre los caracteres de la hemorragia, y solo queremos agregar que depende del desprendimiento prematuro del lóbulo placentario situado previo en la pared uterina.

Ya desde los últimos meses del embarazo se presentan contracciones que van aumentando poco á poco y que traen como consecuencia 1° un aumento de la presión general interna del útero, la que se ejerce íntegramente sobre el orificio interno de dicho órgano., y 2° un efecto externo en virtud del cual el orificio interno es tirado

hacia afuera por las fibras musculares uterinas que al contraerse tratan de enderezar su curvatura y entonces entreabren dicho orificio.

Ahora bien, al estado normal insertada alto la placenta, la elasticidad de las membranas constituye un mecanismo admirable de protección que impide el desprendimiento prematuro y que coadyuva con las contracciones a la realización del trabajo. No ocurre lo mismo, como se comprende, cuando la placenta se inserta en las zonas bajas. Y así cuando se trata de la placenta láterosidente (placenta lateral, placenta marginal) en que el tiramiento producido por las contracciones se opera directamente sobre la placenta; de donde desprendimiento de la misma y hemorragia. En cambio, cuando la inserción es previa (placenta prosidente) tan pronto como el orificio empieza a dilatarse se rompen las conexiones útero-placentarias porque la placenta inextensible no puede seguir al segmento inferior en su distensión.

Las pérdidas hemáticas se hacen a expensas de las paredes del útero, principalmente, y así HOFMEIER ha demostrado que en estos casos los gruesos vasos uterinos penetran por debajo del anillo de contracción. Dada la pobreza muscular del segmento inferior aumentada por el desgaste que realizan las vellosidades placentarias, las "ligaduras vivientes" de BIHARD son de gran importancia.

deficientes. De lado de la placenta una fuente abundante de hemorragia es la desgarradura del seno marginal.

Diagnóstico.- La hemorragia con los caracteres ya indicados hacen el diagnóstico. Solo quedaría establecer diferenciación, mediante un examen directo, con ciertos tumores del cuello (cáncer, sarcoma) y várices cervicales.

pronóstico.- Es grave. La madre muere muy frecuentemente. Los autores alemanes, que son los que mejores estadísticas presentan, señalan una mortalidad materna del 6 por ciento (STRASSMANN). COUVELAIRE, en Francia, indica un 8'2 por ciento. Los españoles con RECASENS 20 por ciento.

La mortalidad fetal puede calificarse de horrible: 65 por ciento (STRASSMANN) 54,12 por ciento (DÖDERLEIN); 44-60 por ciento (COUVELAIRE); 72 por ciento (RECASENS).

Estas cifras están en relación con la variedad de placenta polar inferior, con los fenómenos distócicos que se sobreagregan y con los métodos de tratamiento empleados. Ya algunos autores alemanes han demostrado que se podían mejorar notablemente mediante el empleo de procedimientos quirúrgicos; y nosotros lo hemos podido comprobar con el empleo de la operación cesárea vaginal.

Capítulo II.

DEL TRATAMIENTO DE LA PLACENTA POLAR INFERIOR EN GENERAL

Los diversos procedimientos que señalan los autores, están en relación con la hemorragia y no con el caso particular. No es nuestro objeto estudiar cada uno de dichos procedimientos, que están descritos detalladamente en todas las obras de obstetricia; sino hacer una ligera crítica de los mismos en relación con las distintas variedades de placenta polar inferior.

A). PLACENTA POLAR INFERIOR LATEROSIDENTE. En los casos de placenta láterosidente conviene en primer término poner á la mujer en reposo con el objeto de contribuir á la disminución de las contracciones que como dejamos dicho van á aumentar la presión interna general del útero, cuyo resultado se traduce por un descenso del polo inferior del huevo, que determina la tracción del borde inferior de la placenta y en último término su separación del útero y la hemorragia. Vigilancia estrecha de la enferma en vista de la inminencia de la reaparición de las hemorragias, tanto mas cuanto que no se le da importancia al fenómeno. Si no se consiguiese nada con el reposo, las irrigaciones calientes, la morfina, etc., sería necesario romper las membranas, y romperlas ampliamente, con el obje-

te de evitar las tracciones que sufre la placenta. El fenómeno de la ruptura prematura de las membranas, espontáneamente, es un mecanismo maravilloso de defensa que pone en juego la naturaleza en estos casos, y que PINARD sintetizó en su aforismo " La mujer que pierde aguas no pierde sangre". Luego hay que tener presente que esta ruptura prematura de las membranas se debe aconsejar solo para un tipo de placenta inserta en el polo inferior.

Si la dilatación del cuello permite pasar dos dedos y hay integridad del huevo, aconsejan los autores proceder el empleo del método de BRAXTON HICKS, que cuenta con muchísimos partidarios en Inglaterra y Estados Unidos, ó sea el parto acelerado por la versión combinada y la extracción. Este método es de aconsejar también en el caso de placenta láterosidente, porque la porción podálica del feto va á producir la compresión de la placenta contra la pared uterina y realizar así la hemostasia, al mismo tiempo que dilatar el cuello y facilitar la salida del feto. Se consignan magníficos resultados para la madre (10 por ciento de mortalidad, solamente).

Son estos casos de placenta láterosidente igualmente los que han permitido á KÜSTNER y HANNES con la "metreury-sis" mejorar además el pronóstico en lo referente al hijo (15 - 20 por ciento de mortalidad, tan solo). Exige, sin em-

bargo el empleo de un instrumento complicado, como es el balón y una preparación y habilidad técnica especiales; razón por la cual no ha permitido á otros autores resultados tan halagadores.

La ruptura de las membranas, la versión y la metruerisis, procedimientos de órden onstétrico obran reforzando además las contracciones y por consiguiente acelerando el parto. Los resultados mas ó menos favorables que se han obtenido en estos casos de placenta láterosidente, han permitido á algunos autores afirmar que "con los métodos obstétricos se está suicientemente armados para luchar contra la hemorragia" (BIBELMONT) generalizando la cuestión para los casos de placenta prosidente (placenta previa) que veremos á continuación, lo cual no es cierto.

B). PLACENTA POLAR INFERIOR PROSIDENTE (PLACENTA "PREVIA" propiamente dicha).- Consideremos ahora el caso de la placenta prosidente (parcial y total) y veamos si es posible establecer las mismas leyes generales de conducta con este otro tipo de inserción.

En primer lugar ¿que pasa con la contracción uterina? Que no tiene ningún efecto sobre el cuello porque la placenta la intercepta y muy secundario sobre el orificio

interno. En cambio, lo que si queda en pié son los efectos de la contracción uterina sobre los haces musculares que van al cuello, que producen tracciones laterales y entonces se entreabre el orificio interno, se rompen las conexiones útero-placentarias y como consecuencia vasos venosos libres y á medida que progresen las contracciones y con ellas la dilatación, mayor será la superficie de placenta descubierta con sus senos venosos hacia la vagina que trasvasan la sangre directamente hacia este órgano, en forma verdaderamente aterradora.

¿Que hará el reposo, en estas condiciones? ¿Cabe ruptura de las Membranas? ¿Como? Cuando todo intento en este sentido lo único que hará será aumentar el desprendimiento y la hemorragia, que es lo que se quiere evitar precisamente.

La versión por maniobras internas supone un determinado grado de dilatación y de dilatabilidad del cuello, y así mismo la posibilidad de poder pasar la mano á un lado de la placenta, lo que es difícil. Además BAISCH ha dicho que "con este método la salud de la madre está subordinada al sacrificio consciente del niño".

El taponamiento es horrible y con él -descontada la vida del hijo- la que salva de hemorragia muere por infección. Además, la experiencia demuestra que no constitu-

ye una verdadera compuerta, puesto que para conseguir una hemostasia eficaz el tapón debe presionar fuertemente hacia arriba y con esto la placenta se desprendería mas. PIGNARD lo rechaza en forma absoluta. Nosotros creemos que se puede emplear como un recurso de urgencia y mientras se traslada á la enferma á una clínica.

Respecto á la dilatación manual y al uso del balón de CHAMPELIER, su empleo en estos casos es muy inferior y ofrece el peligro de la ruptura del cuello.

En presencia de una hemorragia de esta naturaleza, que se ofrece ante la vista del médico en forma verdaderamente torrencial, que no cede á ninguno de los procedimientos que acabamos de ennumerar, creemos que lo único que queda es proceder á la evacuación inmediata del útero recurriendo á procedimientos de orden quirúrgico y principalmente á la histerotomía ó incisión cesareana. Tres se disputan la supremacía: la cesárea transperitoneal clásica, preconizada por KRÖNIG; la cesárea suprasinfisaria extraperitoneal de SEILLHEIM y la cesárea vaginal imaginada por DÜHRSEN.

Se consigue con ellas realizar: a) la prescripción de evitar toda distensión ulterior del segmento inferior para la terminación rápida del parto, por el peligro que hay de ruptura; b) la regla terapéutica de que en la pla-

centa previa "cuanto mas pronto mejores serán las esperanzas; c) necesidad de reducir la enorme mortalidad del hijo.

Las discusiones habidas ultimamente en las sociedades obstétricas extranjeras que se consignan en el Bulletin de la Société d'Obstetrique et Gynécologie de Paris (1925); en el "American Journal of Obstetrics and Gynecology" (1925); etc. tienden á establecer que el tratamiento racional de la placenta previa, en las vecinanzas del término, con hemorragia abundante ó continua y con un cuello largo ó no dilatado, es la cesárea. No hemos de hablar de la superioridad de cada uno de los procedimientos sobre los otros, y si á ocuparnos en un último capítulo de la operación cesárea vaginal (operación de DUHRSSON) y los resultados que en la placenta previa ha dado en manos del doctor FEBRES, lo que le ha permitido presentar (Febrero de 1926) una comunicación interesante al respecto, en el seno de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Paris.

- 0 -

Capítulo III.

DE LA CESAREA VAGINAL Y SUS RESULTADOS EN LA PLACENTA PREVIÁ.

El hecho de tener el cirujano una guía en la pared superior de la vagina, de no abrir el peritoneo y de poder usar la parametroanestesia, hace hoy día de la cesárea vaginal una operación accesible al práctico.

Vamos á indicar la técnica que sigue el doctor FEBRES, que ha modificado el manual operatorio reglado por DÜRRSEN.

Colocada la enferma en la posición dorso-sacra con los muslos flexionados y separados, se comienza por hacer una limpieza cuidadosa de la vulva y vagina. Se introducen dos grandes valvas. Se procede en seguida á la anestesia.

He aquí en resúmen la forma como realiza el Dr. FEBRES la "parametroanestesia". Se emplea una solución de novocaína ó de stovaina al 0'50 por ciento. Se fija y atrae el cuello mediante una pinza. No se debe tirar muy fuertemente á fin de poder pasar la aguja tangencialmente al cuello y llevarla á la base de la vaina hipogástrica á travez del ángulo diedro formado por el cuello y la base de la vagina y caer así en el ganglio de FRANKENHAUSER. Hay que tener presente que este ganglio no se encuentra situado en la parte anterior, sino algo lateralizado. Se inyecta 8 á

10 centímetros cúbicos; después, conforme se va retirando la aguja se va inyectando lentamente á fin de infiltrar todo el trayecto. Igual cosa se practica al otro lado. Es indispensable una inyección en la pared anterior entre el útero y la vejiga para bloquear los filetes nerviosos que terminan á este nivel. La inyección posterior no es necesaria. Finalmente se procede á ejecutar algunas inyecciones intracervicales (en 4 puntos) como fase preoperatoria á fin de inbibir el cuello y favorecer su dilatación.

Operación: Primer tiempo: Abertura del fondo de saco vaginal anterior; desprendimiento de la vejiga y del Douglas. Introducidas las dos valvas, de las cuales la una deprime la pared posterior de la vagina y la otra eleva la pared anterior, se coge el cuello (entonces bien visible) con dos pinzas de tracción (de preferencia de dos dientes) y se tira ligeramente hacia abajo. Se incide entonces, con el bisturí ó las tijeras curvas, la vagina á nivel de su inserción sobre el cuello á lo largo de todo el fondo de saco anterior, sin abrir el peritoneo. En seguida se desprende la vejiga y el Douglas con gran cuidado. Para esto es necesario retirar ligeramente la valva anterior y reclinar algo el cuello hacia atrás para exponer mejor el fondo de saco anterior, y entonces mediante pequeños golpes con las tijeras romas se procede á desprender la

cara anterior del cuello (á expensas del tejido resistente del mismo) de la vejiga; al principio el clivaje es muy difícil (PROUST) porque los dos órganos están íntimamente unidos; es necesario emplear el dedo protegido con una gaza; se llega bien pronto á un espacio celular laxo donde la separación se hace fácil y se termina rápidamente.

Segundo tiempo: Histerotomía mediana anterior. Aislado el cuello á todo lo largo de su cara anterior y el segmento inferior en parte, se procede á seccionarlos en la línea media anterior mediante unas tijeras romas.

Tercer tiempo: Extracción del feto, de la placenta y de las membranas.- Se retiran entonces las valvas y las pinzas de tracción. La discisión completa practicada en el tiempo anterior, permite á la mano romper las membranas é ir en busca del pié para ejecutar la versión por maniobras internas; se procede en seguida á hacer la extracción con gran cautela, según la técnica habitual. Se procede en seguida al alumbramiento artificial. (Este tiempo puede modificarse: en ocasiones es necesario proceder á extraer á la placenta antes que el feto; ó recurrir al empleo del fórceps). Terminado este tiempo y en contra de lo que afirman la mayoría de los autores, se constata que cesa inmediatamente toda pérdida sanguínea.

Cuarto tiempo: Sutura del útero. Se colocan nuevamente las valvas y se procede á coger con dos pinzas de dientes los dos ángulos de la sección del cuello. Se procede entonces á suturar las incisiones en surjet al catgut. Se deja una gaza provisoriamente.

A ser posible el cirujano debe disponer de dos ayudantes, colocados uno á cada lado.

Terminada la operación es necesario proceder á atender el estado general de la paciente. Inyección de ergotina. Suero de Hayem (1 y 2 litros); aceite alcanforado, cafeína, etc.

En el extranjero se dispone además de un recurso de lo mas valioso, como es la transfusión de sangre, una de cuyas indicaciones es precisamente la hemorragia por placenta previa. Ella es la que mas ha contribuido á que la operación cesárea se vaya generalizando mas y mas. Felizmente ya se empieza á trabajar en este asunto, entre nosotros y es posible contar en breve con esta ayuda.

RESULTADOS. El presente trabajo se basa en la observación de 12 casos, que se descomponen como sigue:

Año 1924.

Ha. clínica n° 1. M.H. 8 de agosto.

" " " 2. M.S.M 10
Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina

Ha. Clínica n° 3. M.V. 17 setiembre.

" " " 4. P.T. 28 "

" " " 5. P.L. 6 octubre.

Año 1925:

Ha. Clínica n° 6. M.T. 27 enero.

" " " 7. C.D. 4 marzo.

" " " 8. M.P.T. 3 abril.

" " " 9. E de N.J. julio.

" " " 10. A.R. 23 "

" " " 11. M.M. 30 "

" " " 12. M. de A 13 octubre.

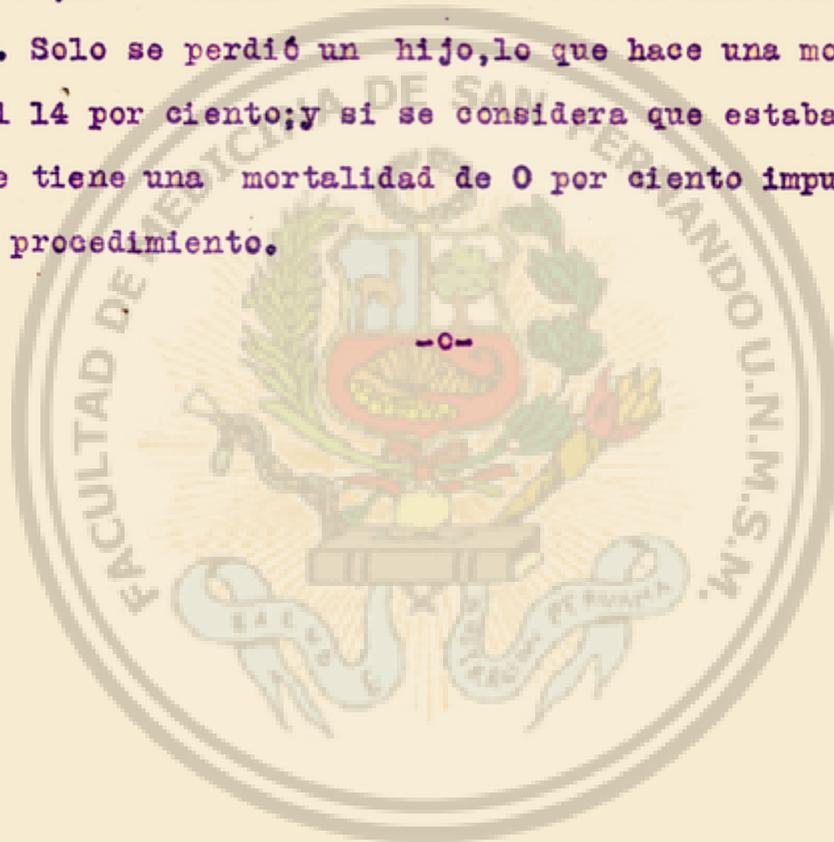
En el transcurso de los años 1924 y 1925 han desfilado por la Maternidad de Lima 7,297 parturientas en total, lo que arroja una ~~cifra~~ frecuencia de 1,6 por cada 1,000 partos, para la placenta previa.

De los 12 casos, 11 eran multiparas ó sea un 91 %; y 1 primípara ó sea un 9 %.

De las 12 madres, una murió ó sea un 9% de mortalidad materna. La causa fué la hemorragia, principalmente; y en segundo término la violencia del traumatismo ocasionado por el medio de tratamiento empleado (maniobra de Braxton Hicks).

La mortalidad fetal alcanza á 6 casos de los 12 en cuestión, ó sea un 50%.

La cesárea vaginal ha dado los resultados siguientes: Fué puesta en práctica en los 7 últimos casos. A excepción de la enferma n° 7 que murió por haber llegado en pésimas condiciones á causa de la cuantía de las pérdidas hemáticas, los resultados obtenidos fueron uniformemente buenos. Solo se perdió un hijo, lo que hace una mortalidad del 14 por ciento; y si se considera que estaba macedado, se tiene una mortalidad de 0 por ciento imputable a este procedimiento.



CONCLUSIONES:

1a. La "placenta previa" -parcial ó total- (placenta polar inferior var.pro-sidente -parcial ó total de FEBRES) es una de las mas graves complicaciones que pueden ocurrir en el embarazo, y que requiere por su naturaleza ser tratada de urgencia.

2a. Ella se presenta con relativa frecuencia entre nosotros. Según las cifras que arroja la Maternidad de Lima, ocurriría con una frecuencia de 1,6 por cada 1,000 partos.

3a. Ha quedado firmemente establecido, en la actualidad, que en el tratamiento de la placenta previa los procedimientos quirúrgicos son los que mejores resultados dan, y que, por consiguiente, ellos deben tener la preferencia. Se reconoce cada día mas y mas que la placenta previa es una de las condiciones mejor tratadas por la incisión cesárea.

4a. La sección cesárea vaginal ha permitido en la Maternidad de Lima al Pr.FEBRES brillantes resultados. Constituye hoy una intervención accesible, perfectamente reglada y poco peligrosa, gracias á las mejoras técnicas introducidas, y hace posible la extracción de un feto vivo á pesar de encontrarse el cuello cerrado.

5a. Sus buenos resultados se traducen en una ínfima mor-

talidad para la madre y para el hijo.

Lima, 14 de julio de 1926.



Bibliografía:

1. Actas y Trabajos del V Congreso Médico Latino Americano, tomo VII. Lima, 1913.
2. Bumm. Tratado de Obstetricia, Barcelona, 1917.
3. Fabre. Précis d'Obstétrique, París 1924.
4. Febres Odriozola. Lecciones orales de Patología Obstétrica, Lima, 1924 y 1925.
5. Febres Odriozola. "Parametroanestesia" (Sociedad Peruana de Cirugía, junio 24, de 1925).
6. Houël et Jahier. A propos de trois cas de placenta praevia traités selon Simpson (Bull. de la Soc. d'Obstetr. et Gynec. 14e. Année n° 6, París 1925).
7. Kellog. Treatment of Placenta Previa. (The Amer. Jour. of Obstetr. and Gynec. San Luis. Vol XI n° Feb. 1926).
8. Lee. An Illustrated History of the Low or Cervical Cesarean Sections. (The. Journ. of Obst. and Gynecol. San Louis Vo. XI. n° 4 Oct. 1926).
9. Miller. The Limitations of Cesarean Section (The Amer. Journ. of Obst. and Gynecol. Vol X. n° 2 August 1925).
10. Proust. Chirurgie de L'Appareil génital de la femme. París 1913. (prec. de Techn. Operatoire par les Prosect. de la F. de Méd. de París).
11. Pujol. Deux observations de placenta praevia traités par l'hysterotomie. (Bull de la Soc. d'Obst. et Gynecologie de París 14e. Année n° 8: 1925).
12. Recasens. Tratado de Obstetricia, Barcelona, 1920.
13. Ribbent-Dessaigues. Traité d'Obstétrique París, 1923.
14. Stoeckel. Tratado de Obstetricia, Barcelona, 1914.
15. Van Sweringen. Indications for Cesarean Section (The Amer. Journ. of Obst. and Gynecol. Vol XI n° 2 Feb. 1926).
16. Vignes. Physiologie Obstétricale, París 1923.
17. Walich. Elements D'Obstetricue. París 1921.
18. Weymeersch. Operation Césarienne pour placenta praevia. (Gynecology et Obstétrique n° 2 Tome XI. París 1925).

CASUISTICA:

Historia Clínica N° 1.

Maternidad de Lima.

Sala "La Clínica". Servicio del Dr. Febres.

María Huambachano de 28 años de edad, de raza india; casada; nacida en Lima, procede de la calle del Pedregal. Demanda asistencia de parto el 8 de agosto de 1924, á las 11 y 30 am.

Antecedentes hereditarios: El padre murió de Grippe; madre muerta de viruelas.

Antecedentes personales: Fisiológicos: Menstruó á los 13 años, durante ocho días; con dolor y abundante cantidad de sangre. Patológicos, ninguno. Obstétricos: 6 partos de término.

Estado actual: Es el 7° embarazo, habiendo sido la fecha de la última regla el 1° de diciembre del año 23; por lo tanto tiene aproximadamente 8 meses de embarazo.

La evolución del embarazo ha sido sin incidentes en los primeros meses; pero el 24 de junio por vez primera pierde una pequeña cantidad de sangre, la que se repite posteriormente, hasta el momento de su ingreso.

Resultado del examen: Vientre regular, de consistencia leñosa; á la auscultación se constata la ausencia de latidos fetales. Al tacto, completa dilatación. La mensuración arroja los siguientes datos: Circunferencia 94; altura del útero 31 centímetros.

A las 11 y 50 am. se procede á romper artificialmente las membranas para apresurar el parto, por encontrarnos en presencia de un caso de placenta previa; y como no cesaran las hemorragias se hace la versión por maniobras internas y la extracción.- El alumbramiento se realiza por expresión inmediatamente después,

Se obtiene un feto muerto, de sexo femenino, y con un peso de 2,625 gramos.

La enferma sale en buenas condiciones el 30 del mismo mes.

Historia Clínica N° 2.

Maternidad de Lima.

Sala "La Clínica". Servicio del Dr. Febres.

Matilde San Miguel, de 22 años de edad, de raza mestiza; soltera; nacida en Ayacucho, procede de la calle de la Torre-ci-lla. Demanda asistencia de parto, el 10 de agosto á las 2 y 30 pm.

Antecedentes hereditarios: Padres viven y son sanos.

Antecedentes personales: Fisiológicos: Menstruó á los 13 años, 3 días, con regular dolor y hemorragia.- Patológicos: Viruela, Sarampión, Paludismo.- Obstétricos: 2 partos á término.

Estado actual: Es el 3er. embarazo; habiendo sido la fecha de la última regla el 6 de febrero del año 24; por lo tanto tiene aproximadamente 6 meses de embarazo. Ingresó perdiendo sangre.

Resultado del exámen: Vientre regular, en contracción; latidos cardiacos del feto sobre el anillo umbilical y hacia la izquierda. Al tacto, dilatación de 3 centímetros y medio. La placenta ocupa el orificio interno. Mensuración: Circunferencia del vientre 83 cm. Altura 29 cm.

La enferma llega en malas condiciones: pulso de 120 pequeño; inquieta; sumamente pálida; la hemorragia es continua y grave por tratarse de un caso de placenta previa total. En vista de esto se procede á la dilatación artificial, seguida de la maniobra de Simpson y extracción manual (Dr. Febres). 4 horas después se acentúa la gravedad; aparecen vómitos porráceos; continúa perdiendo sangre; el pulso se hace incontable, entre en coma y muere.

Se obtiene un feto muerto, de sexo femenino, de un peso de 1,460 gramos.

Historia Clínica N° 3.

Maternidad de Lima.

Sala "La Clínica". Servicio del Dr. Febres.

María Villavicencio de 20 años de edad; mestiza; soltera; nacida en Lima; procedente de la calle la Milla; demanda asistencia de placenta previa. el 17 de setiembre á las 12m.

Antecedentes hereditarios. Sus padres viven y son sanos. Su madre ha tenido 18 hijos, de los cuales 4 abortos; un parto con extracción de feto muerto. Los demás viven y son sanos. Antecedentes personales.-Fisiológicos: Menstrua á los 14 años; dolores á la cintura; poca sangre. A los 17 años relaciones sexuales; su periodo es regular.- Patológicos, ninguno. Obstétricos: un parto á término, normal, sin consecuencias.

Estado actual; Segundo embarazo. Su última regla 31 de diciembre del año 23; 5 días de duración, teniendo por lo tanto 8 meses aproximadamente de embarazo.-El embarazo ha evolucionado como sigue: náuseas el primer mes; vómitos; no acusa dolencia alguna en los meses restantes. El viernes 11, estando acostada, se le presenta hemorragia espontánea, que dura 8 horas; después cesa hasta el día de su ingreso, á las 8 de la noche, en que estando planchando se inicia nuevamente acompañada de dolores intensos que la obligan á ingresar al servicio á las 12 m.

Resultado del examen: Vientre regular; cabeza en el fondo del útero. Este desviado á la derecha; dorso atrás; sit. podálica. Latidos apagados en la línea media y encima del ombligo. Al tacto cuello dilatado 2 cm. Alt.uterom 28cm. circunferencia 90

Encontrándonos en presencia de un caso de placenta previa, se procede el día 18 á realizar la maniobra de Braxton Hicks, modificada en la Maternidad de Lima (tracción elástica, mediante un aparato especial). Alumbramiento por expresión. Se obtiene un feto muerto. La madre sale en buenas condiciones el 14 de octubre del 24.

Historia Clínica N° 4.

Maternidad de Lima.

Sala "La Clínica". Servicio del Dr. Fábres.

Paula Torres, de 21 años de edad; raza mestiza; soltera; nacida en Pisco, procede de Lima, de Lince. Demanda asistencia de parto el 28 de setiembre de 1924,; á la 1 y 30 pm.

Antecedentes hereditarios: Madre vive y es sana. Padre muerto repentinamente.

Antecedentes personales: Fisiológicos: Regla á los 12 años, conabundantes dolores y sangre. Relaciones sexuales a los 15 años. Patológicos: Colerina; fiebres; apendicitis aguda. Obstétricos: Dos partos á término.

Estado actual: 3er. embarazo. La última regla á principios de enero de 1924. Fecha aproximada del embarazo, 8 meses por la altura del útero. Ingresa con hemorragia.

Resultados del exámen: Vientre pequeño. En el estrecho superior un tumor blando, libre, irregular; hacia el fondo un tumor duro, regular con caracteres de cabeza. Dorso en el plano lateral izquierdo. A la auscultación no hay latidos fetales. El tacto vaginal constata dilatación casi completa. Pierde líquido teñido de sangre. Placenta por todas partes; no hay presentación. 27 cm. altura del útero.

Hecha el diagnóstico de placenta previa, á las 24 horas de su ingreso al servicio se procede á hacer la extracción manual. Se obtiene un feto anormal (espina Bífida), muerto. La madre sale en completa salud el 8 de octubre del mismo año.

Historia Clínica N° 5.

Maternidad de Lima.

Sala "La Clínica". Servicio del Dr. Febres.

Paula Lobatón, de 24 años; de raza negra. Casada. de Chincha, procede de "Lince". Demanda asistencia de parto el 6 de octubre de 1924. á las 9 y 30 pm.

Antecedentes hereditarios: Madre murio del corazon. El padre sufre de los riñones. La madre ha tenido 18 partos; 2 abortos y nueve hijos muertos.

Antecedentes personales: Fisiológicos: Reglas á los 16 años, duración cuatro días; cantidad y dolor, normales. Relaciones sexuales á los 19. -Patológicos: ninguno. -Obstétricos: 2 partos de término y un aborto.

Estado actual: 4° embarazo. La última regla la tuvo en el mes de febrero, siendo aproximadamente de 7 meses y medio. Evolución: Desde el 2° mes ha padecido de dolores constantes en el hipogastrio, con caracteres lancinantes y propagados hacia la cadera y la cintura. En el 5° mes perdió, sin causa ninguna, regular cantidad de sangre estando acostada y á media noche, durante 24 horas. Posteriormente no se ha alterado la evolución de su embarazo, salvo los dolores que han persistido; en la actualidad ingresa al servicio porque dice haberse acentuado los dolores que le impedían caminar, y se le aloja en la cama n° 8 de la Clínica, donde perdió sangre en abundante cantidad.

Resultado del exámen: Vientre pequeño; por encima del estrecho superior se palpa un tumor regularmente liso, duro y libre. Auscultando, se encuentran los latidos cardiacos del feto a la izquierda. Al tacto cuello descomponiéndose; un colchón de placenta por todas partes.

Se hace el diagnóstico de placenta previa. A las 24 horas, bajo anestesia general, se procede al parto artificial: Cuello duro, acartonado, dificilmente dilatado; se toca en el orificio entreabierto el block placentario; se desprende de su inserción uterina y se rompen las membranas; se procede á la versión por maniobra de Braxton-Hicks y extracción. Se obtiene un feto muerto, de sexo masculino de 1865 gramos. La madre sale en completa salud el 3 de noviembre del mismo año.

Historia Clínica n° 6.

Maternidadde Lima.

Sala "La Clínica". Servicio del Dr. Febres.

Margarita Tapia, de 39 años, de raza mestiza, soltera, nacida en Huaral, procede de Lima, calle de Acho. Demanda asistencia de parto el 27 de Enero de 1925.

Antecedentes Hereditarios: ignora la causa de la muerte de sus padres. La madre ha tenido 3 partos normales.

Antecedentes personales: Fisiologicos: Regla a los 16 años, duracion 6 dias en cantidad regular i periodicamente. Relaciones sexuales a los 20. Patologicos: Sarampion, Viruela, Paludismo, Gripe. Obstetricos: 6 partos a termino.

Estado actual: 7° embarazo. La ultima regla la tuvo en el mes de Mayo, siendo aproximadamente de 8 meses.

Evolucion: inapetencia. Hace 8 dias mancho algunos paños con sangre sin causa alguna. Ayer en la madrugada tuvo una regular perdida de sangre con dolores ala cintura i vientre. A las 8 a.m. nuevamente se precente la hemorragia en fuerte cantidad pero poca tiempo despues desaparece. Hoy en la mañana vuelve a hemorragia con los mismos caracteres que las anteriores ingresando ene este estado a este sevicio.

Resultado del examen: Vientre regular; Cabeza libre; Latidos a la derecha, velados; Cuello ligeramente entre abierto, la placenta tapiza el orificio interno.

Se hace el diagnostico de placenta previa. Se procede hacer la cesarea vaginal: Incision circular de la mucosa vaginal a la altura del cuello, separando hacia arriba i atrss, rechazando a la ves la vegiga. Incision media del cuello. Introduccion del la mano, ruptura de la placenta i maniobra de Braxton-Hicks. Extraccion del feto i placenta. Luego sutura de la brecha anterior. Se obtiene un feto vivo masculino, de 3,350 gramos, i de 40 cm. de longitud. La madre sale completamente bien el 10 de Febrero del mismo año.

Historia Clinica n° 7.

Maternidad de Lima

Sala "La Clinica". Servicio del Dr. Febres.

Constantina Delgado de Fernandes, de 30 años, de raza mestiza, casada, nacida en Lima procede de esta ciudad, demandando asistencia de parto, el día 4 de Marzo de 1925, a las 10 am.

Antecedentes Hereditarios: Padre muerto, ignora la causa. Madre muerta del corazón. La madre ha tenido 7 embarazos, de los que viven 2. ignora la causa de la muerte de los otros.

Antecedentes personales: Fisiológicos: Régulo a los 12 años, 8 días dolorosamente y con abundante pérdida de sangre. Sus relaciones sexuales a los 15 años. Patológicos: pneumonia, grippe. Obstétricos: Ha tenido 10 embarazos, 9 a término y un parto de 8 meses

Estado actual: 11° embarazo. La última regla la tuvo el 10 de julio del año pasado, Tiene aproximadamente 7 meses de embarazo. Fecha probable del parto primeros días del mes de abril.

Evolución: Anorexia, náuseas, vómitos, cefalalgia. El 1° de Febrero tuvo una hemorragia, 500cc. A los 8 días se repitió. El 4 de Marzo tuvo la tercera hemorragia pero ya con caracteres alarmantes, que la obligó a ingresar a este servicio. Aca ha tenido varias hemorragias siendo la última la del día que se operó a la enferma: 12 de Marzo

Resultado del Examen: Vientre prominente. Cabeza libre en la fosa iliaca izquierda. Cuello desviado hacia atrás y edematoso. No se oyen latidos.

Se hace el diagnóstico de Placenta previa y se ^aprocura operarla por el procedimiento de la cesarea vaginal, a pesar de estar la enferma muy emaciada por las abundantes y repetidas hemorragias que había hecho. La operación mostro un hematoma en el tejido conjuntivo utero-vesico-vaginal. Se le aplicaron inyecciones de Aceite alcanforado, ergotina, cafeina, suero fisiologica. A las 2 horas de la operación presenta: 60 respiraciones, taquicardia intensa, agitación, entra en coma y muere. A la eutopia se encuentran: órganos abdominales exagados, y se comprueba la existencia del hematoma utero-vesico-vaginal.

El feto que se extrae por la cesarea neta vivo, masculino, de 220 gramos de peso y de 50 cm. de longitud.

Historia Clínica n° 8.

Maternidad de Lima.

Sala "Trabajo". Servicio del Dr. Garcia.

Margarita Puente de Torres, de 23 años, de raza blanca, nacida en Lima, procede de Miraflores, demanda asistencia de parto el día 3 de abril de 1925.

Antecedentes Hereditarios: Padre murio, ignora la causa. Madre vive, es sana. La madre ha tenido 9 embarazos con partos a termino, todos viven.

Antecedentes personales: menstrua por primera vez a los 12 años, 8 dias, regulares i dolorosos. Sus relaciones sexuales a los 15.

Patologicos: Ninguno. Obstetricos: Primer embarazo.

Estado actual: Primer embarazo. La ultima regla la tuvo el mes de Agosto. Tiene aproximadamente 8 meses i medio de embarazo. Fecha probable del parto : a mediados del presente mes.

Evolucion: Ha sido normal.

Resultado del examen: Vientre regular Cabeza fija, dorso a la izquierda. Llega al servicio sin dilatacion. Altura del utero 32 cm. circunferencia 100.

Comiencan los dolores el dia Lunes 30 de Mayo a las 8 de la mañana. A las 5 de la tarde se produce la ruptura de las membranas, siendo esta prematura. El día tres de Abril observando que no se dilata el cuello, se prosede hacer la cesarea vaginal, i extraccion por forseps. Se obtiene un feto vivo, masculino de 3.100 gramos i de 45 cm. de longitud.

La madre sale sana el dia 23 del mismo mes.

Historia Clinica n° 9.

Maternidad de Lima.

Sala "La Clinica". Servicio del Dr. Febres.

Elvira de Muños, de 34 años de edad, casada, de raza blanca, nacida en Supa, prosede del Callao demandando asistencia de parto el día 7 de julio del año 1925, a las 11 de la mañana.

Antecedentes Hereditarios: Padre murio del corazon. Madre muerta de Grippe.

Antecedentes personales : Fisiologicos: Reglas a los 13 años, duracion 4 a 5 dias, cantidad normal, sin dolor. Relaciones sexuales a los 18 años. Patologicos : Ninguno. Obstetricos: Hatenido 7 partos a termino, todos normales i de tiempo.

Estado actual: Octavo embarazo. Su ultima regla la tuvo a mediados de noviembre del año pasado, siendo aproximadamente de 8 meses su embarazo. Fecha probable del parto: a fines de Agosto. **Evolucion:** Vomitos en los primeros meses, edema de los miembros inferiores en este ultimo mes, i hemorragias sin causa que pueda justificar.

Resultado del examen: Vientre de paredes flacidas, Hacia abajo un tumor regularmente blando, libre; a la derecha un plano resistente i en el fondo un tumpo libre que permite peloteo. En el plano lateral derecho se encuentra el foco de auscultacion. Al tacto cuello entre abieno en el fondo del cual se toca placenta. Altura del utero 29 cm.

Pasadas 24 horas, habiendose presentado una hemorragia en el servicio i hecho el diagnostico de placenta previa se procede a operarla por el prosedimiento de la cesarea vaginal, Maniobra de Simpson. Se obtiene asi un feto vivo, femenino, de 2100 gramos i de 44 cm., de longitud. El día 2 de agosto sale la madre del servicio en completa salud.

Historia Clínica n° 10.

Maternidad de Lima

Sala "La Clínica". Servicio del Dr. Febres.

Adela Ramos de 40 años, de raza mestiza, soltera, prosede de Chorrillos, demandando asistencia de parto, el 23 de julio del año 25 a las 2 de la tarde.

Antecedentes hereditarios: Ignora si sus padres viven.

Antecedentes personales: Fisiológicos: Regla a los 13 años, durante 7 días, en regular cantidad, con mucho dolor. Relaciones sexuales a los 18. Patológicos: Cólicos hepáticos a los 18 años, tifoidea, paludismo. Obstétricos: Ha tenido 11 partos de término; todos han sido buenos.

Estado actual: Es el 12° embarazo; no recuerda la fecha de su última regla.

Evolución: Náuseas y vómitos en los primeros meses. El día Lunes 21 se dio un baño en el mar e inmediatamente de salir de él notó la presencia de sangre en sus genitales, que continuó los siguientes días de manera intermitente, abundante y con coágulos.

Resultado del examen: Vientre regular. Cabeza abajo, móvil, dorso a la izquierda. Foco de latidos a la izquierda, parte media de la línea que va del ombligo a la espina iliaca anterior superior. Al tacto: cuello entreabierto al fondo de el cual se encuentra plastron placentario. Altura del útero 29 cm. Circunferencia 89 cm.

Hecho el diagnóstico de placenta polar inferior se prosede a las 6 de la tarde hacer la cesárea vaginal. Se obtiene así un feto vivo, masculino de 3000 gramos y de 43 cm de longitud. La madre sale del servicio el 23 de agosto completamente sana.

Historia Clinica n° 11.

Maternidad de Lima

Sala "La Clinica", Servicio del Dr. Febres.

Maria Miranda de raza mestiza, casada, de 37 años, nacida en Mala, demanda asistencia de parto el día 30 de julio del año 25 a las 5 de la tarde.

Antecedentes hereditarios: Padre vivo sano. Madre muerta por cancer de la mama?

Antecedentes personales: Fisiologicos: Regla a los 17 años, 8 días, en abundante cantidad, con dolores i regularmente. Patologicos: A los 11 años fiebre que deja como secuelas la parálisis del miembro superior derecho. Quemaduras. Obstetricos: Ha tenido 2 partos de termino. Su primer parto no fue natural, la gestante no puede precisar las maniobras a que fue sometida. Su segundo parto normal.

Estado actual: 3° embarazo, Su ultima regla se presento a fines de Diciembre del año pasado. Tiempo aproximado de su embarazo: 7 meses mas o menos. Fecha probable del parto: primera decena de Octubre.

Evolucion: El 25 de Julio noto la gestante, la presencia de sangre en sus genitales. El 26 continuan las pérdidas, sin ningun dolor. El 30 se presentaron nuevamente las hemorragias, siempre discretas, ingresando al servicio. El 1° de Agosto las pérdidas continúan con las características ya anotadas.

Resultado del Examen: Vientre regular. Cabeza abajo, movable. No se encuentra foco de auscultacion.

Se hace el diagnostico de placenta previa proclivente i se procede a operarla, por el procedimiento de la cesarea vaginal. Se obtiene así un feto vivo, femenino, de raza mestiza, de 3205 gramos, de 49 cm de longitud.

La madre sale del servicio el día 30 de Agosto en muy buenas condiciones.

Historia Clinica n° 12 .

Maternidad de Lima

Sala "Ba Clinica". Servicio del Dr. Febres.

Maria R de Astudello, de 37 años, de raza mestiza, casada, prosede de Lima, demandando asistencia de Parto el día 13 de Octubre del año 25 a la 1 pm.

Antecedentes Hereditarios: Padre muerto intoxicado. Madre vive sana. La madre ha tenido 11 embarazos.

Antecedentes personales: Fisiologicos: Reglas a los 14 años, duracion 3 dias, en regular cantidad, con dolores. Relaciones sexuales a los 15 años. Patologicos: Granulaciones en la laringe hacen 5 años, Grippe hacen 3. Obstetricos: Ha tenido 8 partos de termino, 3 abortos.

Estado actual: 11° embarazo. Su ultima regla en Diciembre, teniendo por lo tanto al rededor de 9 meses de gestacion. Fecha probable del parto, fines de Setiembre.

Evolucion: En los primeros meses se le presentaron nauseas, vomitos i cefaleas intensas. En los últimos una articularia sin causa que ella justifique.

Resultado del Examen: Vientre regular. No se aprecian latidos cardiacos. Al tacto se comprueba que el cuello esta en descomposicion, no se puede apreciar la bolsa de las aguas, en cambio hay perdidas se ... as en regular cantidad que se repiten con algunas horas de intervalo.

Por el cuadro que presenta la enferma, i por el examen que se le ha hecho, se diagnostica placenta polar inferior. Hecha la cesarea vaginal se extrae un feto muerto macerado, de sexo masculino, de raza mestiza de 3100 gramos de peso, i de ... cm. de longitud.

La madre sale de la Maternidad, el día 4 de Noviembre, en completo estado de salud.



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

Tesis Br. 596	
VILLACORTA Alberto F.	
Contrib. al estud. de la placenta polar inferior por la incisión césarea vaginal. 1926	
FECHA	ENTREGADO Lima,
23 AGO. 1972	<i>Alfonso Varela</i>



Tesis Br. 596

Villacorta, Alberto F.