

Reseña y comentarios del VIII Congreso de la Asociación de Ginecólogos y Tocólogos de Lengua Francesa

En el pequeño anfiteatro de la Facultad de Medicina de París se celebraron durante los días 5, 6 y 7 de octubre, las sesiones del VIII Congreso de la Asociación de Ginecólogos y Tocólogos de Lengua Francesa. Los congresos de esta Asociación, que tienen lugar cada dos años, siempre son interesantes y muy animados, pero venimos observando que tienen un marcado aspecto de interés e intensidad de trabajo científico los que se celebran en París. No es que los habidos en otras capitales francesas, belgas o suizas hayan carecido de mérito en lo referente a ponencias en originalidad y calidad, pero quizás las aficiones turísticas de los congresistas se ven estimuladas en los congresos de provincias, ya sea por el apretado programa de agasajos con que se desviven éstas en obsequio de los forasteros, o por la natural afición a la visita de localidades menos conocidas de todos que la gran urbe parisina, lo que redundará en una menor concurrencia e intervención en las discusiones, aspecto éste que consideramos es lo que más justifica estas reuniones de especialistas, ya que las ponencias publicadas con gran antelación todos podemos leerlas y meditarlas, sin necesidad de viaje alguno.

Consignamos complacidos la asistencia a las sesiones del Congreso de nuestros amigos de Barcelona, Prof. Nubiola, Dr. Carreras Verdaguer, Dr. Ruiz Contreras, Doctor Sabaté, de Tortosa, y Dr. Arzuaga.

La sesión inaugural del día 5 fué dedicada a los discursos del presidente de la Asociación Dr. Henrotay (de Amberes), con brillantes períodos de homenaje al Profesor J. L. Faure y recuerdo a los miembros fallecidos desde el último congreso. El Dr. Prof. Couvelaire nos habló, con su peculiar oratoria, de los grandes maestros franceses, tan convincente y amena, de la evolución de la Obstetricia y de las tendencias actuales, con el espíritu crítico del tocólogo curtido y del maestro que lleva tantos años orientando a los futuros especialistas en el complicado laberinto del incesante progreso de la Obstetricia quirúrgica. La bien documentada memoria del Secretario general Dr. Brindeau puso fin a esta primera sesión.

Segunda sesión; ponencia: *El tratamiento quirúrgico de la placenta previa*, por los Profs. Paucot (Lille) y Reeb (Strasburgo).

El tratamiento quirúrgico de las hemorragias por inserción de la placenta en el segmento inferior ha tenido su origen en la insuficiencia de los métodos puramente obstétricos en los casos graves, cuyos resultados, casi siempre desastrosos para el feto, eran con sobrada frecuencia fatales para la madre.

El americano Huston-Ford fué el primero que en 1892 propuso la cesárea abdominal como tratamiento de la placenta previa. Otros americanos, Harris, Slich,

Bernúys, Lodemann, siguieron su ejemplo; Dudley publicó en 1900 un trabajo sobre "La cesárea en el tratamiento de la placenta previa". Lawson Tait practicó, en 1885, la primera cesárea por placenta previa en Inglaterra. En Francia y en 1900, Legnage practicó la operación de Porro, con éxito para la madre y el feto, en un caso de hemorragia grave por inserción baja de la placenta en un útero fibromatoso. En 1902, Bumm, en Alemania, preconizó como tratamiento de la placenta previa, la cesárea vaginal, operación que había practicado por primera vez Dührssen en 1896. En Suiza, después de la comunicación de Meyer-Wirz, de Lausanne, el tratamiento quirúrgico fué adoptado en algunas maternidades. Freub, de Amsterdam, en 1910 desaprueba en absoluto la cesárea como tratamiento de la placenta previa.

En el Congreso de Tocólogos y Ginecólogos de lengua Francesa (París 1921), las cosas quedaron sentadas según las conclusiones del ponente Dr. Henrotay, "cesárea conservadora exclusivamente en las mujeres a término o casi a término, no infectadas, anemiadas por hemorragias repetidas, o en curso de una hemorragia masiva, con cuello no permeable, ¡solamente en interés del hijo, si la madre lo consiente!; en caso de infección, histerectomía en bloc".

La importancia de la ponencia por el notable progreso de la tocurgia en estos últimos diez años, por las conclusiones a sentar y la discusión que pueda suscitar, hace que los ponentes dediquen unas páginas, a guisa de introducción, al estudio de las variedades anatomopatológicas y topográficas de la placenta previa, y creemos que nuestros lectores nos agradecerán un resumen de tan interesante cuestión:

Las variedades anatomopatológicas de la inserción de la placenta en el segmento

inferior, vienen condicionadas por la extensión mayor o menor de la inserción viciosa y por el mecanismo de inserción en sí.

La variedad más frecuente es la llamada inserción *secundaria*, a sea la inserción de cotiledones en el istmo por crecimiento excéntrico de las vellosidades, que pueden llegar hasta el orificio histológico, recubrirlo y prolongarse hacia la cara opuesta.

Es la variedad clínica de *inserción, baja, lateral, marginal*, membranas accesibles, a veces puede ser central, parcial o total.

Otra variedad más rara es debida a la nidación primitiva del huevo en el segmento ístmico; la placenta en pleno desarrollo ocupa la totalidad del segmento inferior, recubre el orificio histológico, las membranas son en su totalidad corporales. Esta variedad de placenta previa *ístmica primitiva*, es una placenta previa *central total*, casi siempre.

Una tercera variedad viene representada por la llamada placenta previa *cervical*, cuya inserción puede llegar muy cerca del orificio externo. La nidación ovular es primitivamente ístmica, con crecimiento excéntrico hacia el cuello, un embarazo ístmico-cervical.

La variedad de placenta previa refleja debida a la persistencia de vellosidades sobre la caduca capsular del polo inferior del huevo y formación de una parte de placenta a este nivel (Hofmeier) es muy discutida, de modo especial sus conexiones vasculares directas con la caduca verdadera del segmento, negadas por Kreis y admitidas como posibles por Pankow, Brindeau y Jeannin; lo que hace que según Kreis la hemorragia nunca es importante, o bien, según los otros, puede producirse como en las otras variedades de placenta previa.

Estas variedades anatomopatológicas y topográficas de la inserción viciosa de la

placenta han de tener forzosamente una evolución clínica diferente. Las variedades ístmica primitiva e ístmica-cervical son de pronóstico mucho más grave y deberían ser tributarias del tratamiento quirúrgico por vía abdominal. Desgraciadamente estas variedades no pueden ser diagnosticadas cuando el síntoma hemorragia nos orienta hacia una inserción viciosa.

La comprobación táctil del cuadro sintomático expuesto en los tratados de la especialidad es cosa muy excepcional. Para pronunciarnos sobre la probable gravedad de cada caso no disponemos de otro síntoma que la *hemorragia*, su aparición más o menos precoz, su duración, su intensidad; el grado de anemia que exista al principio del trabajo y la resistencia del organismo ante la expoliación sanguínea, tan variable en cada caso particular.

Condiciones que requiere el tratamiento quirúrgico; sus fines; sus ventajas.

No es posible hablar de *tratamiento único* de la hemorragia por inserción viciosa, ya que las variedades topográficas y las alteraciones tisulares que provocan, la diversidad de sus aspectos clínicos, la duración y el grado de la pérdida sanguínea y su repercusión sobre el estado general; permeabilidad y longitud del cuello, el acceso a las membranas; las condiciones obstétricas de la enferma; el grado de infección siempre posible; la viabilidad del feto; el momento en que la intervención se impone, hacen que debamos ser eclécticos y decidir, después de perfecto análisis clínico, el tratamiento que mejor convenga a cada caso. Claro está, que en este eclecticismo juegan importante papel el medio en que se presenta el caso, la facilidad de transporte a un centro especializado, las tendencias personales y la formación qui-

rúrgica del tocólogo, etc., etc. Cuando los médicos en general y las comadres comprendan que toda mujer embarazada que sangra debe ser hospitalizada con la misma precisión que una hernia estrangulada, una apendicitis aguda o un ectópico en ruptura, que contemporizando se corre el riesgo de perder dos vidas; cuando el transporte a la estrategia de los centros especializados sea fácil y rápida, el eclecticismo quedará muy reducido y el tratamiento de elección podrá ser objeto de rápida decisión.

Insistamos en que la *infección* puede y debe ser evitada, que son inútiles los tactos repetidos ya que toda mujer que sangra próxima al término de su preñez es una placenta previa, un desprendimiento prematuro, un cáncer de cuello o una variz vulvar rota, y en todo caso requiere asistencia en centro o por persona perita y capaz de aplicar el tratamiento que más convenga. No hay que taponar, ya que el tratamiento, o no sirve de nada, o excita las contracciones y por ende activa el desprendimiento. El tratamiento quirúrgico por vía abdominal suprime el parto, preserva por lo tanto al máximo de los peligros de la hemorragia, de la ruptura segmento-cervical, de la infección y reduce la enorme mortalidad infantil.

Indicaciones del tratamiento quirúrgico: Podemos separar en dos grupos las placentas previas basándonos en su anatomía, su evolución clínica y su pronóstico: los casos *benignos* frecuentes; los casos *graves* raros. En los casos benignos la ruptura amplia de las membranas suprime definitivamente la hemorragia que no ha alterado profundamente a la parturienta; los resultados son buenos para la madre (mortalidad 2,4 por ciento); menos halagüeño para el feto (mortalidad global 34 por ciento). En los casos graves este tratamiento no basta para suprimir la continuación de una hemorra-

gia más importante, no puede emplearse en los casos de placenta previa al dedo explorador, cuello impracticable, distocias complicadas, etc.; los resultados son muy medianos para la madre (mortalidad 8,13 por ciento); un desastre para el feto (mortalidad 83 por ciento).

La experiencia clínica parece demostrar que podemos y debemos actuar con más éxito aplicando el tratamiento quirúrgico.

Las *hemorragias del embarazo* no acostumbra a poner en peligro la vida de la mujer, pero ante toda hemorragia masiva *d'emblée* el tratamiento quirúrgico se impone. Las hemorragias repetidas y con intensidad creciente y cuando los signos de anemia se acentúan (glóbulos 3.000.000, hemoglobina 35 por ciento), el pulso permanece sobre 100, la mínima llega a 6,5 los valores oscilométricos casi desaparecen, hay que intervenir.

Al principio y durante las primeras fases del trabajo, cuando las contracciones se suceden a intervalos cortos, el cuello a menudo permeable, las hemorragias se hacen continuas e intensas y la mujer se anemia rápidamente. Hay ocasiones en que la hemorragia se presenta brutal y masiva con cuello largo y no permeable, y en este caso nadie discute la necesidad, la indicación precisa de una intervención abdominal rápida y sin previos tanteos obstétricos.

Cuando hay posibilidad de acceso al polo ovular, las opiniones continúan divididas: unos *rompen las membranas* y esperan el efecto; si la hemorragia continúa, pasan inmediatamente a la vía alta (Balard, Keller, Reeb, etc.). Otros, hoy aún en minoría, guiados únicamente por la intensidad de la hemorragia, sin cuidarse del estado del cuello, ni de la accesibilidad de las membranas, actúan por vía alta. (Lahardt).

Cuando no se trata de las primeras he-

morragias en esta fase del trabajo, sino de período más avanzado, con dilatación como pequeña palma de la mano, la indicación del tratamiento quirúrgico parece más discutible. Depende del estado de la enferma, y si éste lo permite cabe aplicar los métodos obstétricos; pero si la anemia es acentuada, vale más una intervención radical y transfusión, con lo que a la par que se trata la anemia se suprime rápidamente la hemorragia y se evitan los nuevos peligros del alumbramiento.

Contraindicaciones del tratamiento quirúrgico: Dejando aparte las condiciones del medio, siempre que el acto quirúrgico pueda en buena técnica llevarse a cabo, la mayoría de especialistas no admiten contraindicaciones absolutas. Lo que opinan aún gran parte de tocólogos es que en los casos *benignos* es inútil apelar a la cirugía. Asimismo en caso de feto no viable, o con feto muerto, sólo se intervendrá quirúrgicamente cuando se teman complicaciones ulteriores.

Casos de infección probable o manifiesta: Cuando Sellheim y Krönig propusieron el tratamiento quirúrgico de la placenta previa, rechazaban en absoluto los casos infectados e incluso los sospechosos.

Las ideas han evolucionado y la cirugía interviene hoy, también en estos casos, creyendo que, según la intervención que se practique, la infección puede ser yugulada con más seguridad por el tratamiento quirúrgico que por no importa cuál otro medio.

Si para los casos *gravemente* infectados el acuerdo es casi unánime en favor de una operación mutilante, Porro, histerectomía subtotal, histerectomía en bloc con drenaje Mikulicz; no se ha llegado a una coincidencia de opiniones para los casos llamados *impuros* o sospechosos de infección. Algunos pareceres son formales: ni

cesárea alta, ni baja conservadora en los casos impuros (Cathalá, Delmas, Jeannin, Fruhinsholz). "Desconfiad de las operaciones conservadoras, incluso la cesárea baja, cuando las condiciones clínicas no sean perfectas: ligera fiebre, coágulos infectados, tactos repetidos, taponamiento". (Couvellaire).

Anderodias, Brindeau, Trillat, Paucot, Keller, Reeb, Labhart practican cesáreas bajas conservadoras en casos impuros (tactos, ruptura de membranas). Sobre 201 casos operados en estas condiciones, sólo 2 murieron de infección.

Las conclusiones de los ponentes referentes a esta primera parte de su ponencia, son:

1.^a Las hemorragias por inserción baja de la placenta no justifican *la práctica sistemática de los métodos quirúrgicos*; en su mayoría pueden tratarse por la ruptura amplia de las membranas.

Fuera de esta intervención obstétrica, cuando fracase o sea inaplicable, no debe recurrirse a otros métodos que no sean los quirúrgicos, cuya importancia y técnica condiciona el estado en que la enferma llega al centro especializado.

Las diferentes intervenciones quirúrgicas y sus indicaciones particulares.

LAS HISTEROTOMÍAS. — 1.^o *Histerotomía vaginal* (Dührsen): No recomendada por su autor en los casos de placenta previa, fué practicada por Bumm y Döderlein y adquirió cierta boga en Alemania. La estadística de Döderlein (1922), 161 casos, mortalidad materna, 9'3 %; fetal, 40 %; la estadística de Ammon, 637 casos; mortalidad materna, 6'6 %; fetal, 36 %; Essen-Möller, 33 casos, con 9 % mortalidad materna.

Las indicaciones de la operación de

Dührsen son muy limitadas hoy en día, ya que es posible actuar con mayor beneficio para la madre y para el hijo con otras técnicas.

2.^o *Histerotomías abdominales.*—a) *Cesárea corporal clásica*: Operación rápida que permite la yugulación de la hemorragia con prontitud y seguridad, buen pronóstico fetal, pero gran peligro para la madre en los casos impuros. Con todo, en la clínica de Walthard (Frey) los casos de placenta previa son tratados exclusivamente con la cesárea corporal. La exteriorización de Portes ha sido practicada por Couvellaire con éxito.

b) *La cesárea baja*: La extensión que viene adquiriendo el tratamiento quirúrgico de la placenta previa no ha sido posible más que por obra y gracia de la cesárea baja transperitoneal. Campeón fué el malogrado Schickelé (1919-1920) y su colaborador Brindeau, y rápidamente la cesárea segmentaria va ganando los sufragios de la mayoría de tocólogos. Cierta recelo despertó al principio, pero desde 1926 se ha venido comprobando que los inconvenientes y peligros que se le atribuían (segmento mal constituido, placenta inserta en la cara anterior) no representan complicación alguna operatoria.

Podemos afirmar que en los casos graves de placenta previa no existe ningún otro método obstétrico ni quirúrgico que pueda compararse a la cesárea baja en los resultados y ninguno tiene menos mortalidad fetal y materna y menos morbilidad post-operatoria. En los casos muy impuros los resultados son aún mejorados por el drenaje abdominal o vaginal (Hauch).

3.^o *Las histerectomías*: Histerectomías abdominales (Porro, subtotal o total, en bloc); histerectomías vaginales excepcio-

nalmente practicadas por Hauch en hemorragias graves después de un forceps.

El porcentaje de histerectomías practicadas por los diferentes autores varía extraordinariamente, ya que depende no sólo de la gravedad inicial de los casos tratados, sino de la apreciación clínica personal del grado de infección y del temperamento del operador.

Entre las técnicas empleadas figura en primera línea la histerectomía subtotal clásica (con o sin drenaje). El Porro, más rápido y menos chocante tiene, en cambio, un curso post-operatorio plagado de inconvenientes; se ha practicado poco, así como la histerectomía total.

El procedimiento de elección para los casos gravemente infectados y para las mujeres casi exangües, es la histerectomía en bloc utilizando dos grandes pinzas de Wertheim, que aprisionan el cuello y las uterinas. La contaminación del peritoneo queda reducida a un *mínimum*, la enferma no pierde una sola gota de sangre, la intervención sólo dura unos minutos, la hemostasia es total y definitiva.

Los procedimientos de hemostasia por forcipresión o ligadura de las uterinas, son procedimientos de excepción y casi siempre de espera. El ponente cita, entre otros métodos, el de la hemostasia por compresión bilateral de las uterinas por vía vaginal (procedimiento de Henkel), mediante dos robustas pinzas de Museux; la ligadura en masa de la base de los parametrios a través de la pared vaginal (W. Kerwin), la forcipresión temporal de Frigyesi.

La anestesia solicita también, y con motivo, la atención de la ponencia. Los dos procedimientos más empleados son la narcosis general por el éter y la raquianestesia; la mezcla de Schleich tiene algunos partidarios (Brouha, Trillat), el clorofor-mo en franca derrota.

La raquianestesia es muy discutida: se le reconoce por todos el valor de favorecer la hemostasia y reducir la hemorragia, asegurando una excelente retracción uterina; algunos la temen en las enfermas muy hipotensas (Keller, Phaneuf); otros no admiten esta contraindicación (Reeb, Delmás).

Discusión. — DR. BRAULT (Rennes): Ha practicado en 96 casos de placenta previa, 10 intervenciones abdominales, en las que ha tenido una defunción (cesárea corporal).

DR. BRINDEAU (París): Con la seriedad y autoridad que caracterizan al gran tocólogo de la clínica Tarnier, hace una crítica imparcial de los métodos obstétricos y de los procedimientos quirúrgicos. Recomienda y practica la cirugía en los casos graves, pero reconoce y aconseja la bondad de los procedimientos obstétricos en muchas ocasiones. La cesárea baja (que él practica maravillosamente) es la intervención que tiene más numerosas indicaciones, ya que la corporal la reserva para los casos *puros* ¡y éstos son tan raros!

DR. HAUCH (Copenhague): Opina que para los casos graves no hay discusión: cirugía; la mayoría de placentas previas se resuelven con parto espontáneo o con intervención obstétrica. Los casos límites son los que ponen a prueba el criterio y la experiencia del tocólogo y hoy por hoy son tan respetables los que actúan por métodos obstétricos como los que recurren a la cirugía.

DR. METZGER (París): Reconoce que dada la frecuencia de la inserción segmentaria de la placenta, los casos de graves hemorragias son relativamente raros. No es igual la posible actuación en clínica o

en clientela y los métodos obstétricos deben conocerse, ya que tienen muchas indicaciones.

DR. CATHALA (París): Opina que debemos conservar el eclecticismo y que el tratamiento quirúrgico continúa siendo sólo procedimiento de casos graves. Las estadísticas son engañosas, ya que la mortalidad depende sobre todo del estado en que las enfermas llegan a las clínicas.

DR. ESSEN-MÖLLER (Lund-Suecia): Opina casi como el Dr. Cathala.

DR. KELLER (Strasbourg): Recomienda con gran entusiasmo la cesárea baja transversal, con exteriorización del útero, inyección endovenosa de hipofisina e intramuscular uterina de ergotina.

DR. KREIS (Strasbourg): Nos expone el mecanismo de la dilatación con la intervención de las fibras en espiral del istmo. Los casos con dilatación y cuello desaparecido se resuelven con los métodos obstétricos; cuello conservado y hemorragia persistente, cesárea baja.

DR. DELMÁS (Montpelier): Con su fogosidad y entusiasmo característicos defiende la evacuación extemporánea del útero al final del embarazo en los casos de placenta previa; es la técnica más sencilla, el método de mejores resultados. Las evacuaciones tienen muchos menos peligros y una estadística más blanca en mortalidad y morbilidad que los procedimientos abdominales.

DR. ARZUAGA (España): Trata de las hemorragias incoercibles después del alumbramiento en los casos de placenta previa.

DR. FABHARDS (Basilea): La mortalidad materna es casi igual para los métodos obstétricos como para los quirúrgicos, pero estos últimos mejoran extraordinariamente

las estadísticas de mortalidad fetal. Estadística de la maternidad de Basilea: Intervención obstétrica: 29 casos; mortalidad materna, 10 %; fetal, 44 %; cirugía, 112 casos: mortalidad materna, 4'46 %; fetal, 19 %.

DR. BROUHA (Lieja): Opina que quizás hemos caído en el abuso de la cesárea como tratamiento de la placenta previa. Los métodos obstétricos tienen gran aplicación, que se debe mantener y estimular.

El ponente Dr. Reeb (Strasbourg) contesta y resume la discusión manteniendo el criterio, expresión de la mayoría que han tomado parte en el debate, de la absoluta conveniencia del traslado a centros especializados de toda mujer con placenta previa que sangre con alguna intensidad. No debemos considerar como práctica sistemática el tratamiento quirúrgico, pero hemos de reconocer que éste es el único que puede salvar situaciones difíciles que antes acababan con frecuencia mal para la madre y siempre fatalmente para el feto. La ruptura de las membranas es el tratamiento de elección en los casos medianos, que son los más; cuando ésta se muestra inoperante, una minoría se pronuncia aún por los métodos obstétricos complicados. La mayoría, cuando la ruptura es imposible o inoperante, apela a la operación, que reúne la mayoría de los sufragios: *la cesárea baja*. La cirugía mutilante queda reservada a los casos gravemente infectados.

Comentario.—Los ponentes Drs. Paucot y Reeb desarrollaron su trabajo dentro de un prudente eclecticismo, pero bien orientado hacia la solución quirúrgica de los casos serios. Esta fué la opinión dominante en el curso de la discusión y que nosotros creemos la más acertada. Desde muchos años, cuando no se hablaba aún de cirugía de la placenta previa, nosotros

ya pronosticábamos el caso según que fuese posible la ruptura de las membranas y se mostrase eficaz o que fuese necesario aplicar otras maniobras obstétricas. Veamos unas estadísticas expuestas por los ponentes: Ruptura amplia de membranas seguida de parto espontáneo, 2'40 % mortalidad materna; balón intrauterino o perforación de placenta central, 8'47 % mortalidad materna; versión de Baxton-Hicks (sin extracción rápida), 13'72 % mortalidad materna; versiones extractoras o forceps con dilatación casi completa, 13'57 % mortalidad materna; método Delmás, 10'86 %. Debemos tener en cuenta que esta estadística se basa en casos de diferentes autores y procedencias; si el número de casos no es suficiente para corregir la fantasía de la ley de las series, la estadística se convierte en la forma más elegante de mentir, sin excluir, bien entendido, la buena fe. Así tenemos que mientras el porcentaje del método Delmás se refiere a 46 casos, la ruptura amplia de membranas alcanza 250, el Braxton-Hicks 73, la versión y extracción y el forceps a 221.

Vemos, pues, que la mortalidad entre la ruptura simple y las maniobras más complicadas salta de 2'40 % a 13-14 %; este margen, esta diferencia, es lo que puede y debe suprimir el tratamiento quirúrgico

aplicado con discernimiento a los casos serios.

Para la mortalidad fetal tenemos las siguientes cifras: ruptura de membranas con parto espontáneo, 34'50 %; balón o perforación placenta central, 62 %; Braxton-Hicks (sin extracción rápida), 83'60 %; versión y extracción o forceps con dilatación avanzada, 61'75 %; método Delmás, 51'11 %. Las mismas reservas que señalábamos para la estadística de mortalidad materna pueden hacerse sobre las cifras de mortalidad fetal; ahora bien, en tanto que los casos que han exigido otras maniobras obstétricas que la ruptura amplia de membranas, la mortalidad fetal alcanza un promedio de 70 %, la cesárea baja en casos serios (242 casos), reduce esta mortalidad a un 11'11 %. La cirugía en los casos serios reduce, pues, la mortalidad materna a una mitad y la fetal a un sexto. Este es el presente, serenamente estudiado y discutido; espemos que el porvenir será aún más lisonjero cuando los tocólogos, sin dejar de ser genuinamente tales, posean el hábito quirúrgico necesario para intervenir en los casos indicados.

J. COMAS CAMPS

(Concluirá)