

Las figuras siguientes os ponen de manifiesto algunos de los tipos de rasgaduras perineales tomados de la mujer viva. La fig. 456 representa una *rasgadura superficial* (primer grado) de la piel del periné: la mucosa de la pared vaginal posterior está poco interesada, los haces musculares del esfínter de la vulva están todavía íntegros. La fig. 457 representa una *rasgadura más profunda* (de segundo grado)

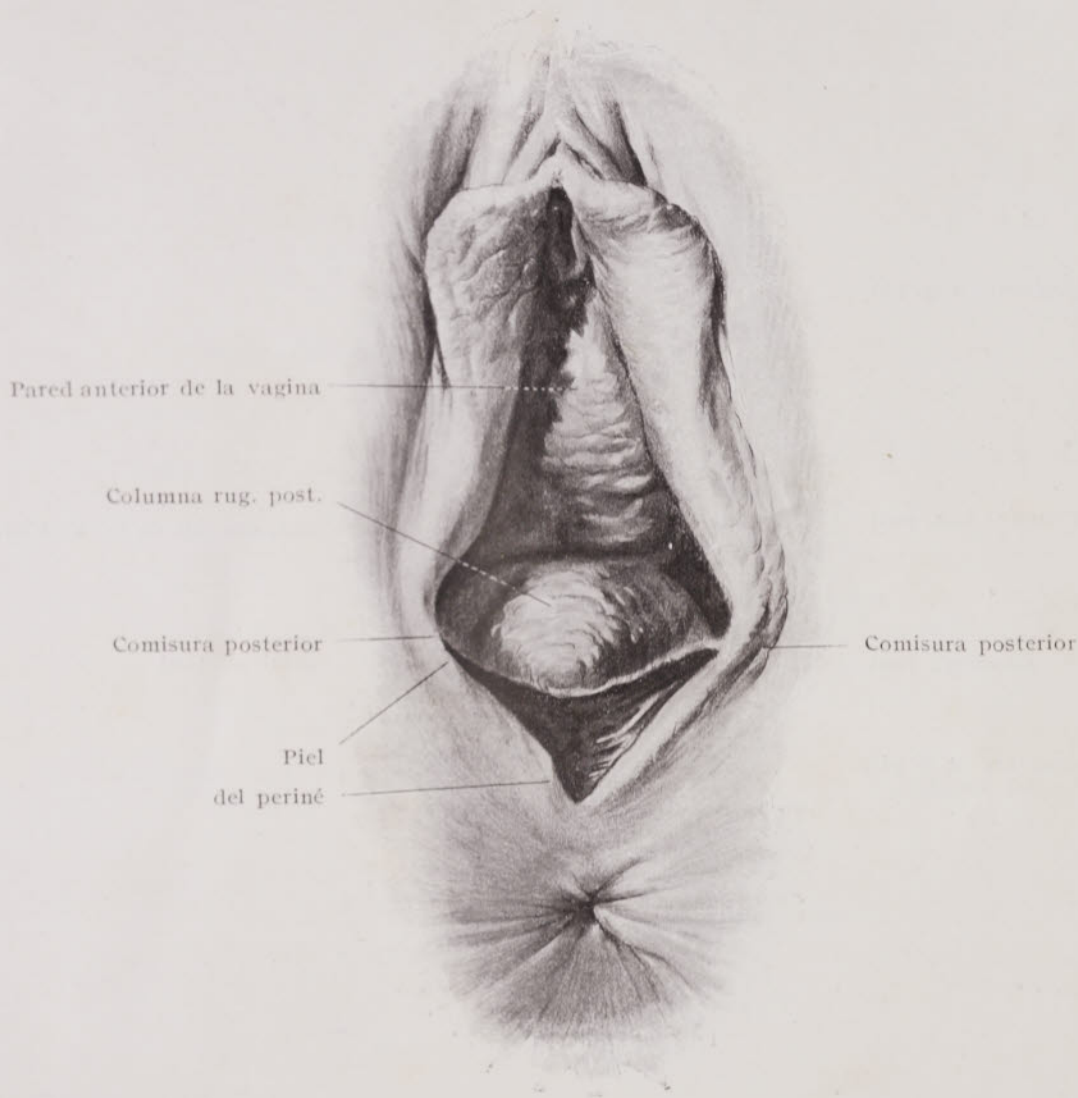


Fig. 456

Rasgadura superficial (primer grado)

que se prolonga más hacia la vagina, interesando el constrictor de la vagina, el músculo transverso superficial del periné y el centro tendinoso del mismo. Como podéis ver, estas rasgaduras profundas no se limitan á la línea media, sino que rodean lateralmente la prominencia formada por la *columna rugarum*. En la fig. 457, la dislaceración se extiende hacia la derecha de la columna, y en la 458 se bifurca en dos ramas laterales que pasan por los lados de la columna misma, la cual queda

en cierta extensión separada de su punto de fijación y puede ser replegada hacia arriba.

En la fig. 459, la rasgadura perineal es «completa» (tercer grado). Se denomina así una rasgadura cuando se prolonga hasta interesar el recto. La solución de continuidad afecta aquí no sólo á la mucosa vaginal, la piel del periné y los músculos subyacentes, sino también las fibras circulares del esfínter del ano; de este modo

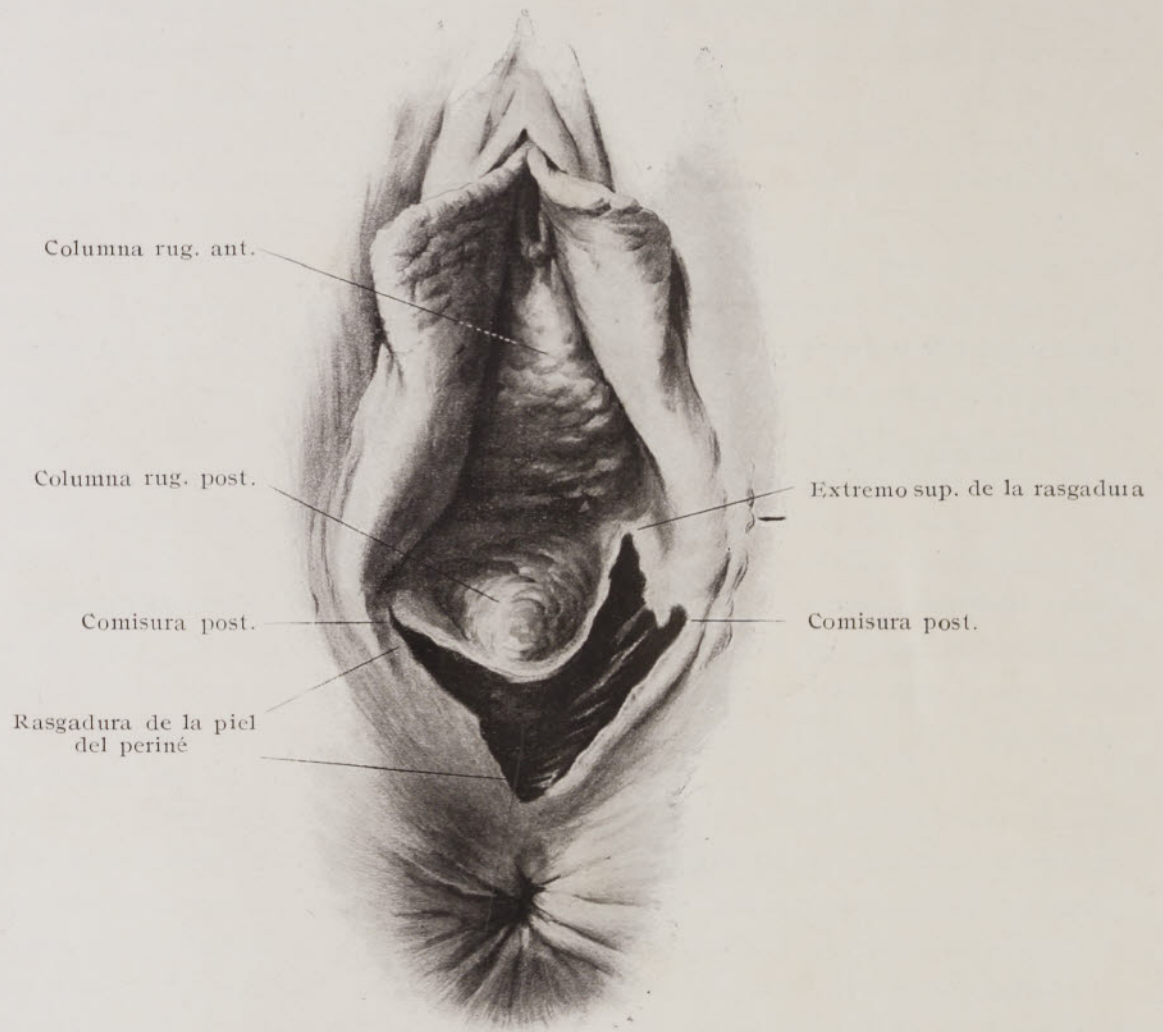


Fig. 457

Rasgadura perineal más profunda (segundo grado)

queda destruída una porción del tabique rectovaginal, y la vagina y el recto comunican entre sí, es decir, que ambos confluyen en una cavidad formada por los bordes sangrantes de la herida perineal. Una forma curiosa es la llamada *rotura central del periné*. En ésta, lo mismo hacia adelante en la dirección de la vulva, que hacia atrás en la del ano, queda un puente de tejido y la cabeza fetal atraviesa el ojal del centro del periné entre ambos puentes. Este es un hecho sumamente raro, que pre-

supone un anillo vulvar muy resistente y colocado hacia adelante y un periné excesivamente alto. Si, dadas estas condiciones, la cabeza tiende á dirigirse hacia atrás, por estrechez del arco del pubis, por ejemplo, el periné se hace excesivamente prominente, bajo la presión de la cabeza, se adelgaza y, excepcionalmente, puede romperse en su parte central.

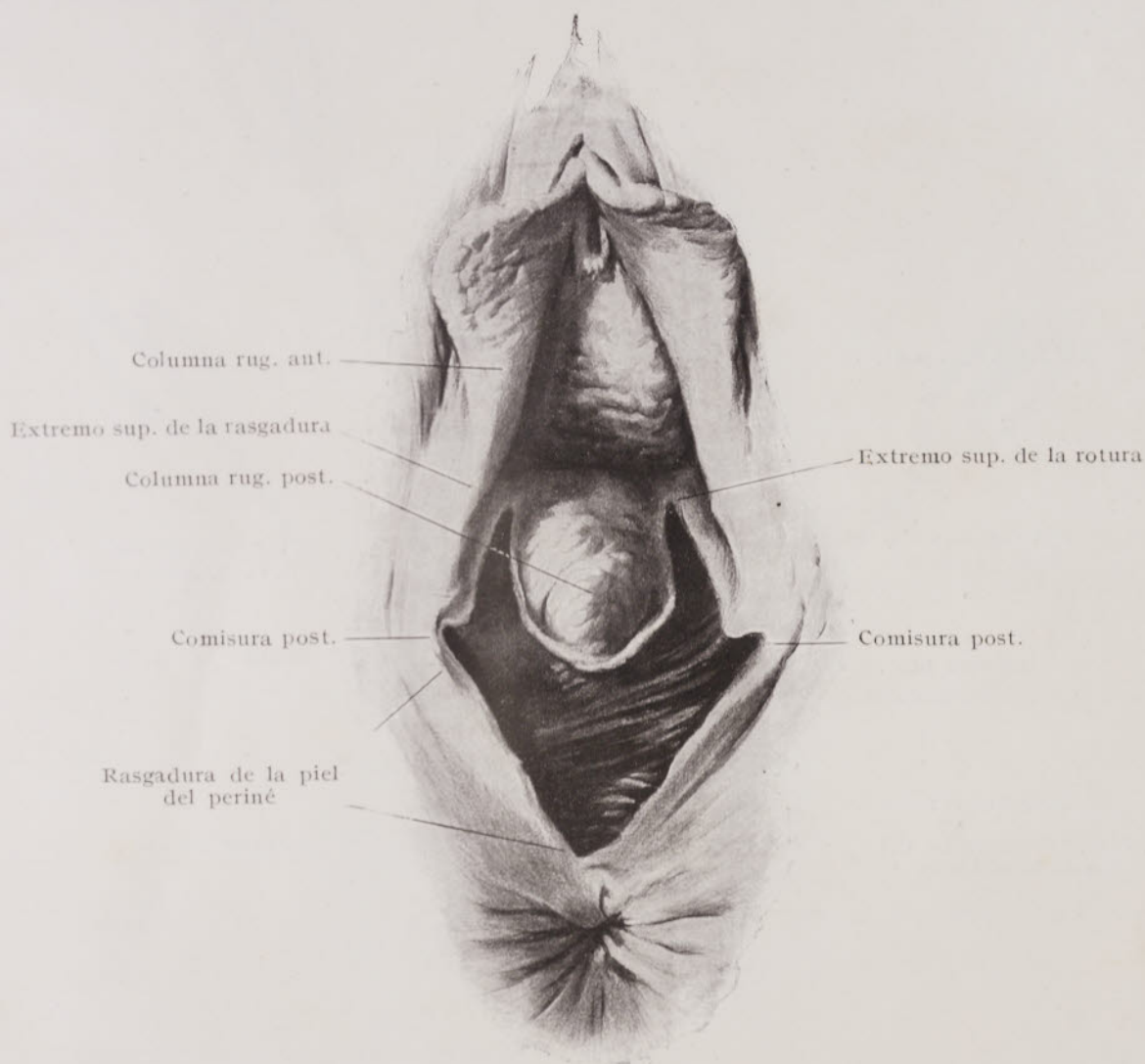


Fig. 458

Rasgadura más profunda (segundo grado)

Ya hemos dicho anteriormente lo que es necesario hacer para evitar las roturas perineales. Ahora vamos á ocuparnos de cómo se han de reparar, del mejor modo posible, los daños sufridos.

A la curación espontánea no debemos abandonar más que aquellas dislaceraciones del frénulo de una longitud de 1 á 2 cm. como máximo. Todas las rasgaduras más profundas se acompañan de una solución de continuidad más ó menos

extensa de los músculos del suelo de la pelvis. Si no se practica la sutura y unión de los segmentos musculares rasgados, éstos se atrofian y, una vez que cicatriza la superficie de la herida, no desempeñan más la función para que estaban destinados, que eran las de ocluir la vagina y el recto. En las rasgaduras completas, la falta de función de los esfínteres se manifiesta muy pronto y de un modo desagradable. Por el ano abierto aparece la mucosa rectal enrojecida y sensible, los gases intesti-

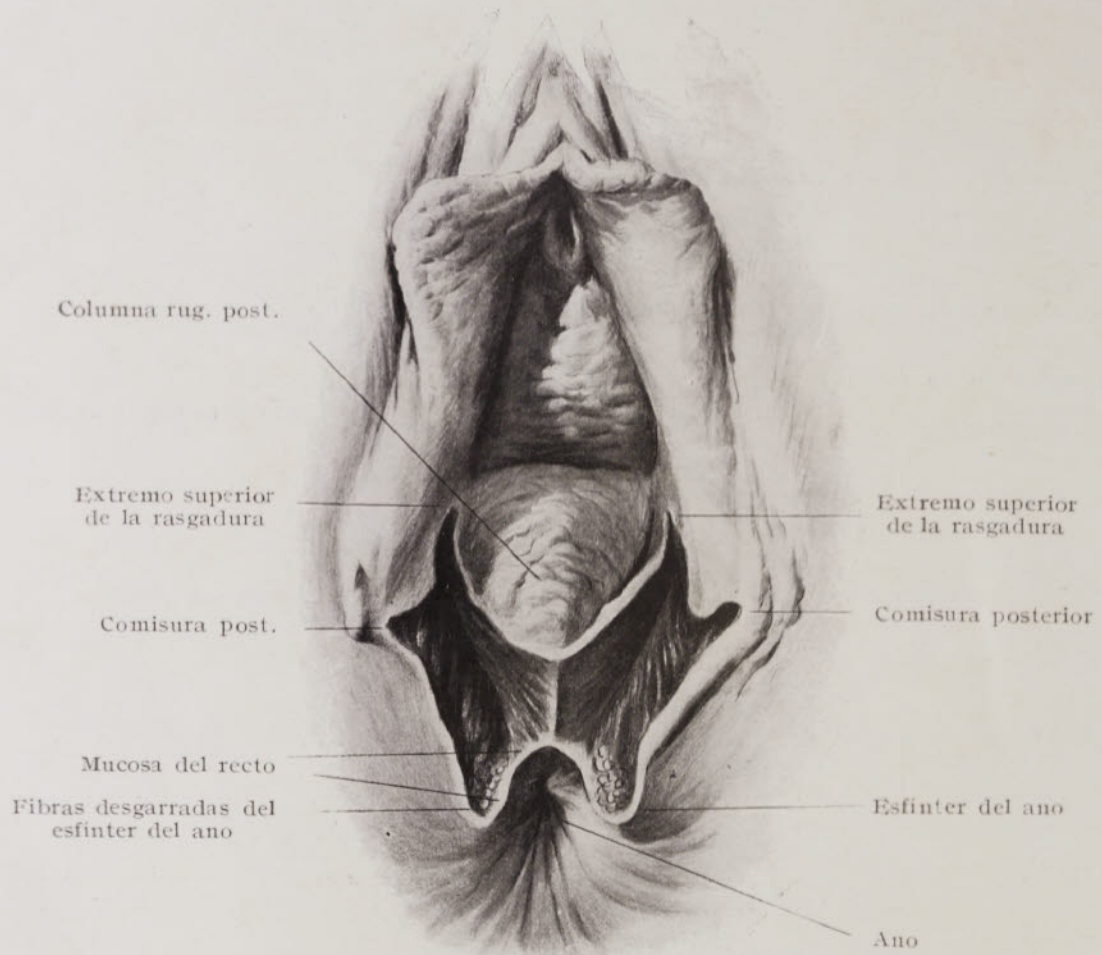


Fig. 459

Rasgadura completa (tercer grado)

nales y las materias fecales salen involuntariamente ensuciando los órganos genitales, al rededor de los cuales aparece un eczema muy molesto. Del mismo modo que el ano, la vagina está también abierta y las paredes anterior y posterior de ésta descenden á recubrir la lesión. En las rasgaduras menos profundas, las consecuencias no aparecen de un modo tan rápido y manifiesto. Poco á poco va descendiendo la pared vaginal anterior por falta de su apoyo natural y á ésta sigue, más pronto ó más tarde, la porción superior de la vagina con el útero y la vejiga.

Para hacer una buena sutura perineal, es necesario poner al descubierto el campo operatorio, para poderlo ver bien. No hay nadie que pueda practicar una sutura exacta si la mujer está con la pelvis hundida en los colchones, no teniendo las piernas convenientemente separadas y no manteniéndose en quietud. Para las rasgaduras superficiales es cómoda la posición de lado con las nalgas fuera del borde de la

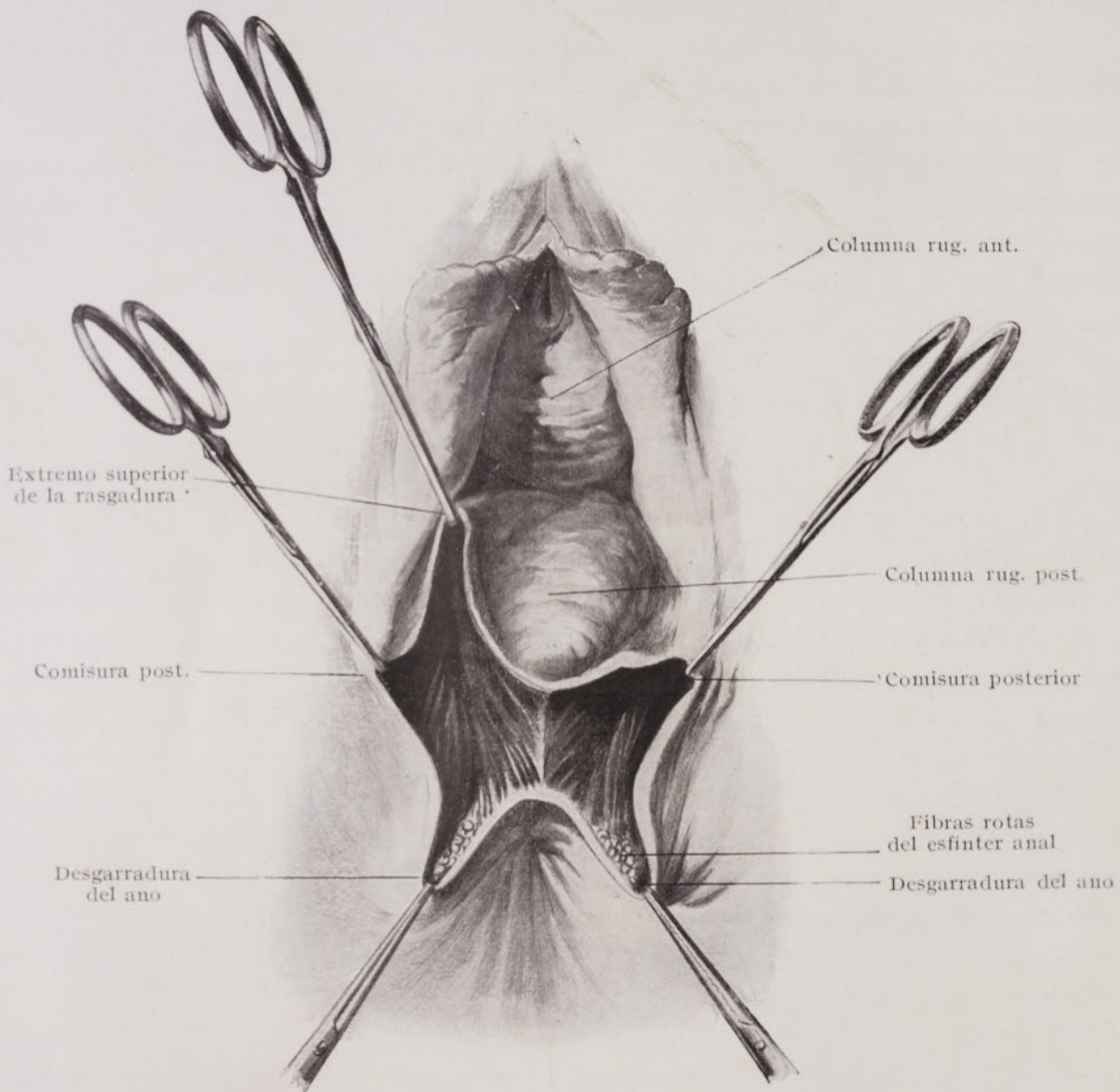


Fig. 460

Modo de poner bien al descubierto una rasgadura perineal completa

cama, manteniendo elevada la superior para hacer bien visible y accesible á la mano la parte sobre que se ha de practicar la sutura. Si la dislaceración se prolonga más hacia la vagina, se preferirá la posición obstétrica clásica, y en las mujeres sensibles se recurrirá á la narcosis. Después de los partos operatorios, lo mejor será utilizar para la sutura los minutos consecutivos á la operación, durante los cuales la mujer

se encuentra todavía bajo la influencia del cloroformo. Si las circunstancias exteriores son tales que no es posible colocar á la mujer en la posición conveniente, ni poner, por lo tanto, al descubierto el campo operatorio, ó si se trata de una rasgadura completa, para cuya sutura se necesitan asistentes idóneos, es preferible dejar la sutura para después. Se taponará la herida con gasa, y después de 12 ó hasta 24 horas, las condiciones para la unión primitiva son igualmente favorables.

Como material de sutura de las partes de la rasgadura que se hallan en el interior de la vagina, el mejor es el catgut. Este se mantiene bastante fuerte, pero se disuelve poco más ó menos á los 8 días, así es que con su empleo queda evitada la separación de los puntos profundos, á menudo tan difícil. La seda se imbibie fácilmente con las secreciones loquiales y suele acarrear una rápida supuración de las suturas. Para la piel del periné, además de la crin de Florencia, la hebra de aluminio-bronce, que no se imbibie y sus suturas pueden permanecer aplicadas sin inconveniente 8 días hasta que la cicatriz esté fuerte.

Antes de empezar la sutura, es necesario poner bien de manifiesto toda la extensión de la herida. ¡Cuántas veces se ve suturar tan sólo la piel del periné, sin cuidarse para nada de la rotura de la vagina! No hay que maravillarse de que después de esto, en el espacio dislacerado que queda detrás de la sutura, se acumule el flujo loquial, lo cual determine fiebre y rotura de la sutura cutánea. El modo de poner al descubierto la rasgadura está representado en la fig. 460. En ella se ve que los bordes de la herida, en el punto correspondiente á la comisura posterior de la vulva, están cogidos y desplegados con dos pinzas. De este modo se alcanza á ver fácilmente el extremo superior de la rasgadura, que se fija con otra pinza; no queda entonces más que fijar los extremos inferiores de la rasgadura hacia el periné ó el recto, con lo que queda bien descubierta la herida en toda su extensión.

Para la sutura se seguirá la regla de *restablecer en las partes las mismas relaciones que existían antes de la rasgadura*. Como los muñones musculares se retraen siempre lateralmente, todas las heridas del periné manifiestan gran tendencia á mantener sus bordes separados en el sentido transversal. Confrontando los bordes de la herida, se pasan los hilos de izquierda á derecha y no resulta difícil restablecer las cosas á su estado primitivo.

El ejemplo más sencillo es el de las figs. 461-462, que representa el modo cómo ha de ser suturada una rasgadura superficial del periné. Primeramente son reunidos los bordes de la rasgadura vaginal por una sutura transversal. Después se sutura la comisura y, finalmente, la piel del periné.

Las figs. 463-464 ponen de manifiesto la colocación de las suturas en las rasgaduras más profundas. Se empieza por reunir los bordes de la herida vaginal de modo que la *columna rugarum* se restablezca de nuevo en sus primitivas relaciones. Una vez que se haya logrado esto, os encontraréis en las mismas circunstancias que si se tratase de una herida superficial del periné que se reúne como hemos visto en la figura 461.

En las rasgaduras completas (figs. 466-467) se debe empezar por confrontar la pared del recto y los muñones del esfínter del ano. El mejor modo de conseguir esto es practicar una sutura profunda con catgut sobre la pared del recto, sin interesar

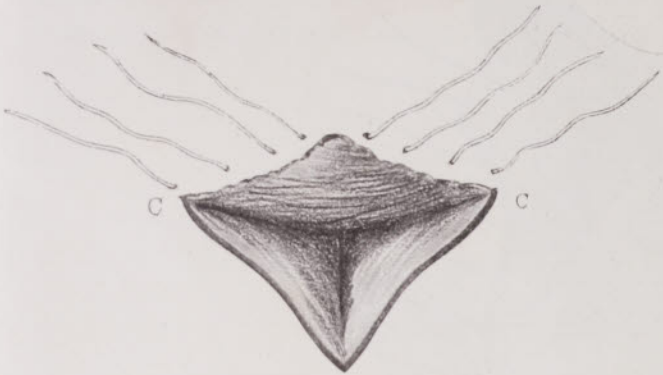


Fig. 461

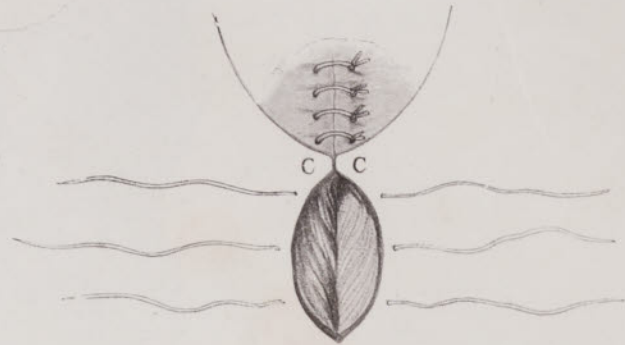


Fig. 462

Sutura de una rasgadura perineal superficial

CC, Comisura posterior de los labios

la mucosa (fig. 465), ó bien empezando por suturar el recto, comprendiendo en una sutura ancha la mucosa y la capa muscular del intestino, completar después la sutura exterior y anudar los hilos hacia fuera. En este caso lo mejor será emplear

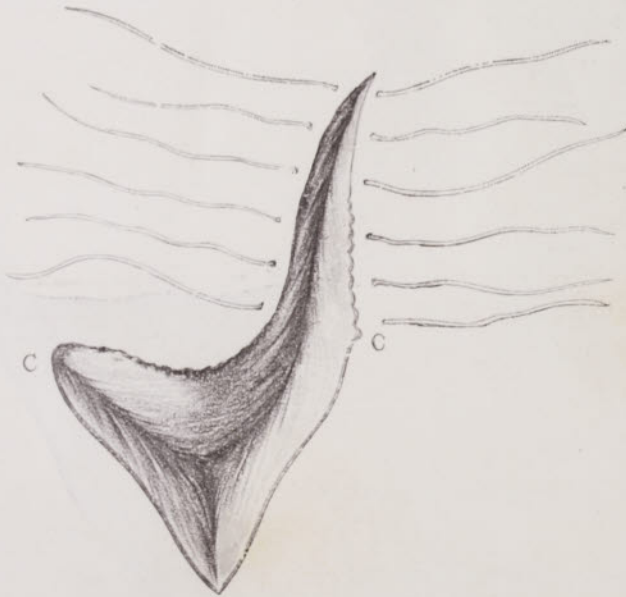


Fig. 463

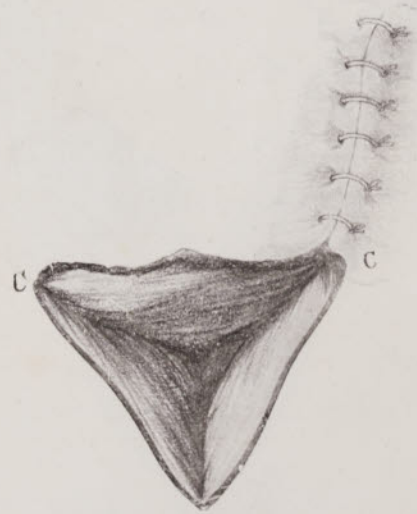


Fig. 464

Sutura de una rasgadura perineal profunda

CC, Comisura posterior de los labios

la seda fina. Una vez suturados el recto y el esfínter (fig. 466), la lesión tiene el mismo aspecto que una rasgadura ordinaria vaginoperineal profunda y se ocluye por el procedimiento que hemos indicado á propósito de éstas.

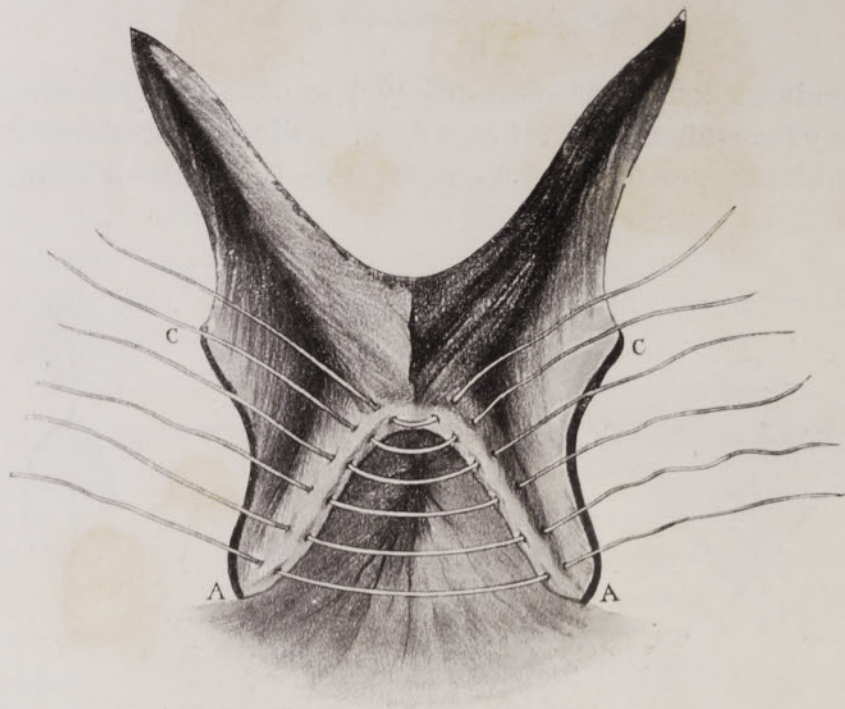


Fig. 465
Sutura de la pared rectal

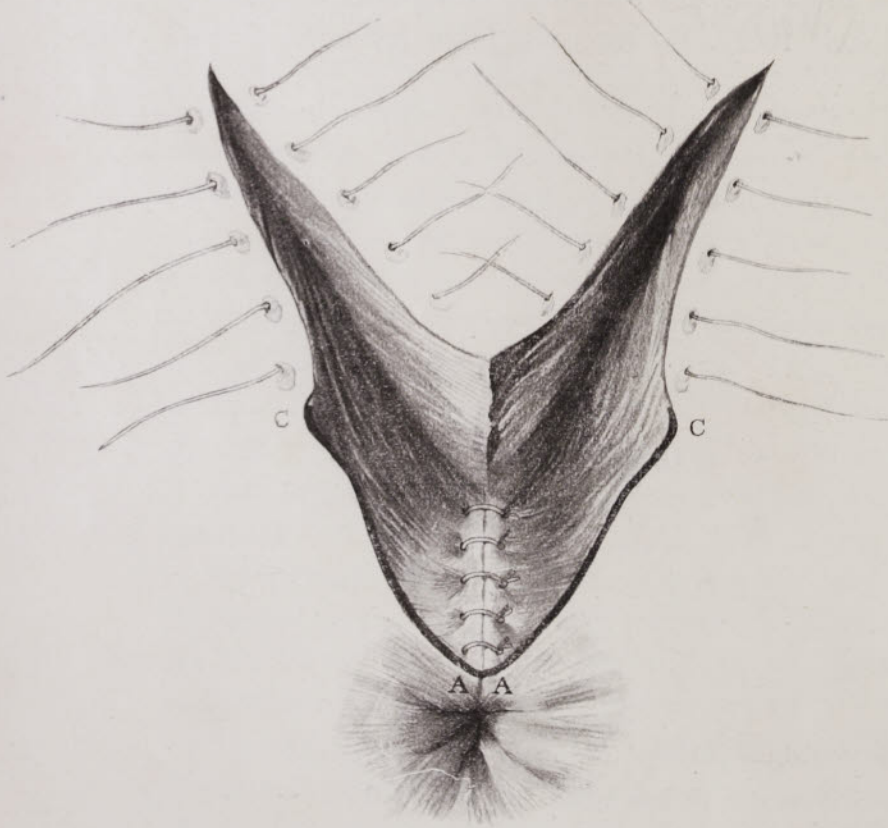


Fig. 466

Sutura de una rasgadura perineal completa
AA, Rasgadura anal; CC, Comisura posterior de los labios

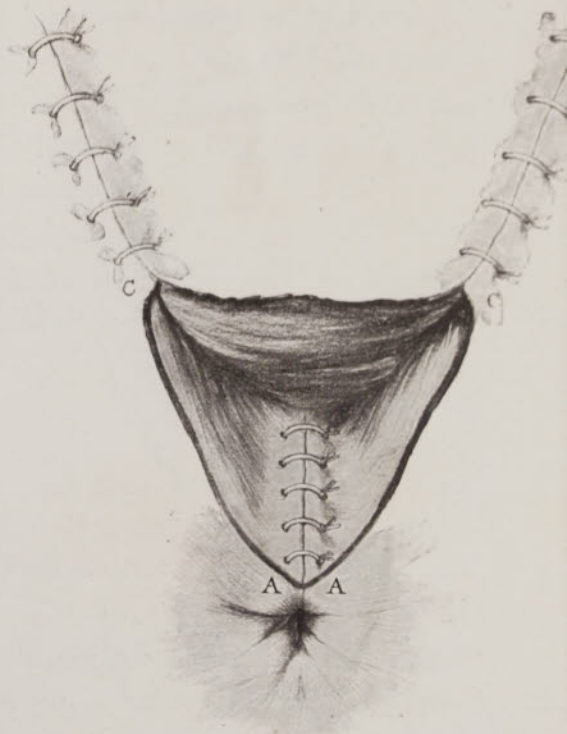


Fig. 467

Las rasgaduras perineales no requieren un tratamiento especial postoperatorio. Cuando la sutura está bien hecha y la herida no infectada, se conseguirá una buena adhesión independientemente del uso del yodoformo, de los lavados frecuentes, etcétera. Se tendrá gran cuidado de evitar que se separen mucho las extremidades inferiores y los labios, puesto que sería fácil que se pudiese abrir la herida recién

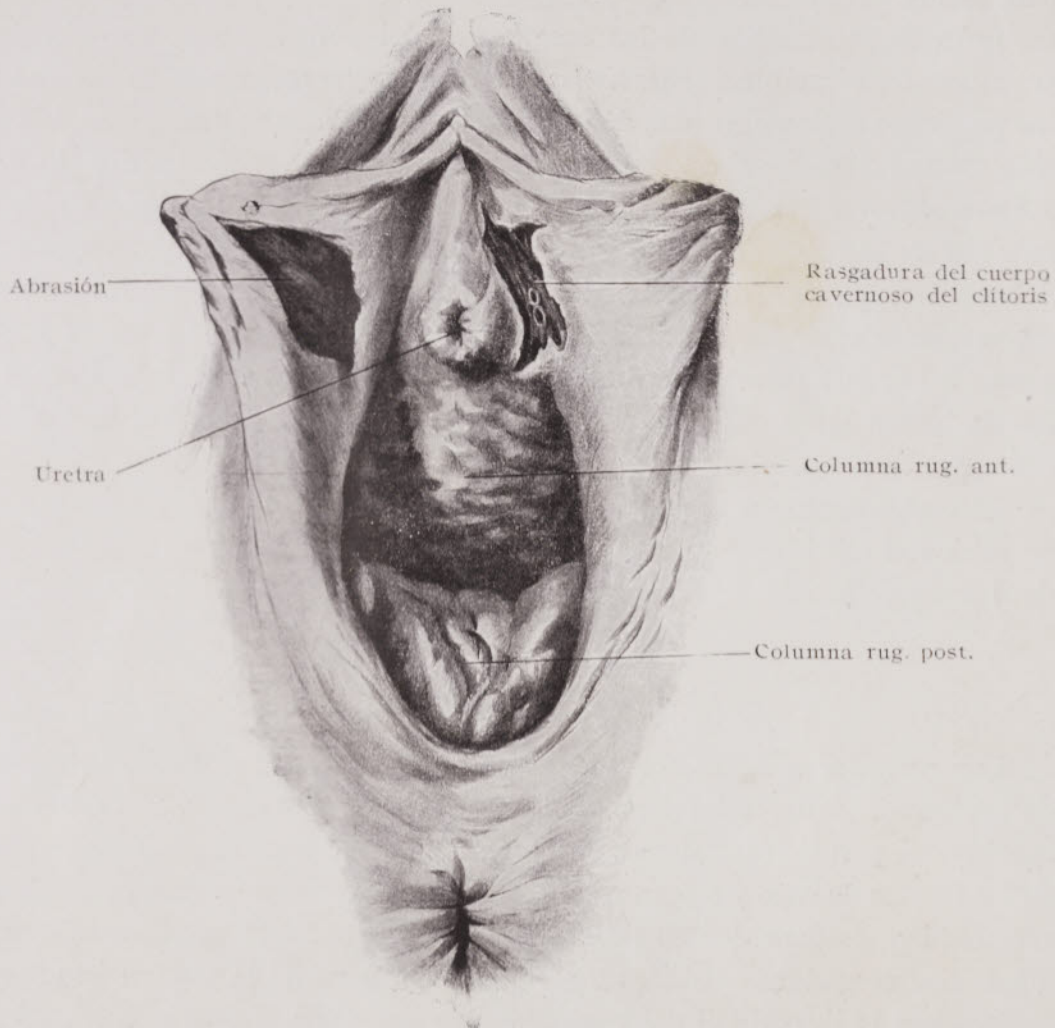


Fig. 468

Lesiones típicas producidas por el parto en el segmento anterior de la vulva

suturada ó parte de ella. Lo mejor será que la mujer guarde reposo en cama durante ocho días con las piernas aproximadas y que en todo este tiempo no se examine la región suturada. Si el ano había participado también de la rasgadura, se tomarán grandes precauciones en la primera defecación para que no se destruya la cicatriz. Antes se trataba de retardar todo lo posible la primera evacuación alvina, por medio de la administración del opio, con objeto de que aquélla no se verificase hasta la consolidación completa de la cicatriz; pero esto tiene el inconveniente de que se llegan á formar escíbalos tan indurados que su expulsión hace peligrar todavía más

la integridad de la cicatriz. Por esta razón, en la actualidad no se suele recurrir al uso del opio, tratándose tan sólo de limitar la formación de heces sólidas, mediante una dieta de preferencia líquida, y, ya hacia el 5.º ó 6.º día, se procurará, en lo posible, obtener una deposición flúida por la administración del aceite de ricino, y de este modo no se distiende la herida, especialmente si ésta se encuentra ya en vía de cicatrización.

Independientemente de las rasgaduras del periné, en la entrada de la vagina se encuentran también *contusiones*, *abrasiones* y *rasgaduras* de la cara interna de los pequeños labios. Las más de las veces, estas lesiones no alcanzan una gran extensión, se mantienen superficiales, y se curan durante el puerperio, sin dar origen á ningún síntoma. Excepcionalmente puede suceder que las lesiones del perímetro anterior de la vulva (fig. 468) interesen una variz ó el cuerpo cavernoso del clítoris. Sobrevienen entonces hemorragias que, aunque no sean violentas, no se detienen espontáneamente. La sangre sale á chorro de la pequeña herida, y si no se interviene, la pérdida puede llegar á ser considerable. Hasta se registran casos en los cuales las hemorragias, debidas á estas pequeñas heridas de la vulva, llegaron á tener consecuencias mortales.

El tratamiento es sencillo. Como la compresión, aunque de efectos inmediatos, no obra con seguridad de un modo durable, lo mejor será suturar la herida pasando dos ó tres puntos profundos.

Rasgaduras de la vagina

Las *rasgaduras vaginales* que se producen durante el parto interesan, las más de las veces, la parte inferior más estrecha de este canal y entonces se combinan con las del periné (rasgaduras vaginoperineales); ó bien se producen en la parte alta de los fondos de saco y se confunden con las rasgaduras cervicales. Dada su gran distensibilidad, es raro que se produzcan rasgaduras en el tercio medio del canal vaginal. Las rasgaduras aisladas en la parte superior de la vagina quedan fácilmente ocultas por la integridad del periné, y sólo son descubiertas si dan sangre en abundancia. El dedo explorador, á la izquierda ó á la derecha de la columna, llega á una cavidad llena de coágulos sanguíneos, en la que, puesta al descubierto con un separador, puede verse una abertura lateral, que se extiende hasta el tejido conjuntivo paravaginal y al tejido adiposo, por la cual sale la sangre. Son especialmente los partos forzados en las primíparas los que dan origen á rasgaduras más extensas y hasta algunas veces á destrucciones completas del tubo vaginal, y esto ofrece grandes dificultades. Se tratará, ante todo, de poner al descubierto las rasgaduras por medio de un gran espéculum, encontrándose la mujer en la narcosis. También aquí la sutura es la terapéutica más conveniente. Si ésta no se aplica, y no se efectúa la reunión, la mujer puede tener hemorragia. También más tarde en la cavidad de la herida se forma un receptáculo en donde se acumulan las secreciones lo-

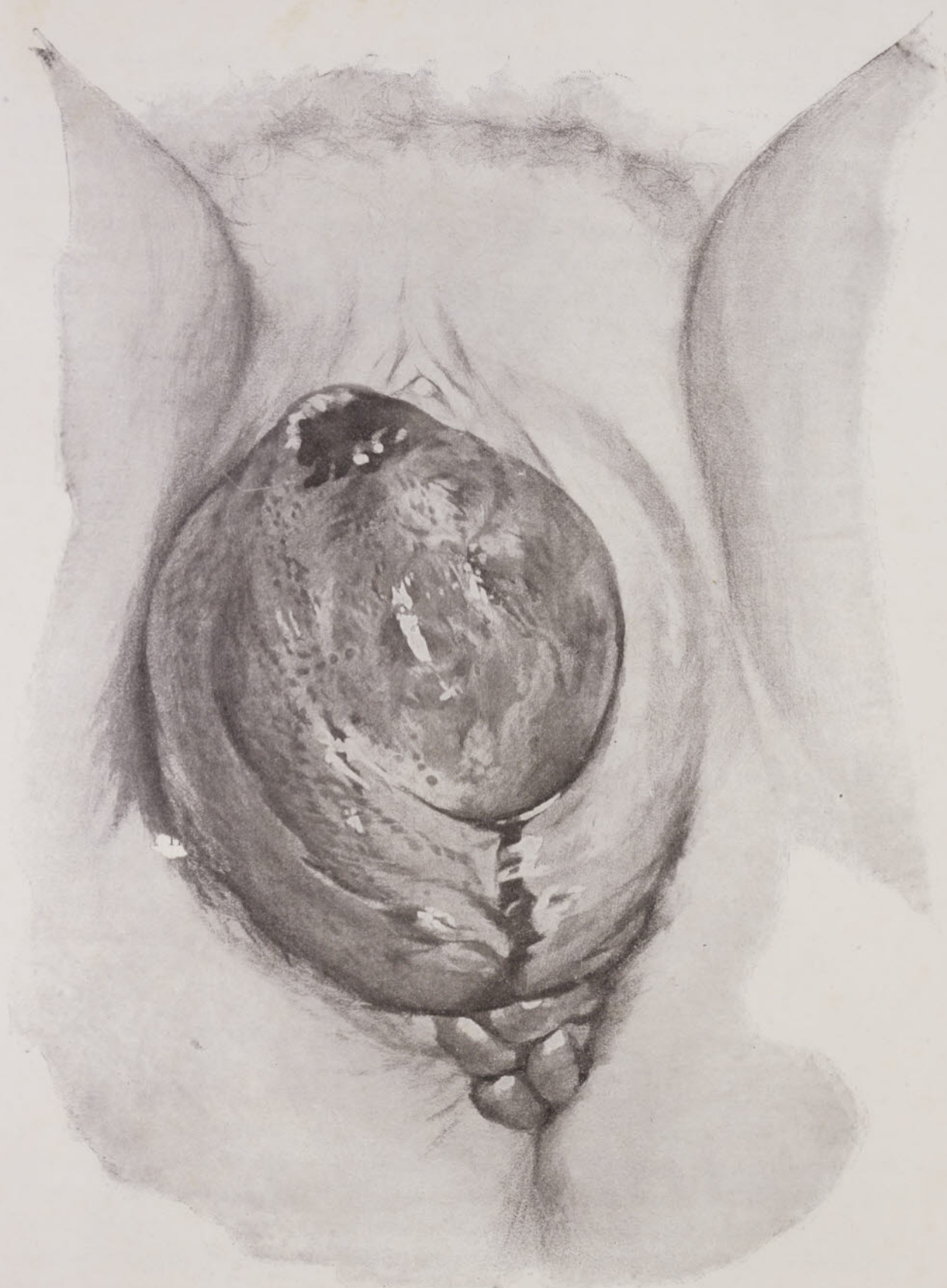


Fig. 469
Trombo ó hematoma vaginal

quiales, y allí se descomponen, dando origen á una inflamación séptica con difusión hacia el tejido conjuntivo pélvico y formación de fístulas que se abren en el periné, el recto, el muslo, etc. En tales casos, lo mejor será practicar una extensa contra-



Fig. 470

Trombo ó hematoma vulvar

abertura cutánea, pues es difícil triunfar de estas supuraciones por otros medios.

Algunas veces la rotura afecta tan sólo las capas más profundas submucosas de la vagina, permaneciendo la mucosa íntegra, gracias á su elasticidad. Si en este caso se abre una gran arteria ó una variz de la red venosa que rodea la vagina, la sangre se difunde por el tejido celular laxo y forma una tumescencia de las dimensiones del puño ó de la cabeza de un feto á término, que sobresale en una de las paredes laterales de la vagina y se extiende hacia el exterior hasta la pared ósea de la pelvis y hacia abajo hasta la cara interna del pequeño labio. A esta alteración se le da el nombre de *trombo* ó *hematoma vaginal*. Colecciones sanguíneas análogas se presentan también en la vulva y distienden de un modo notable uno de los grandes labios. El aspecto característico de estos hematomas es reproducido por las figuras 469-470.

La formación de estas colecciones sanguíneas es un hecho relativamente raro; pueden desarrollarse en los últimos meses del embarazo; pero es mucho más frecuente que se presenten muy poco antes ó inmediatamente después de la expulsión del feto, adquiriendo bruscamente un volumen considerable. La mucosa que recubre el punto más saliente del abultamiento en la vagina ó en la cara interna del labio puede romperse, dando origen á una abundante hemorragia, como consecuencia de la cual la mujer queda profundamente anémica.

La conducta del médico, en estos casos, dependerá de las circunstancias. Los hematomas pequeños pueden ser abandonados, reabsorbiéndose durante el puerperio. Por medio de una ligera capa de algodón se protegerá la superficie del tumor contra las influencias mecánicas que pudieran ser causa de perforaciones en los hematomas de mayores dimensiones; lo mejor será abrirlos, evacuarlos y taponarlos con gasa. La incisión es absolutamente necesaria cuando el hematoma se abre y da sangre ó si existen síntomas de supuración inicial de la sangre coleccionada.

Rotura del útero

Las *paredes del útero* pueden sufrir durante el parto lesiones muy diversas. En este tejido se distinguen la verdadera *rotura* y el desgaste ó *usura*. Lo mismo una que otra pueden afectar á todo el espesor de la pared, incluso la cubierta peritoneal, y entonces se denominan *completas* ó *perforantes*, ó bien se limitan tan sólo á las capas internas, en cuyo caso se llaman *incompletas* ó *no perforantes*. Si son estrechas toman el nombre de *fisuras*. Las roturas afectan con mucha mayor frecuencia al cuello uterino—*roturas cervicales*—, siendo raras en el cuerpo (*roturas del cuerpo*). Respecto á su dirección, pueden ser *transversales*, *oblicuas* ó *longitudinales*. Por último, pueden verificarse sin la intervención de causas exteriores (*roturas espontáneas*), ó bien son debidas á intervenciones operatorias ó á traumatismos (*roturas violentas*, *traumáticas*).

Para conocer claramente las roturas del útero parturiente, es necesario estudiar el *mecanismo de su producción*.

De esto vamos á ocuparnos inmediatamente, principiando por aquellas roturas que son debidas á la distensión, ó mejor, á la *hiperdistensión* de ciertos segmentos del útero. A este grupo pertenece la inmensa mayoría de las roturas. BANDL ha referido el mecanismo de estas roturas á los fenómenos del parto fisiológico, y realmente, si se quiere comprender la génesis de la mayoría de las roturas del útero, es necesario tomar por punto de partida las modificaciones que se producen en las paredes uterinas durante el parto. A este propósito habéis de recordar que durante el período de dilatación por la desaparición del cuello uterino, las paredes cervicales están muy distendidas y adelgazadas. Cuando ya ha terminado la dilatación y el cuello está transformado en un canal amplio, el útero queda diferenciado en dos segmentos, de los cuales el uno es superior y de paredes gruesas y retráctiles—*cuerpo*—, y el otro inferior, con paredes distendidas y adelgazadas—*cuello*—. El reborde grueso que separa la musculatura engrosada del cuerpo de la adelgazada del cuello, es el anillo de contracción, que ya conocemos.

La rotura es la consecuencia de la distensión y adelgazamiento de las paredes cervicales, cuando alcanzan un grado exagerado, ó interviene algún agente patológico.

Un ejemplo muy común de la rotura por hiperdistensión es el suministrado por las fisuras laterales y longitudinales que se producen en el *sitio correspondiente al orificio externo* en el momento del paso de la cabeza. La boca uterina sufre la distensión máxima en sentido circular y se rasga en uno ó ambos lados. En el parto, la rotura de la mucosa y de las capas circulares superficiales de la muscular son casi la regla, hasta el punto de constituir un signo diagnóstico importante para afirmar que la mujer ha tenido hijos anteriormente. Todos conocéis las cicatrices laterales de la porción vaginal del cuello uterino, que se perciben muy claramente en los embarazos sucesivos, por el contraste con los tejidos circunyacentes reblandecidos y que delimitan con el labio anterior y posterior una hendidura transversal.

Las rasgaduras laterales longitudinales de la porción vaginal del cuello no tienen importancia. Consecuencias graves se han de lamentar tan sólo si la dislaceración avanza en la profundidad de los tejidos y se extiende hacia arriba en el cuello y hacia abajo en el fondo de saco vaginal; estas rasgaduras profundas pueden deber su desarrollo á cicatrices consecutivas, á rasgaduras de épocas anteriores ó á neoplasmas inextensibles, como, por ejemplo, carcinomas. También pueden ser causa de rasgaduras profundas, el volumen excesivo de la cabeza ó del tórax del feto. Pero esta clase de rasgaduras se encuentra, con especial frecuencia, después de laboriosas tentativas de intervención emprendidas antes de que la dilatación sea completa; las ramas del *forceps*, distendiendo transversalmente el orificio, incompletamente dilatado, ó la cabeza última que viene á ensanchar bruscamente un orificio uterino demasiado estrecho, pueden ser también la causa del accidente.

Durante todo el tiempo que el cuerpo del feto ocupa el canal genital y comprime la rasgadura, no existe ningún síntoma. Pero tan pronto como el feto es expulsado y cesa de desempeñar el oficio de tapón, empieza la hemorragia. Si han sido rotas ramas gruesas de la arteria uterina, ó si, por encontrarse inmediata la inserción de la placenta, hay un desarrollo vascular anormal en la proximidad del

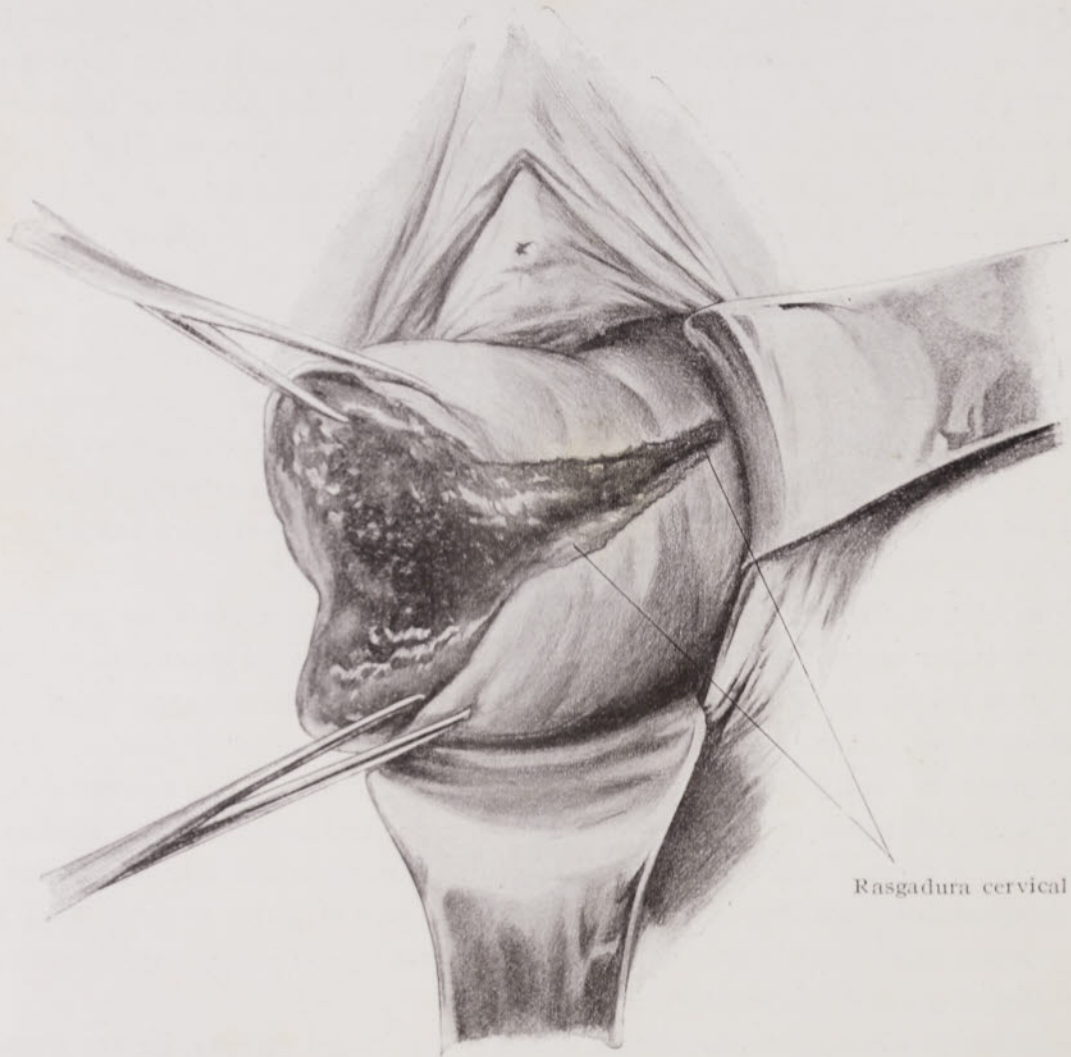


Fig. 471

Rasgadura cervical, en una primípara, puesta al descubierto al hacer descender el cuello hasta la vulva

cuello, la hemorragia puede ser abundante, llegando á adquirir una intensidad peligrosa.

Los medios corrientes de hemostasis, fricciones del útero, compresión de la aorta, ergotina, duchas vaginales calientes, etc., no tienen mucho efecto, puesto que con ellos se podrían obtener contracciones úterinas que serían eficaces para ocluir completamente los pequeños vasos; pero que sobre vasos de mayor calibre, todo lo más

que hacen es reducir su luz; es decir, que la hemorragia podrá hacerse menos copiosa, mas no se detendrá por completo, y esto cuando por las fricciones é irrigaciones vaginales calientes no salga la sangre con mayor fuerza, por la remoción y arrastre de los coágulos sanguíneos que empezaban á ocluir los vasos rotos.

La hemostasis segura no se obtiene más que con la *sutura de la dislaceración*. Con separadores vaginales se pone al descubierto la porción lesionada del cuello, y con pinzas anchas se fijan los labios anterior y posterior del cuello, haciéndolos descender hasta la vulva (fig. 471). Al estirar fuertemente hacia abajo, la hemorragia disminuye por la tensión á que se someten los tejidos. Los labios de la herida se confrontarán bien, cuidando de que los puntos de sutura comprendan todo el espesor de la pared y los vasos se ocluyen inmediatamente. Una excepción la constituyen solamente las *rasgaduras profundas*, las cuales se extienden hacia la cavidad del útero por encima de su orificio interno y lateralmente hacia el parametrio. Por exploración digital se alcanza con dificultad una herida abierta, cuya parte superior no es posible rodear con el dedo. Tales heridas se producen después de partos violentos, cuando el cuello uterino es excesivamente estrecho y en especial en la placenta previa, y dan origen á la hemorragia por rasgadura del plexo venoso. Si la rasgadura se extiende ampliamente hacia el parametrio puede requerir la extirpación vaginal del útero. Después de ésta estaremos en mejor aptitud para tratar convenientemente la herida sangrante del parametrio.

Mucho menos recomendable es el *taponamiento*; éste representa un medio precioso para ganar tiempo cuando, encontrándose el médico desprovisto de instrumentos y de asistencia, no puede practicar la sutura inmediatamente. Para que el taponamiento sea eficaz, se deberá rellenar la cavidad uterina de gasa ó algodón. Si la hemorragia continúa todavía, se renovará el taponamiento impregnando los tapones de líquidos hemostáticos, como, por ejemplo, aceite esencial de trementina, vinagre, etc., y después del taponamiento se hará contrapresión á través de las paredes abdominales mediante un vendaje que pase por el pubis y sirva para fijar el otro vendaje que sujeta la gran cantidad de algodón que se coloca entre los muslos, sobre el periné y los órganos genitales.

Al estiramiento circular que sufre el cuello y que es del que nos hemos ocupado hasta ahora, hay que agregar la *distensión en sentido longitudinal*, como consecuencia de la cual los tejidos pueden ser estirados y adelgazados en grado máximo. Las rasgaduras debidas á esta causa suelen ser muy extensas. Esta distensión del cuello en sentido longitudinal se observa en aquellos casos en que existen obstáculos mecánicos que se oponen á la expulsión del feto. El obstáculo está, con gran frecuencia, representado por la estrechez de la pelvis ó la situación transversal del feto; pero también puede consistir en un exceso de volumen ó deformidad del feto, ó en hidrocefalo, posiciones viciosas de la cabeza, tumores, cicatrices, etc. El útero, no pudiendo conseguir el encajamiento del feto, se va retrayendo cada vez más hacia arriba por encima del mismo. De este modo se llega á producir una casi vacuidad

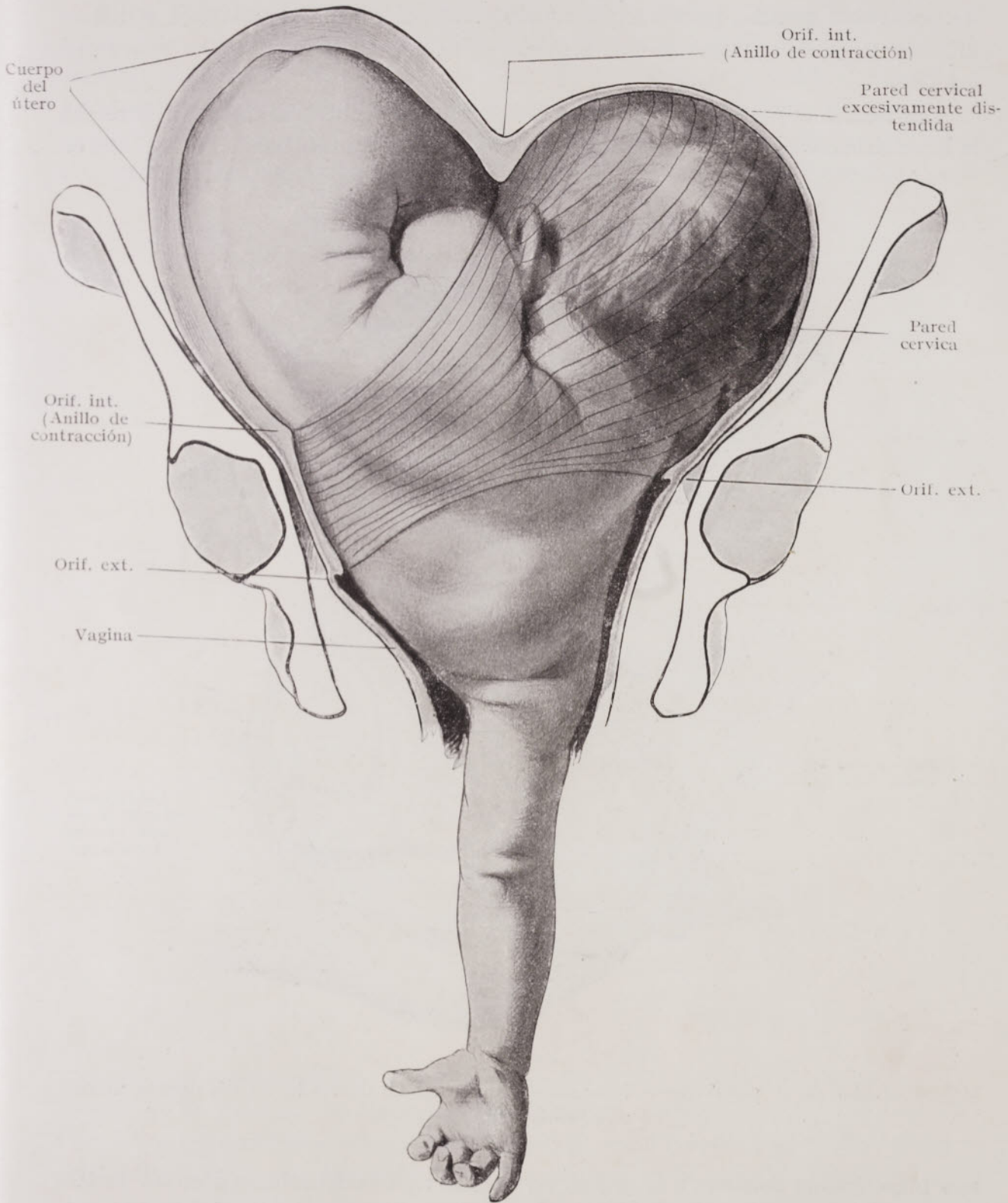


Fig. 472

Hiperdistensión del lado izquierdo de la pared cervical en un caso de presentación de hombro encajada

de la cavidad uterina, pero á expensas del cuello, el cual, adelgazándose y distendiéndose en grado extremo, llega á contener en su interior la mayor parte del cuerpo del feto.

Las figuras adjuntas os ponen de manifiesto estos hechos. La fig. 472 representa la hiperdistensión del cuello en la presentación de hombro enclavada, la fig. 473 en

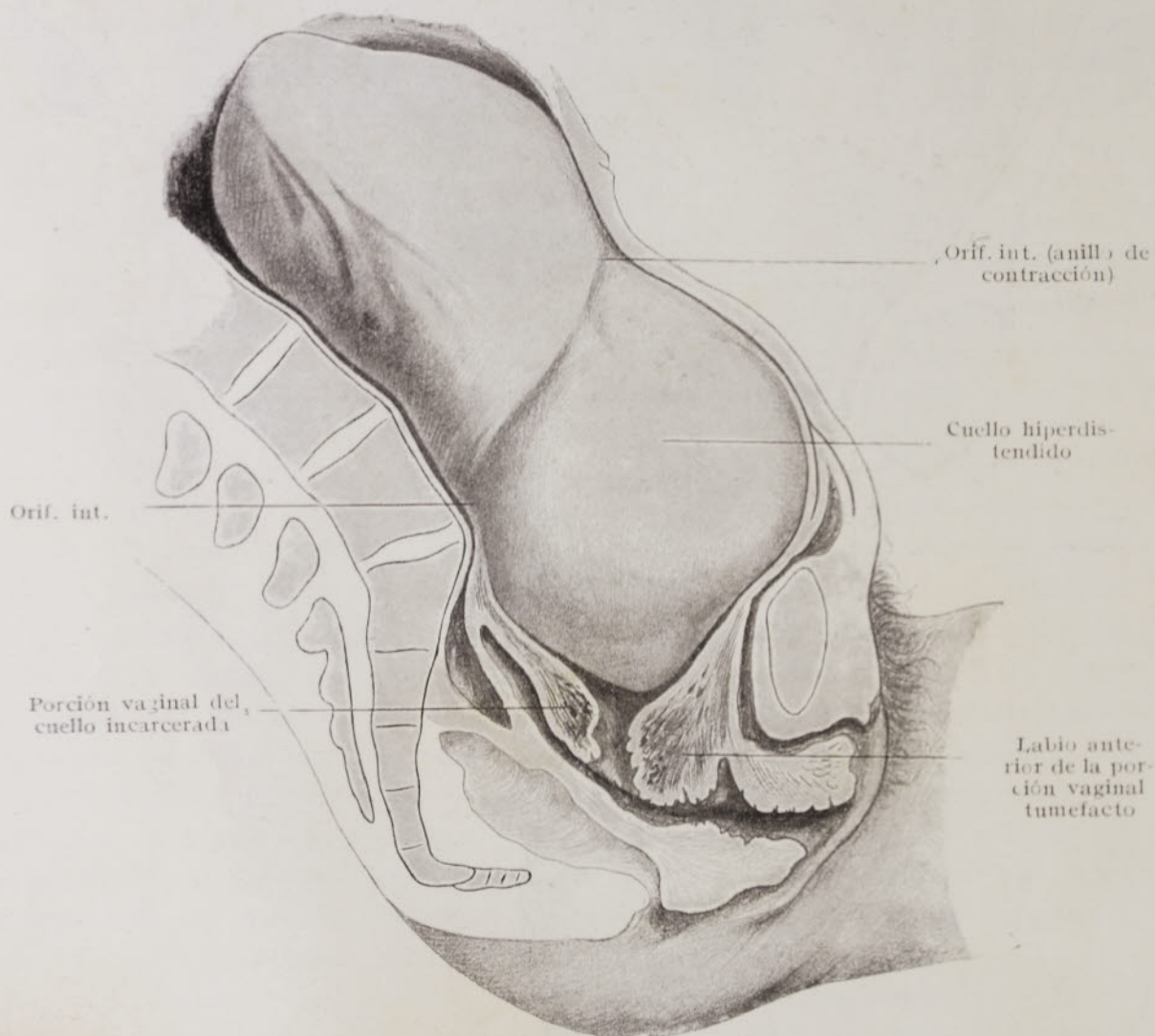


Fig. 473

Hiperdistensión de la pared cervical anterior é incarceration de los labios del orificio uterino en una pelvis plana raquítica

una presentación podálica y la 474 en un caso de rigidez del orificio uterino. Podéis ver en dichas figuras que la distensión del cuello es siempre *unilateral* y *no está uniformemente distribuida*, afectando preferentemente unas veces la pared anterior, otras la posterior y otras una de las laterales. El cuerpo del útero retraído está adaptado, como una especie de cofia, al polo superior del feto.

Si en estas condiciones se produce la rotura, el momento y el punto en que esto tiene lugar depende de muchas circunstancias. Si la musculatura del cuello conserva su textura normal, puede sufrir una distensión gradual muy notable, llegando á un espesor de muy pocos milímetros, sin rasgarse. Por el contrario, si alteraciones patológicas han disminuído la elasticidad de la substancia muscular creando una condición predisponente para la rotura, ésta puede realizarse con inesperada rapi-

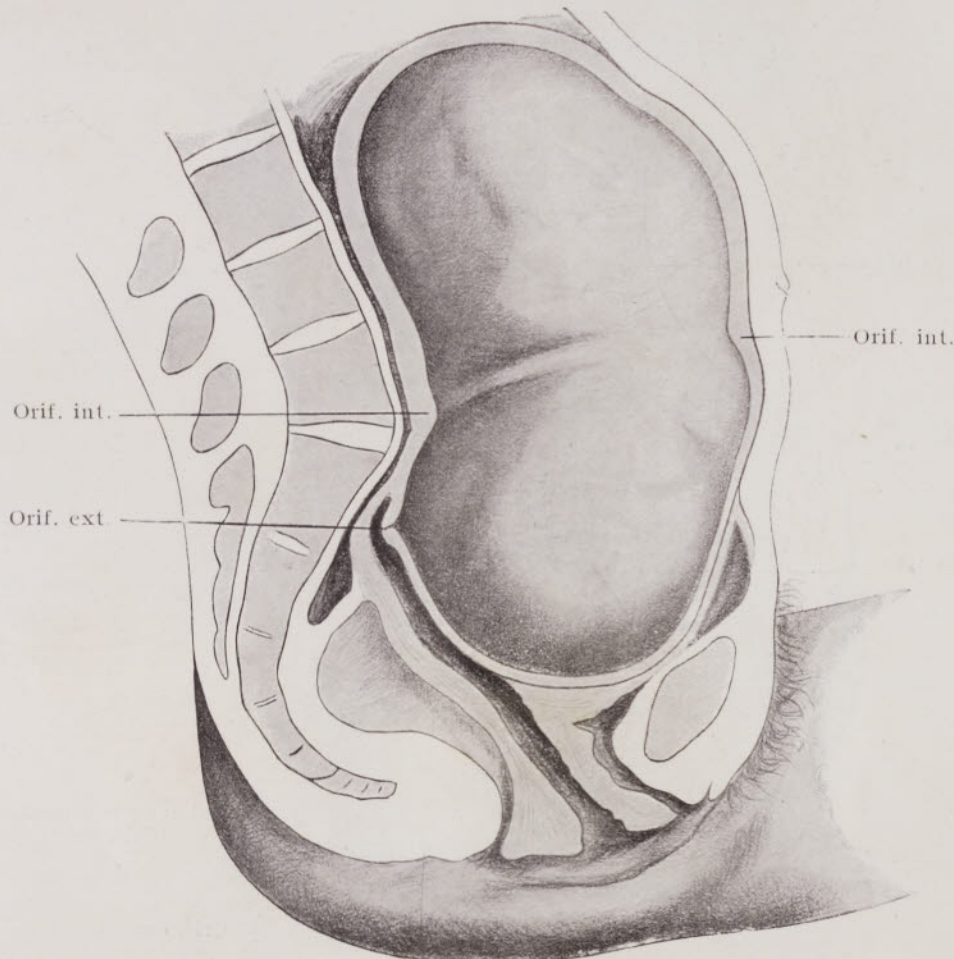


Fig. 474

Hiperdistensión de la pared anterior del cuello en la rigidez del orificio externo.

dez. De este modo obran las cicatrices consecutivas á roturas incompletas precedentes, y así se explica que las roturas completas se observen mucho más frecuentemente en las múltiparas que en las primíparas; igual influencia ejerce la hipoplasia congénita ó la atrofia adquirida de la musculatura y, en casos más raros, también los neoplasmas. Es importante, ante todo, el carácter de las contracciones; si éstas son violentas y subintrantes, aumenta el peligro de la rotura por el repentino y gran aumento de la presión intrauterina. Con frecuencia intervienen también influencias exteriores; la mano introducida en el útero para practicar la versión, puede ser la

que determine la rotura de la parte hiperdistendida y de los haces musculares ya excesivamente distendidos en cualquier punto.

De ordinario, la rotura recae sobre la zona más distendida de la *pared cervical*. Pero el estiramiento realizado por la retracción del cuerpo del útero puede también ser transmitido á los fondos de saco vaginales, los cuales se elevan más y más sobre el estrecho superior, se adelgazan y concluyen por desprenderse todo al rededor del cuello (fig. 475). HUGENBERGER ha propuesto, para esta variedad de lesión,

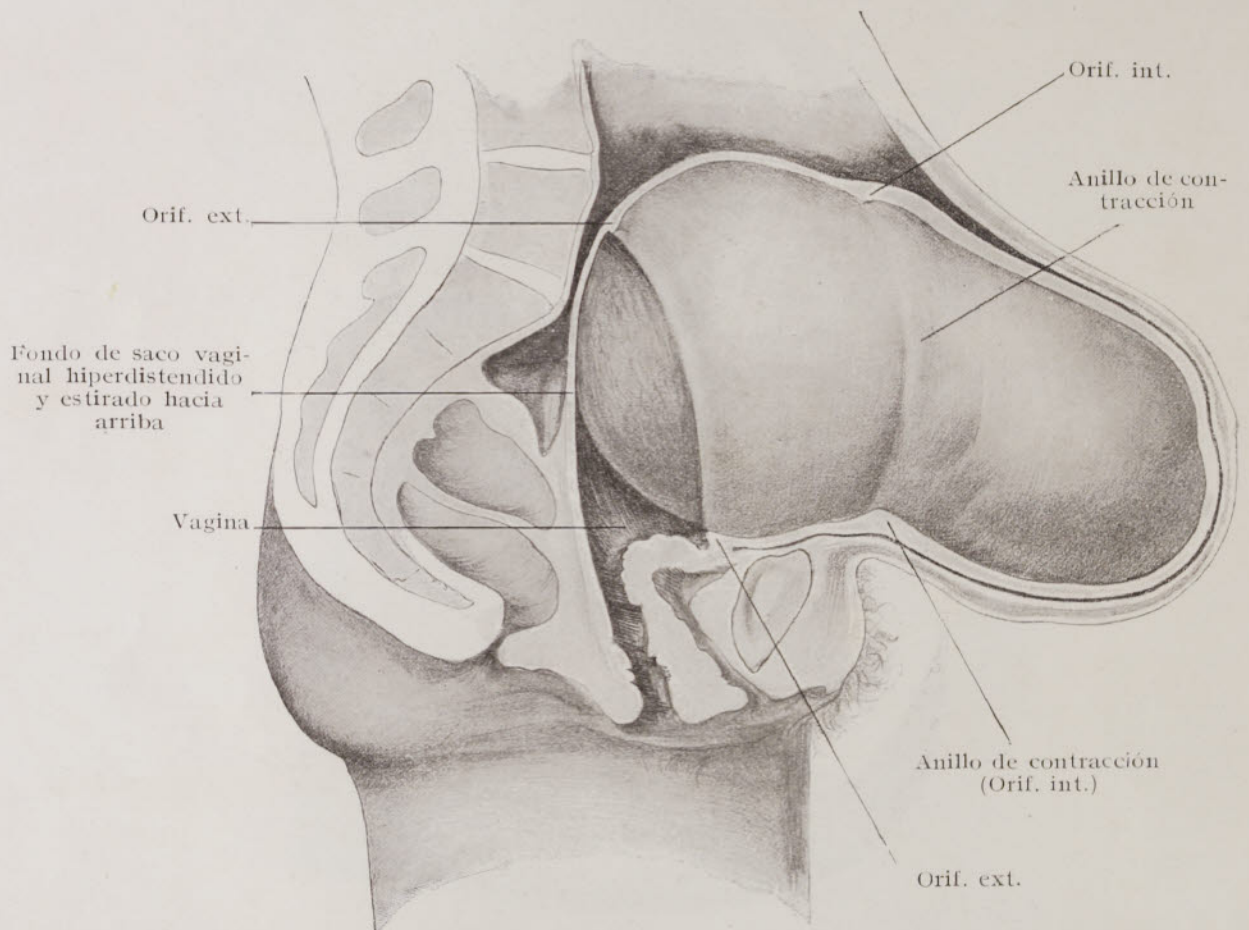


Fig. 475

Hiperdistensión de la parte posterior del cuello y de la pared de la vagina en un caso de hidrocefalo y de vientre péndulo

el nombre de «*colpoaporraxis*», y H. W. FREUND ha demostrado que ésta es particularmente frecuente en las presentaciones de hombro, en las cuales el cuello, no estando comprimido contra el cinturón pélvico y alguna gran parte fetal, puede dirigirse libremente hacia arriba, arrastrando hacia sí la vagina.

La rotura de los fondos de saco vaginales se producen las más de las veces transversalmente, mientras que las cervicales tienen más frecuentemente una dirección longitudinal. Esto depende de la disposición que tienen en este sentido las fibras

musculares de la pared cervical, las cuales son distendidas por la cabeza fetal, que se abre paso á través de las mismas. Un ejemplo muy demostrativo de este género nos lo suministra la fig. 476. Correspondiendo á las paredes anterior y posterior del

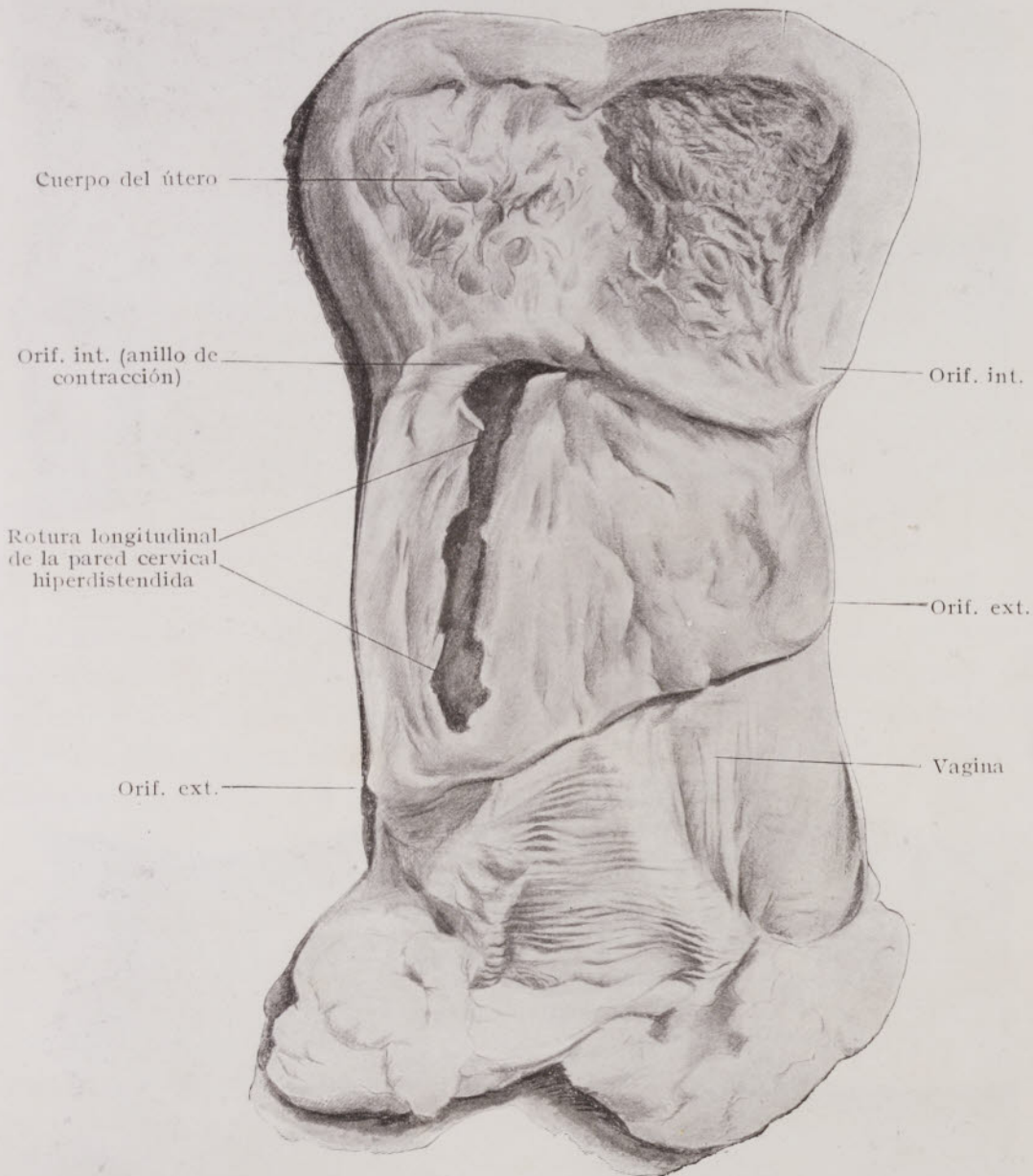


Fig. 476

Extensa rotura cervical perforante, que se produjo á los dos días de trabajo, en un caso de presentación de cara en una pelvis estrecha

Preparación del Instituto de Anatomía patológica de Basilea

cuello y al fondo de saco vaginal posterior, el peritoneo se adhiere íntimamente á la capa muscular. Por este motivo ocurre generalmente que dicha serosa participa de la rotura y se establece una amplia comunicación entre el canal genital y la cavidad

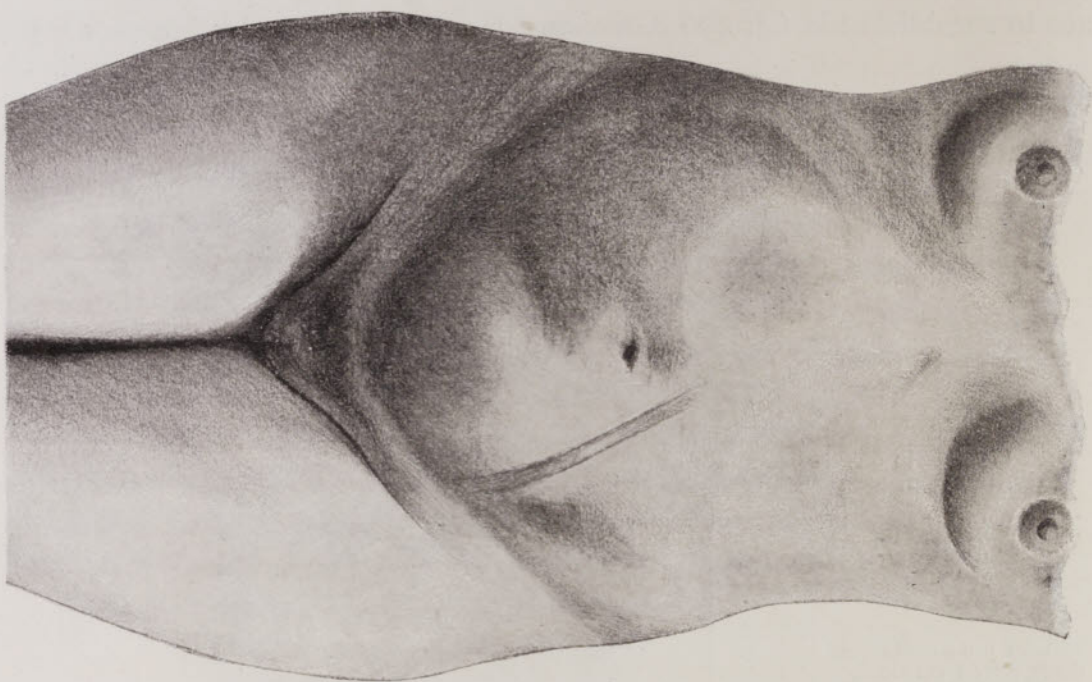


Fig. 477

Hiperdistensión del cuello y amenaza de rotura uterina en una presentación de frente. Segunda posición
Anillo de contracción á nivel del ombligo; el ligamento redondo izquierdo es fácilmente palpable

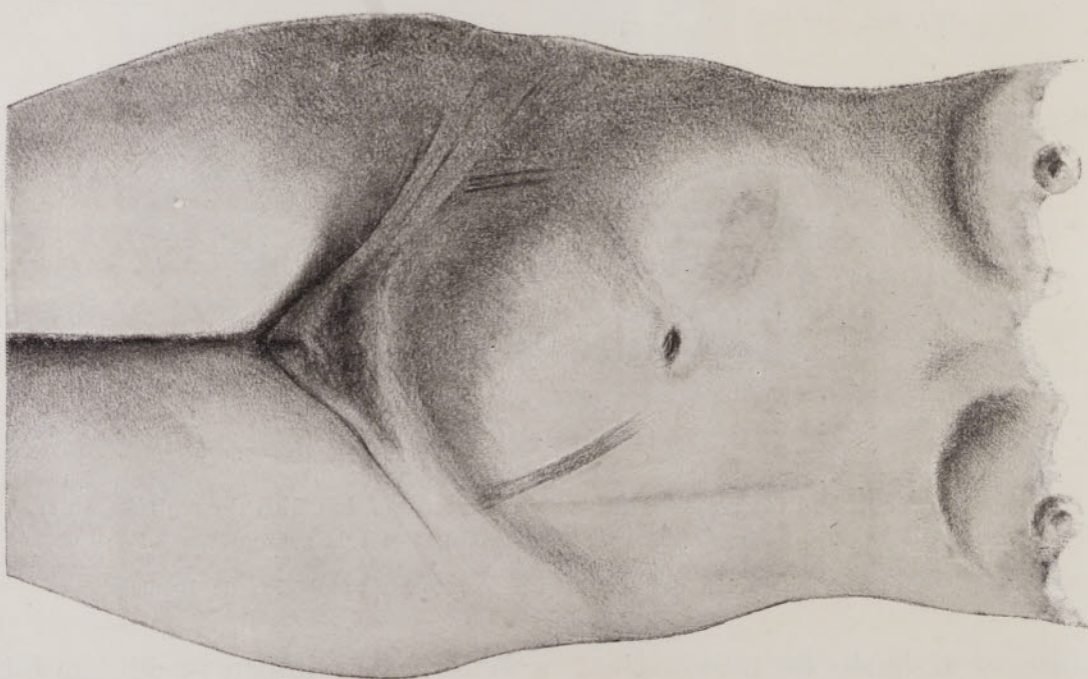


Fig. 478

Hiperdistensión del cuello uterino en una presentación del hombro
Primera posición
El anillo de contracción tiene una dirección oblicua; el cuerpo del útero está retraído é inclinado á la derecha; los dos ligamentos redondos son palpables

abdominal. El peritoneo se adhiere laxamente á los lados del cuello, en el sitio correspondiente á los ligamentos anchos, y gracias á esto puede escapar á la lesión, extendiéndose ésta al tejido conjuntivo del parametrio, el cual es ocupado por sangre extravasada que se colecciona en una tumescencia blanduzca. Estas colecciones sanguíneas toman el nombre de «*hematoma subseroso*» ó «*hematoma del ligamento ancho*».

Es sumamente importante para el médico el conocimiento de la *sintomatología clínica*, que acompaña á la hiperdistensión del cuello uterino y revela el *peligro inminente de que se verifique la rotura uterina*.

Quien esté acostumbrado á dedicar atención al estado general, observará bien pronto inquietud creciente, sobreexcitación y aspecto de sufrimiento de la mujer; ésta no presta ya atención á las exhortaciones y consuelos que se le dirigen, se mueve desesperada de una parte á otra de la cama, y de modo casi instintivo, en el momento que se presenta una contracción, dirige ambas manos al vientre como si quisiera prestarle un apoyo. La parturiente siente en la parte baja del útero un dolor tensivo, al principio, tan sólo en el momento de la contracción y, más adelante también, durante las pausas, el cual se exagera por los contactos con el vientre. El pulso aumenta rápidamente su frecuencia y la temperatura se hace subfebril. Este cuadro sintomático, que se desarrolla mucho tiempo después de la rotura de las membranas y va acompañado de una exagerada ductilidad contráctil, demanda de un modo apremiante un examen muy detenido, que será más conveniente practicarlo bajo la influencia de la narcosis clorofórmica. De este modo la violencia de las contracciones se calma algún tanto, no se provocan dolores y podemos hacer el examen mucho más detallado gracias á la relajación de las paredes abdominales.

Las figs. 477 y 478, tomadas en la mujer viva, reproducen las condiciones del hipogastrio en casos de amenaza de rotura uterina; la forma y situación de la víscera son muy diversas. El fondo está notablemente inclinado hacia un lado, ocupa un nivel muy elevado y sus paredes tienen tal dureza, independientemente de las contracciones, que no permite percibir claramente el feto. Esta parte del útero corresponde al cuerpo del órgano retraído. Por debajo se encuentra la zona del cuello más flexible que da una fluctuación elástica, es muy sensible á la presión y, durante las pausas, permite percibir con gran limpieza las partes fetales que recubre. Si la mano que hace la palpación se dirige desde el segmento inferior flácido al superior más duro, se nota, como límite entre los dos, un escalón saliente, que es el «*anillo de contracción*». Este puede ascender hasta el nivel del ombligo ó más arriba; cuanto más alto se encuentra, tanto mayor es la distensión sufrida por el cuello. De la dirección oblicua de este anillo se puede deducir cuál es el lado que se encuentra más distendido. En este lado se palpa también con frecuencia el ligamento redondo, el cual, estirado desde el fondo fuertemente retraído, se presenta como un cordón duro extendido oblicuamente sobre el segmento inferior.

A la exploración interna, la parte que se presenta, bien sea la cabeza ó el hom-

bro, se encuentra fija en el estrecho superior. A nivel del orificio uterino tan sólo se perciben, las más de las veces, los bordes apretados contra la presentación (figura 473). Si la vagina está también estirada hacia arriba, sus fondos de saco aparecen desplegados (fig. 475).

Esta sintomatología cambia, de ordinario, de un golpe si se produce la rotura. Casi siempre sobreviene la catástrofe repentinamente, en el momento de la mayor intensidad de una contracción. La parturiente lanza un agudo grito y hasta tiene la sensación de algo que hubiese estallado en el interior del vientre. Si el feto penetra en la cavidad peritoneal á través de la rotura, las contracciones cesan por completo, lo mismo que el dolor tensivo que existía primeramente. Entonces se producen todos los fenómenos propios del choque traumático (*shock*); la cara se pone pálida y contraída, la frente se cubre de sudor frío, la mujer es presa de malestar, vómitos y lipotimias, el pulso se hace muy frecuente y filiforme. Las condiciones del abdomen aparecen alteradas esencialmente; el útero, reducido de volumen y fuertemente contraído, está desviado al lado ó detrás del producto de la concepción, cuyas partes y, si se llega á tiempo, los últimos movimientos se perciben claramente por debajo de las paredes abdominales. Estos síntomas permiten establecer con seguridad el diagnóstico de rotura completa del útero.

El examen interno nos suministra otros datos que sirven para confirmar el diagnóstico. La parte presentada, que al principio era fija, se hace movable ó desaparece completamente; la sangre sale en abundancia, y el dedo, introducido profundamente, puede encontrar el punto de la rotura del cuello, y, hasta algunas veces, á través de ésta llega á tocarse la superficie lisa de las asas intestinales.

Al lado de estos casos bien marcados de rotura repentina, hay también otros en que los fenómenos son mucho menos tempestuosos y de sintomatología menos marcada. Si la rotura se produce gradualmente ó el feto no pasa á través de la rotura á la cavidad abdominal, porque está ya encajado en la excavación por la cabeza, ó por el hombro y el brazo, faltan los fenómenos de *shock* y de reacción peritoneal, la forma y el sitio del útero no se modifican, las contracciones continúan, aunque marcadamente debilitadas, y la presentación es todavía reconocible. El verdadero estado de las cosas es puesto de manifiesto por una pérdida continua de sangre, dolor en el punto correspondiente á la rotura, formación de un hematoma, mal carácter del pulso y agravación de los fenómenos generales.

Ya se produzca la rasgadura repentinamente ó de un modo gradual, ya penetre ó no el feto en la cavidad del peritoneo, la rotura perforante del útero es siempre un suceso muy grave y peligroso para la vida de la madre y del hijo. Por regla general, este último muere antes de que se logre extraerlo. La madre peligra, en primer término, por la hemorragia, y aun cuando se tenga la fortuna de cohibirla, el parto se realice y los fenómenos de *shock* se dominen, queda todavía la posibilidad de que se desarrolle una inflamación séptica del peritoneo que tenga por punto de partida la rotura. En las largas horas de trabajo infructuoso es muy fácil que se haya in-

fectado ya el canal genital y que los gérmenes sépticos lleguen hasta la cavidad abdominal, provocando una peritonitis generalizada que termina, casi sin excepción, fatalmente. Un tercio próximamente de las mujeres que sufren durante el parto una rotura uterina completa, sucumbe.

Como en muchas otras circunstancias morbosas, en la rotura del útero podemos prometernos mucho más de la *profilaxis* que de la terapéutica. Evitar que se produzca la rotura es mucho más fácil que curarla. La experiencia nos dice que son causas de esta complicación las estrecheces pélvicas, las presentaciones de hombro, la duración excesiva del parto después de la rotura de las membranas y las contracciones sumamente violentas cuando está impedida la progresión de la cabeza. En los casos en que existan estas condiciones, se vigilará mucho la aparición de los primeros signos de hiperdistensión del cuello, se impedirán los esfuerzos inútiles antes de que la cabeza haya sufrido las necesarias modificaciones plásticas y se evitará la distensión unilateral de la pared cervical, invitando á la mujer á estar echada sobre el lado correspondiente á la hiperdistensión, fajándola cuando el fondo uterino tenga una tendencia excesiva á inclinarse hacia adelante. Si el adelgazamiento de las paredes se hace muy acentuado y es inminente el peligro de la rotura, se tratará de acelerar el parto todo lo posible. La vida del feto pierde valor en estos casos, y el método mejor para que se termine el parto es el que exige una distensión mínima del canal blando. Si se trata de una presentación cefálica, la operación preferible será la craneotomía; en las presentaciones de hombro, la decapitación, y á lo más, si el niño está vivo, podrá permitirse un ensayo muy cuidadoso de versión, pero colocando á la mujer en estado de profunda narcosis.

Una vez que se ha producido la rotura, todavía puede curarse por sí misma si se consigue extraer el feto y cohibir la hemorragia. A este objeto se nos ofrecen dos modos de intervención: ó la extracción por las vías naturales ó la operación cesárea. Si el feto se encuentra todavía, en totalidad ó en su mayor parte, en la cavidad uterina, podrá practicarse la extracción *por la vagina*, previa la eventual embriotomía. Una vez que se ha hecho la extracción, la hemorragia se detiene y ya no se necesita otra cosa que la vejiga de hielo sobre el abdomen, el opio y el reposo absoluto. La rasgadura del peritoneo se ocluye muy pronto y al cabo de uno ó dos días está ya conjurado el principal peligro. Si la hemorragia continúa después de la extracción, se tratará de cohibirla mediante el taponamiento de la cavidad útero-cervical, al mismo tiempo que se ejerce una fuerte compresión sobre el abdomen, de tal modo que la víscera sea comprimida desde arriba hacia la cavidad pélvica, aproximando uno á otro los bordes de la rasgadura.

Si el feto ha pasado ya enteramente á la cavidad abdominal, el parto sólo puede terminarse por la laparotomía. Una vez extraído el feto y la placenta, se buscará la rasgadura y se cohibirá la hemorragia por la ligadura de los vasos ó la sutura de los bordes, y afrontando con la mayor exactitud posible la serosa peritoneal; eventualmente, si la rotura es muy extensa, ó si se ha iniciado ya la infección del útero,

se hará la extirpación completa del mismo. En cuanto al peritoneo pelviano, según las circunstancias, ó se cerrará por una sutura exacta ó, en los casos en que sea indudable la infección, se dejará una amplia comunicación con la vagina, por donde se establecerá un desagüe.

Es evidente que, en la práctica privada, la laparotomía tropieza con grandes dificultades, tanto que, mientras se puede, es preferible la extracción por las vías naturales; por el contrario, en las clínicas, en donde todo está dispuesto para las grandes operaciones, deberá recurrirse siempre á la operación cesárea, que ofrece en ellas mayores garantías de éxito. Pero para elegir el género de intervención, es decisivo, en todos los casos, el estado en que se encuentra el canal genital en el momento en que debe operarse; si se ha iniciado ya una infección séptica, la laparotomía y la sutura del útero no preservan de la peritonitis séptica; mientras que, en condiciones asépticas, es muy probable una curación sin que se eleve la temperatura.

Ofrece analogía con la rotura uterina, debida á la hiperdistensión de las paredes cervicales, una lesión que se observa, por lo demás, muy raras veces, y que consiste en que, sin que preceda distensión de las paredes y sin síntomas prodrómicos, en los últimos meses del embarazo ó al principio del parto el útero *se rasga ó revienta*. Esta lesión se produce de ordinario en el *cuerpo del útero y sobre todo en el fondo*; algunas veces puede ser atribuída á algún traumatismo, caída ó golpe sobre el abdomen, ó bien el accidente es debido á que se adelgaza y cede una cicatriz procedente de una operación cesárea anterior ó de una salpingotomía que fué debida á una preñez intersticial. En otras ocasiones no existe ninguna causa demostrable y hay que pensar en un desarrollo defectuoso de la musculatura, como sucede en el útero unicorne ó en la degeneración grasosa, la atrofia ó las erosiones de la pared uterina provocadas por el desarrollo de la placenta, necrosis consecutivas á la formación de trombos, etc.

Las *roturas violentas* del útero grávido y parturiente se producen por un mecanismo atípico no precisable. Puede tratarse de lesiones accidentales, como una caída sobre el abdomen, un proyectil ó la cornada de un toro, que afecten al útero y perforen su pared. En esta categoría entran también las lesiones provocadas por la mano y los instrumentos del tocólogo. Pero también aquí hay puntos de predilección para la rotura. Ya hemos hecho mención de las rasgaduras profundas longitudinales que interesan lateralmente el cuello á consecuencia de extracciones forzadas y dilataciones incompletas; lo mismo podemos decir de las roturas que se producen cuando la mano del médico es introducida entre el cuerpo del feto y la pared cervical excesivamente distendida, ó cuando, en las situaciones transversales, es forzada la evolución del feto, á pesar de la tensión excesiva de las paredes de la víscera. Al mismo orden de lesiones pertenece también la *perforación del fondo de saco posterior de la vagina*. Es fácil que ésta sea producida por la rama del forceps ó la mano introducida, por ejemplo, para el alumbramiento artificial, y es suficiente una presión moderada para abrir una falsa vía, rasgando el fondo de saco, ya ex-

cesivamente adelgazado. La mano, en estos casos, penetra en la cavidad libre del abdomen y, al retirarla, salen á la vagina el omento y las asas intestinales. Algunas veces el peritoneo ofrece resistencia á la presión y se desprende de su base de implantación. Yo he asistido á la autopsia de una mujer en la cual, después de algunas tentativas de aplicación de forceps, no solamente se estableció una amplia perforación del fondo de saco vaginal, sino también un desprendimiento del peritoneo y del tejido conjuntivo retroperineal mismo hasta la región renal.

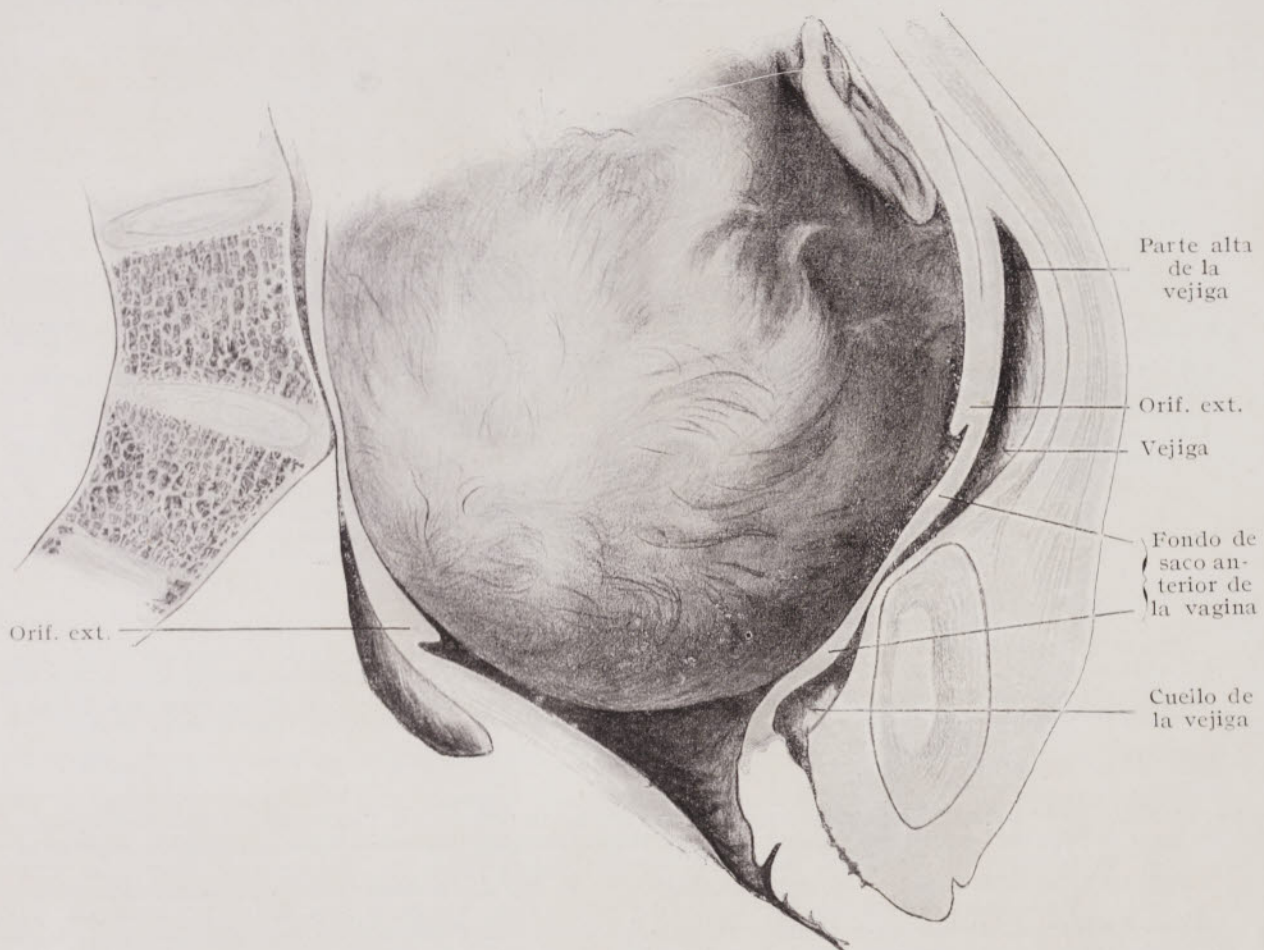


Fig. 479

Incarceración de la pared cervical posterior, del fondo de saco vaginal anterior y del cuello de la vejiga en un caso de estrechez pélvica

El tratamiento de estas lesiones debe ajustarse á los principios ya expuestos, y consiste en la laparotomía y sutura de la herida ó en el taponamiento del canal genital.

Por último, hay una última variedad de lesiones del útero, que están representadas por el *desgaste* ó la *necrosis* de sus paredes. Esto se verifica en aquellos puntos en que la pared viene á quedar comprimida, durante largo tiempo, entre la cabeza y la pelvis, ó cuando sufre una pasajera, pero notable, compresión en los partos

que se terminan mediante la intervención de instrumentos. Las más de las veces son los fondos de saco vaginales y el cuello los puntos que quedan comprimidos entre la cabeza y la sínfisis del pubis ó, respectivamente, el promontorio (fig. 479). De esto nos hemos ocupado ya al tratar de las estrecheces pélvicas. Los tejidos que sufren tan intensa compresión caen en necrosis y son eliminados en el curso del puerperio; después queda una ulceración, que se cura, dejando en su lugar una cicatriz radiada. Si la pared posterior de la vejiga queda comprendida en la zona de la compresión, después de la eliminación de la parte necrosada queda una fístula vesical.

Bibliografía

Rasgaduras perineales:

OLSHAUSEN, Ueber Dammverletzung und Dammschutz. Volkmann's Samml. klin. Vortr. 44. BANTOCK, On the treatment of rupture of female perineum etc. London 1878. BALANDIN, Klin. Vortr. a. d. Gebiete d. Geburtsh. etc. Petersburg 1883. KELLER, Die fortlaufende Catguthmaht b. Scheidendamrissen. Arch. f. Gyn. 26. O. FALK, Dammriss, Dammschutz und Dammaht. Trabajo sintético que contiene abundantes datos bibliográficos. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 11. B. S. SCHULTZE, Dammschutz. Samml. klin. Vortr. N. F. 278.

Rasgaduras de la vulva y de la vagina:

W. A. FREUND, Verletzungen der Scheide und des Dammes bei natürlich ablaufender u. bei künstl. mittelst der Zange beendigter Geburt. Gynäkologische Klinik, I. 1885, S. 135. WINCKEL, Path. u. Therapie d. Wochenbettes. DUNCAN, London. Obst. Trans. 31. EVERKE, Ueber Kolpoporrhösis. i. d. Geburt. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 7. KAUFMANN, Ueber die Zerreiſsung des Scheidengewölbes während d. Geburt. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 13. HUGENBERGER, Ueber Kolpoporrhösis in der Geburt. Petersburger med. Ztschr. 1875, 5. u. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 4. P. MÜLLER, Scanzoni's Beiträge 6 u. 7.

Trombos de la vagina y de la vulva:

WERNICH, Haematoma vulvae et vagin. Beitr. z. Geb. u. Gyn. 3. WINCKEL, Path. u. Therapie d. Wochenbettes. III. Aufl. Berlin 1878. LWOFF, Ueb. d. Blutgeschwülste der äusseren Geschlechtsorgane und der Scheide. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 13 (con literatura completa). LÖHLEIN, Zur Entstehung und Behandlung d. Haematoma vulvae der Neuentbundenen. Cbl. f. Gyn. 1897. BUDIN, Progrès méd. 1887.

Roturas del útero:

BANDL, Ueber Ruptur der Gebärmutter und ihre Mechanik. Wien 1875. OLSHAUSEN, Ueber Durchreibungen u. Rupturen des Uterus. Mon. f. Geb. 20. NIEBERDING, Ectropium u. Risse am Hals der Gebärmutter. Würzburg 1879. PISKACEK, Beitr. zur Therapie und casuistik der Uterusruptur. Wien 1889. FEHLING, Ueber Uterusruptur. Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 54. HOFMEIER, Ueber Contraktionsverhältnisse d. kreissenden Uterus und ihre eventuelle Behandlung. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 6. LEOPOLD, Zur Behandlung d. Uterusruptur. Verh. d. II. Congress d. deutschen Ges. f. Gyn. 1888. SÄNGER, Ueber Ruptura uteri. Verh. d. deutsch. Ges. f. Gyn. VI, 1895. H. W. FREUND, Die Mechanik und Therapie der Uterus- und Scheidengewölberisse. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 23. R. BRAUN v. FERNWALD, Ueber Uterusruptur. Wien 1894. V. DITTEL, Z. Uterusruptur. Arch. f. Gyn. 44. FÜTH, Z. Casuistik u. Aetiologie d. Uterusruptur. C. f. Gyn. 1903, Nr. 9. W. A. FREUND, Zur Anatomie und Pathologie der Dehiscenz des graviden Uterus. Hegar's Beiträge 4. E. SCHRÖDER, Zur vaginal. Exstirp. d. Uterus unmittelbar nach rechtzeitiger Geburt b. Carcinom und bei Uterusruptur. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 39. V. FRANQUÉ, Die Entstehung und Behandlung der Uterusruptur Würzburger Abhandl. II. 1901. FRITSCH, Die Behandlung d. Uterusruptur. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. VI. Aquí también se encuentra literatura sobre el tratamiento hasta el año 1895. KLIEN, Ueber operative und nicht operative Behandlung. d. Uterusruptur, kritische Studien über 367 in den letzten 20 Jahren publizierte Fälle. Arch. f. Gyn. 62. ZWEIFEL, Ueber die Behandlung der Uterusruptur. Hegar's Beiträge 7, 1903. KORMANN, Ueber d. Uterusrupturen in forenser Beziehung. Leipzig 1864. S. hierüber auch FRITSCH, Gerichtl. Geburtshilfe, Stuttgart 1901.

Lección XXV

Hemorragias durante y después del parto.—Hemorragias debidas á rasgaduras.—Hemorragias de la superficie de inserción de la placenta.—Desprendimiento precoz de la placenta normalmente implantada.—Inserción baja de la placenta y placenta previa.—Retención de la placenta.—Hemorragias atónicas.—Inversión del útero.—Hemorragias tardías

SEÑORES: La presentación de una hemorragia en el curso del parto, ó después del mismo, es siempre un acontecimiento impresionante. Todo parece marchar conforme á nuestros deseos, cuando de repente la salida de sangre por los órganos genitales, en pequeña cantidad de momento, pero en forma torrencial inmediatamente después, pone en serio peligro la vida de la mujer. El práctico se encuentra entonces en momentos bien difíciles, puesto que si por una parte está obligado á poner en práctica todos los recursos necesarios para cohibir la hemorragia, no debe, por la otra, cometer ninguna transgresión que comprometa las apremiantes exigencias de la antisepsia. No habiéndose pensado en la posibilidad de una hemorragia, no se tienen preparados instrumentos, medicamentos ni piezas de apósito, la mujer sale de una lipotimia para caer en otra, y los individuos de la familia pierden la cabeza. Si en estas circunstancias pretendemos ser verdaderamente útiles, no basta que apelemos á la entereza y sangre fría, sino que es necesario, ante todo, hacerse cargo de las *causas de la hemorragia* para poderla combatir por los medios más apropiados.

Las hemorragias que se presentan durante ó después del parto provienen de *rasgaduras de las partes blandas del canal genital ó del sitio de implantación de la placenta*. Ya nos hemos ocupado en el capítulo anterior de las hemorragias debidas á dislaceraciones de la vulva, de la vagina y del útero, habiéndonos detenido en el estudio de su tratamiento. Son más frecuentes y tienen, por lo tanto, mayor impor-

tancia práctica las hemorragias que proceden del sitio de implantación de la placenta, las cuales vamos á estudiar ahora.

La fig. 480 representa los vasos de la superficie de inserción de la placenta de los cuales proviene la hemorragia. En esta preparación, procedente del útero de una mujer muerta inmediatamente después del parto, á consecuencia de una hemorragia, podéis ver completamente abiertas en la cavidad uterina numerosas arterias y venas de paredes delgadísimas y muy próximas unas á otras. Estos son los *vasos*

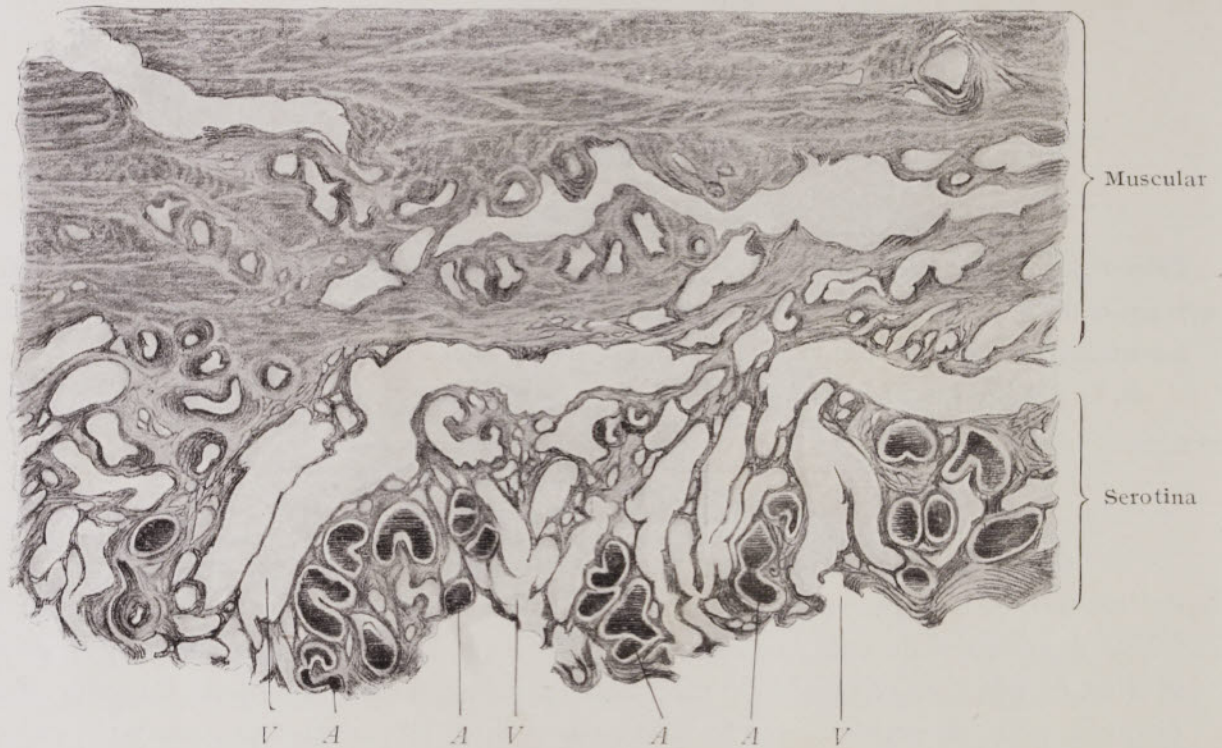


Fig. 480

Vasos útero-placentarios en una mujer muerta por hemorragia consecutiva al parto

Sección transversal de una porcioncita de tejido de unos 2,5 cm. de largo, correspondiente al punto de inserción de la placenta. Aumento 5 diámetros. A, arterias; V, venas

útero-placentarios, que ya hemos descrito, los cuales, durante todo el embarazo, están encargados de conducir la sangre materna á los espacios intervellosos y desde éstos otra vez á las paredes uterinas.

Si se tiene en cuenta cuán uniformemente abundante es el desarrollo vascular en todo el sitio correspondiente á la inserción de la placenta, y que los vasos, que son extraordinariamente tiernos y delicados, han de ser por fuerza lacerados en el momento del desprendimiento de la misma, se comprende fácilmente la importancia que tiene el punto de implantación de esta última como origen de hemorragias graves durante el parto.