3046

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

INDICACIONES

DEL

PARTO PREMATURO ARTIFICIAL

TÉSIS

PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUJÍA

POR

MANUEL G. PEREZ

BUENOS AIRES

LA SEMANA MÉDICA, Imp. y Enc. de Emilio Spinelli y Cia

475 — Cerrito — 475

1898

La Facultad no se hace solidaria
las opiniones manifestadas en las tésis

(Art. 162 del Reglamento).

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

Dr. D. ENRIQUE E. DEL ARCA

Vice Decano

Dr. D. PEDRO MALLO

Académicos Titulares

Dr. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » JOSÉ T. BACA
» » RAFAEL HERRERA VEGAS
» » PEDRO MALLO
» » JACOB DE T. PINTO
» » EUFEMIO UBALLES
» » JUAN R. FERNANDEZ
» » ENRIQUE E. DEL ARCA
» » PEDRO N. ARATA
» « MANUEL BLANCAS
» » ROBERTO WERNICKE
» » PEDRO LAGLEIZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GÜEMES
» » ELISEO CANTON

Académicos Honorarios

Dr. D. ERNESTO ABERG
» » PABLO MARENGO
» » EDUARDO WILDE
» » MARTIN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI

Secretario Titular

Dr. D. LUIS M. ACUÑA

Pro-Secretario

Dr. D. ZENON AGUILAR

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos titulares
Anatomía Descriptiva	Dr.	Juan José Naon
Anatomía Topográfica	„	Juvencio Z. Arce
Histología teórico-práctica	„	Rodolfo de Gainza
Hisiología General y Humana	„	Pedro J. Coronado
Patología General y ejercicios clínicos	„	Roberto Wernicke
Materia Médica y Terapéutica	„	Justiniano Ledesma
Higiene Pública y Privada	„	Meliton G. del Solar
Patología Externa	„	Obdulio Hernandez
Patología Interna	„	José Penna
Anatomía Patológica	„	Telémaco Susini
Bacteriología	„	Catlos Malbran
Medicina Operatoría	„	Adalberto Ramaugé
Enfermedades de mujeres y su clínica	„	Enrique Bazterrica
Enfermedades de niños y su clínica.	„	Manuel Blancas
Enfermedades de los ojos y su clínica	„	Pedro Lagleyze
Enfermedades nerviosas y su clínica	„	José M. Ramos Mejia
Enfermedades mentales y su clínica	„	Domingo Cabred
Clínica quirúrjica	„	Julian Aguilar Antonio C. Gandolfo Alejandro Castro
Clínica médica	„	Abel Ayerza Gregorio N. Chaves Luis Güemes Francisco Sicardi
Obstetricia y clínica respectiva	„	Samuel Molina
Medicina legal.	„	Eduardo M. Perez
Enfermedades Génito Urinarias.	„	Federico Texo
Toxicología	„	Juan B. Señorans
Química aplicada á la medicina.	„	Pedro N. Arata
Química Analítica	„	Atanasio Quiroga
Física médica	„	Jame R. Costa
Zoología médica	„	Eliseo Canton
Enfermedades venéreas y dermatología	„	Baldomero Sommer
Botánica Médica	„	Martín Spuch
Laringología, otología, rinología	„	Eduardo Obejero
Farmacía teórica	„	Juan A. Boeri
Farmacia práctica	„	J. Manuel Irizar
Botánica farmacéutica	„	Adolfo Mujica
Obstetricia para alumnas parteras	„	Juan R. Fernandez
Odontología	„	Nicasio Ectheparebordа
Dentista operatoria	„	Leon Pereira

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Anatomía Descriptiva	Dr. Juan D. Piñero
Anatomía Topográfica	„ Avelino Gutierrez
Histología (teórico-práctica)	„ Samuel de madrid
Fisiología General y Humana	„ Vacante
Higiene Pública y Privada	„ Enrique Revilla / Ricardo Schatz
Patología General y ejercicios clínicos	„ Gregorio Araoz Alfaro
Materia Médica y Terapéutica	„ Enrique E. del Arca / Angel M. Centeno
Patología externa	„ Pascual Palma / Daniel J. Cranwell
Patología interna	„ Marcial V. Quiroga
Anatomía Patológica	„ José Badía
Medicina Operatoria	„ Alejandro Posadas
Enfermedades de mujeres y su clínica	„ Alfredo Lagarde / José T. Molinari
Enfermedades de niños y su clínica	„ Antonio F. Piñero / Facundo Larguia
Enfermedades de los ojos y su clínica	„ Francisco Barraza / Teófilo A. Moret
Enfermedades nerviosas y su clínica	„ José A. Esteves / José R. Semprum
Enfermedades mentales y su clínica	„ Bbenjamin T. Solari
Clínica quirúrjica	„ Juan B. Justo / Diógenes Decoud
Clínica médica.	„ Julio Mendez / Ignacio Allende
Obstetricia y Clínica respectiva.	„ Luis F. Vila / Fanor Velarde
Física médica	„ Juan B. Galliano
Medicina legal.	„ Francisco de Veyga / Domingo Cavia
Toxicología	„ Juan Alba Carreras
Botánica médica	„ Roberto S. Kolbe
Farmacia práctica	„ Vacante
Laringología, otología, rinología	„ Wenceslao Tello
Enfermedades venéreas y dermatología	„ Maximiliano Abeerastury
Obstetricia para alumnas parteras	„ Enrique Pietranera

PADRINO DE TESIS:

Académico Doctor PEDRO LAGLEYZE

Al Dr. Baldomero Sommer

Tu facis hoc

... Cuando enfermo del cuerpo y con el espíritu desfalleciente, parecíame ardua empresa y de imposible realización el advenimiento de este día en mi vida, sentí vuestra voz amiga y vuestro cariñoso esfuerzo que me alentaba...

Renacieron mis esperanzas; y si he llegado á la cima, todo os lo debo, Doctor Sommer!...

Aceptad mi tésis, no ya como una prueba de la estimación cariñosa que os profeso, sino como una demostración débil, pero sincera, del profundo reconocimiento que os deberá siempre

Manuel G. Perez

Setiembre de 1898

A la memoria de mis padres

Gratitud eterna!

A la memoria

del eminente cirujano argentino

Doctor Teodoro Alvarez

Gratitud.

A mi esposa y á mis hijos

Cariño!

I

El parto prematuro artificial, es la provocación del parto antes del término normal del embarazo y en una época en que el feto es viable. Se habrá cumplido, toda vez que por medio de una operación, ó de un agente terapéutico, se haya provocado la expulsión del feto, en una época en que es viable, evitando de este modo á la madre y al hijo, los graves accidentes, que indudablemente hubiesen padecido, si se deja llegar el embarazo á su término normal. Se diferencia el parto prematuro artificial del aborto provocado: en que el primero, tiene por objeto conservar la vida del niño al mismo tiempo que la salud de la madre; difiere ademas en que, en el primero, el feto es viable, es decir, que ha llegado al séptimo mes; mientras que el segundo, aún no ha llegado á esta época.

Se diferencia tambien el parto prematuro artificial del parto forzado, en que este último tiene por objeto abreviar el parto natural; durante el trabajo, abriendo el cuello uterino no preparado y desocupando rápidamente la cavidad uterina.

II

El parto prematuro artificial, es una de las mas hermosas conquistas del siglo XVIII en el arte de la obstetricia. Extraña que considerando el peligro que en algunos momentos se encuentra la vida de la madre y del hijo, en ciertos casos, cuando se deja llegar la preñez á su término normal, se haya retardado tanto esta operación.

Es en Inglaterra donde el parto prematuro artificial tomó nacimiento. En el año 1756, dice Deuman, los médicos mas notables de Lóndres, se reunieron para deliberar, sobre el valor moral y las ventajas de semejante procedimiento, acordándole una aprobación unánime. Macauly fué el primero, que emprendió esta operación, dándole brillantes resultados, en las mujeres cuyas pelvis eran viciadas y los niños habian llegado á la época de la viabilidad. Kelly que comunicó estos hechos á Deuman, provocó el parto prematuro, tres veces en la misma mujer, consiguiendo salvar dos niños. A partir de esta época, dicha operación goza de gran boga en Inglaterra y es ejecutada con éxito.

En 1799, Mai, sin tener conocimiento que dicha operación se hubiera practicado en Inglaterra, la propuso en Alemania, apreciando bien la importancia de dicha operación y precisando el manual operatorio. Mas tarde, en 1804, C. Wenzel, discípulo de Weidsman y siguiendo la inspiración de su maestro «que

había propuesto en 1774 el parto forzado, en el séptimo mes, en los casos de angustia pelviana, pero que despues modificó su proposición, la puso en práctica con buen éxito, siendo despues sostenida por Kraus, Nœgele, Kluge; este último la practicó veinte veces en diez años. La Holanda la puso en práctica por esa misma época. En 1829 Lovati la practicó en Italia, habiendo tenido por imitadores, á Billi, Ferrario y otros, que la practicaron dándoles brillantes resultados.

En Francia, esta operación encontró mucha resistencia, por parte de Baudeloque y de sus discípulos, quedando, como dice el Dr. Joulin, condenada á un verdadero ostracismo. Madamme Lachappelle, Capuron y otros, siguieron la opinión de Baudeloque, el cual declaró esta operación no solamente inútil y peligrosa, sino hasta criminal, en los casos de angustias pelvianas, á pesar del gran número de partidarios que tenía esta operación en el extranjero. Gracias á los esfuerzos de Stoltz, de Strasburgo, que por el año 1831 practicó esta operación en Francia, en una mujer raquítica, en la que en partos anteriores, había sido necesario emplear la craneotomía, y el impulso que le dieron Dubois, Deseioneris, Velpeau y otros, hizo que el parto prematuro artificial, se anexionase á la práctica francesa; y esto teniendo en cuenta los brillantes resultados que daba, tanto para la madre como para el hijo, comparándola con las otras operaciones tocológicas que se pracricaban entonces.

Stoltz, en 1838, publicó una estadística de 211 casos de parto prematuro artificial, en los cuales más de la mitad de los niños han vivido, y solo una mujer, de 150 operadas, sucumbió. Velpeau, por esta misma época, practicó la misma operación en un caso análogo al de Stoltz, con buen éxito.

Entre nosotros viene poniéndose en práctica desde muchos años atrás, con éxito satisfactorio.

III

Antes de entrar á tratar de cada uno de los casos en que está indicado el parto prematuro artificial, conviene tener presente que el niño esté vivo; pues como dice Hubert, si estuviese muerto, la naturaleza se encargaría de su expulsión. Por otra parte, una vez muerto el producto de la concepción, cesan en cierto modo los peligros que existían para la madre. Pero independientemente de la muerte del feto, hay algunos casos en que es de suma necesidad el provocar el parto, como sucede en la inserción viciosa de la placenta, la eclampsia, ó una hemorragia que ponga en peligro la vida de la madre.

Es necesario tener en cuenta la viabilidad del feto; ésta comienza á los 180 días de la concepción, y á medida que el embarazo llega á su término normal, el niño tendrá mayores probabilidades de vida. La expulsión antes del término normal del embarazo, de un feto viable, está indicada cuando en ciertos casos se

encuentra comprometida la existencia de la madre y que pueda esperarse salvar al hijo. La indicación del parto prematuro artificial es lícita y al mismo tiempo obligatoria «cuando la mujer es eminentemente débil, nerviosa, sujeta á espasmos, que vomita sin cesar todos los alimentos y que no se nutre.»

En estos casos, la operación está plenamente justificada, por los peligros á que está expuesta la madre y por la probabilidad que el niño viva después de la expulsión.

Está admitido como principio de moral social, que el hombre de arte, debe tratar de conservar la vida de la madre, necesaria á la familia y útil á la sociedad. En esta operación, se consigue á menudo estos dos objetos, salvando dos existencias que estarian muy comprometidas, si se abandonase el parto á sus solos esfuerzos.

IV

Los casos en que está plenamente justificada la provocación del parto prematuro, son:

1.° Cuando una estrechez de la pelvis, ó un tumor irreducible, disminuye los diámetros de esta cavidad, hasta el punto de comprometer la vida del feto en el momento de su extracción.

2.° Cuando la existencia de la madre se encuentra amenazada por una enfermedad que se ha desarrolla-

do á causa del embarazo y que es susceptible de desaparecer después del parto.

3.º Cuando el riesgo para la madre, nace de una enfermedad extraña al embarazo, pero que recibe á causa de él, una agravación funesta. Tenemos, pues, que las condiciones en que es requerida la necesidad de provocar el parto prematuro, son vicios de conformación de la pelvis; en ciertas hemorragias; en la inserción viciosa de la placenta; en los vómitos incoercibles; en la eclampsia; en ciertas enfermedades orgánicas, tales como las del corazón y de los pulmones, que aunque extrañas al embarazo, sin embargo amenazan la vida de la madre, por la dificultad de la respiración, sobre todo en los últimos meses, á causa de la distensión del útero.

V

Vicios de conformación de la pelvis.—Hay muchos vicios de conformación de la pelvis, en que las dimensiones normales disminuyen, haciendo por consiguiente peligroso y algunas veces hasta imposible el parto. En el estado fisiológico, la pelvis, está formada por cuatro huesos, que están unidos entre sí, por medio de ligamentos, dispuestos de diferente modo al rededor de las superficies articulares, constituyendo un conducto, que tiene que ser recorrido por el feto al salir del claustro materno. La capacidad de este conducto, difiere un poco en los diferentes individuos,

guardando siempre una relación con el volúmen normal del producto de la concepción. .

De este modo se satisface, esa gran ley de todo parto fisiológico que exige: la coincidencia de los grandes diámetros fetales con los grandes diámetros de la pelvis de la madre. Alejándose, pues, de su tipo normal, ya por uu vicio en sus formas ó en sus dimensiones, constituye un obstáculo, para la terminación favorable del parto, existiendo entonces un vicio de conformacion, que es una de las más graves causas de distocia por parte de la madre.

Los vicios de conformación de la pelvis, no constituyen siempre un obstáculo al parto expontáneo, sino en los casos en que haya desproporción, entre los diámetros del feto y los de la madre; esto hace, que sea sumamente difícil determinar, la proporción de pelvis viciadas en relación con las normales, porque siendo la deformidad ligera, puede pasar desapercibida. Baudelocque y M. Lachappeble han publicado cuadros estadísticos que comprenden muchos miles de partos y la proporción establecida por ellos es casi idéntica, pues el primero encuentra un vicio de conformación para 447 pelvis normales y la segunda 1 por 434. Algunos autores ingleses, entre ellos Blaud y Meriman han levantado estadísticas pero en menor número, la proporción es de 1 por 257.

Por regla general, los vicios de conformación de la pelvis, no se encuentra con la misma frecuencia, los que pertenecen al raquitismo, son más frecuentes que

los producidos por la Osteomalacia. Las diferentes variedades estrecheces pelvianas, estan lejos de presentarse con igual frecuencia,puede decirse,que la disminución del diámetro antero posterior del estrecho superior, constituye la regla y las otras la excepción.

Los autores de obstetricia, han tomado diferentes bases para la clasificación de las pelvis viciadas; unos se han fijado en la causa de su alteración, otros en su forma y por fin otros en su grado de estrechez. Si bien es cierto que la causa que ha producido la lesión, le imprime cierto sello á la deformidad, sin embargo hay respecto á esto numerosas excepciones. Así tenemos,como dice el Dr. Joullin,pelvis por el raquitismo, presentar el mismo aspecto, que las que son debidas á la Osteomalacia, si bien que las alteraciones son mucho más graves en este último caso.

Las pelvis viciadas pueden dividirse en tres grupos:

1.º Pelvis deformes, modificación en la relación de sus díámetros.

2.º Pelvis viciadas con regularidad. Anomalía de capacidad.

3.º Pelvis alteradas por un traumatismo ó por el desarrollo de degeneraciones ó tumores óseos.

VI

Muchas son las causas, que pueden producir los vicios de conformación de la pelvis, los más frecuentes son el raquitismo, la Osteomalacia y las luxaciones

congénitas ó adquiridas. El *raquitismo*, es una enfermedad constitucional de la infancia, caracterizada por una abundante producción de tejido óseo, antes de que el esqueleto haya adquirido su completo desarrollo.

Ataca durante los primeros años, y tiene su máximum de frecuencia de los tres á los siete. Es sumamente raro durante la vida intra-uterina; pues el Dr. Guerín, que ha estudiado esta enfermedad detenidamente, solo ha encontrado tres casos. Hay, pues, en esta enfermedad, un reblandecimiento muy marcado y falta de desarrollo de los huesos.

La Osteomalacia.—Es una enfermedad propia de la edad adulta, que se desarrolla en las gentes poco acomodadas, que viven en sitios húmedos, y que han sido debilitadas en preñeces anteriores. Las primeras manifestaciones de esta enfermedad, tienen su sitio en la pelvis, son dolores localizados en los izquior, que se irradian al puvis y á las vértebras. Hay en la osteomalacia, como en el raquitismo, un reblandecimiento de los huesos, pero segun Virchou, existen diferencias muy marcadas; en la osteomalacia, el hueso ha adquirido todo su desarrollo, pero ha habido reabsorción del elemento calcáreo, que le ha hecho perder su consistencia; en el raquitismo, el hueso ha sido detenido en su evolución; no ha habido reabsorción de las partes blandas. A la osteomalacia, se deben los osteófitos intracraneanos observados por Ducrets y las placas óseas encontradas por Joullín en la pelvis.

Las luxaciones congénitas, así como las adquiridas,

pueden determinar deformaciones de la pelvis y por consiguiente dificultan la expulsión del feto en el acto del parto.

VII

Pelvis deformes.—Las pelvis deformes, cuando existe modificación en la relación de los diámetros, se dividen segun Dubois en tres tipos principales. 1.º Cuando la modificación es en el diámetro antero posterior. 2.º Sobre los diámetros oblicuos y 3.º sobre el diámetro transversal: la alteración de uno de estos lleva consigo casi necesariamente la de los otros.

Diámetro antero posterior.—En esta clase de pelvis el vicio recae generalmente en el sacro; este hueso esperimenta deformaciones muy variables: unas veces, la base ó articulación sacro vertebral, se hace más saliente y se adelanta hacia la área del estrecho superior, experimentando entonces el vértice, un movimiento de báscula que lo dirige hacia atrás, de este modo el diámetro pelviano disminuye y aumenta el coxi-puviano otras veces está exagerada la cortadura natural del sacro, estando dirigidas sus dos extremidades hacia adelante: este exceso en la corvadura, hace que aumente la capacidad de la escavación y disminuya la longitud de los diámetros antero-posteriores de los estrechos.

Puede también suceder que esté disminuída la corvadura natural del sacro, y que su cara anterior sea casi plana, ó que se haga convexa hacia adelante; en

estos dos casos tendremos disminución del diámetro antero-posterior de la escavación. La proyección del ángulo sacro vertical,puede exagerarse hacia adelante y estrechar el diámetro sacro puviano. Puede también la sínfisis puviana, por hundimiento hacia atrás de su pared, contribuir á la estrechez del diámetro antero-posterior. Cuando existe esta disposición, puede tomar la forma de un ocho de guarismo; dudando Jaquonier que este hundimiento exista en un grado tan notable.

El diámetro antero-posterior, es el mas corto del estrecho abdominal, no pudiendo sin inconveniente experimentar una reducción de su longitud. Puede,sin embargo el parto ser expontáneo y no presentar fenómeno alguno que revele la estrechez cuando esta deja al feto un camino de nueve centímetros por lo menos. Las estrecheces menos marcadas ó poco considerables, son naturalmente las mas comunes, siendo raras por bajo de ocho centímetros, y excepcionales menores de cinco.

Pelvis viciadas en los diámetros oblicuos.—Estos vicios son menos comunes que los anteriores, pudiendo hallarse reducidos estos diámetros, bien simultáneamente ó bien aislados, segun que el vicio recaiga en uno ó en los dos diámetros. Este vicio es debido al aplanamiento ó hundimiento de las paredes antero-laterales de la pelvis, disminuyendo por consiguiente, la curva del ileo correspondiente, ó formando eminencia hácia su cavidad. Ocupando esta deformación to-

dà la altura del hueso, la estrechez, será no solamente para el estrecho superior, sino tambien para la escavación y el estrecho inferior.

En este vicio, pueden las paredes laterales de la pelvis, estar tan deprimidas ó hundidas hacia la cavidad pelviana, y la sínfisis de los putis, que forman un ángulo agudo hacia adelante, que aunque raros, las ramas horizontales están casi en contacto por su cara interna.

Existe una variedad de deformación oblicua á la cual se le ha designado caracteres particulares y cuya causa es de naturaleza desconocida; esta deformación es la *pelvis oblicua oval de Noegeli*, llamada así, porque éste fué el primero que la descubrió. Presenta los caracteres siguientes: fusión completa entre el sacro y el hueso innominado del lado correspondiente, acompañada de falta de desarrollo de los huesos del mismo lado de la anquilosis. Los agujeros sacro-anteriores, estrechados en el lado correspondiente á la anquilosis, desviación del saco hacia el mismo lado y su cara anterior vuelta hacia el coxal de este lado. Su sínfisis puviana está desviada hacia el lado opuesto y no corresponde con el ángulo sacro-vertebral, menos anchura del hueso coxal y de su escotadura ciática; su concavidad está disminuída, hay un aplanamiento marcado, sobre todo si se le compara con el del lado opuesto. Los diámetros han sufrido también algunas alteraciones; el diámetro oblicuo correspondiente á la anquilosis, se encuentra más ó menos acortado, mien-

tras que el otro conserva su longitud normal, ó bien está aumentado; la distancia sacro-cotiloidea del lado de la anquilosis está reducido y aumentada la del lado opuesto.

Pelvis viciadas en el diámetro transversal.—Velpeau se expresa de la manera siguiente respecto á este vicio de conformación de la pelvis: «En el estrecho superior, el acortamiento del diámetro transversal es el más raro de todos y quizás nunca se le ha encontrado aislado.»

A pesar de la opinión de este sabio, Sedillot ha descrito pelvis en las que el diámetro antero-posterior era mayor que el transversal. En estos vicios de conformación, el diámetro transversal se encuentra disminuído en el estrecho superior, los huesos ilíacos están aplastados y dirigidos hacia adentro, ó las crestas y el hueso ilíaco casi recto. Estos hechos se refieren á luxaciones congénitas dobles. M. Lachapelle, refiere un caso de esta lesión, en un solo lado, que había deformado el hueso coxal correspondiente, lo bastante para disminuir el diámetro transversal; pero son excepciones. En el estrecho inferior, el acortamiento de dicho diámetro es más común y por consiguiente más grave, si se tiene en cuenta el acortamiento de este diámetro en el estado normal; esta deformación coincide á menudo con el raquitismo.

Pelvis viciadas con regularidad. Anomalías en su capacidad.—Las pelvis de esta naturaleza, pueden á pesar de conservar su regularidad, presentar anoma-

lías en su capacidad; pudiendo éstas dividirse en dos categorías. La pelvis viciada, por exceso de amplitud, es una anomalía que no merece detenerse en ella, pues no trae ningún trastorno para el parto y por consiguiente no puede ser causa de distocia, lo único que produciría sería la expulsión rápida del feto; sabemos que esta terminación del parto, lejos de ser perjudicial es de un gran bien para la madre y para el hijo; para la madre, porque cuanto más corto es el trabajo del parto, menos expuesta se encuentra á los peligros que pudieran presentarse en el puerperio; y en cuanto al hijo, su vitalidad se encuentra menos comprometida, por las compresiones que experimenta en un parto lento.

En el caso de anomalía, debida á un exceso de estrechez y que Velpeau llamó *estrechez absoluta*, puede dividirse en dos categorías distintas. En la primera, se comprenden las mujeres que tienen la estatura común, pero cuyas formas son delgadas y esbeltas: presentándose este vicio en estas circunstancias, es difícil que el práctico sospeche esta anomalía en la capacidad de la pelvis, si no es por los antecedentes de la mujer en partos anteriores, que le proporcione entonces hacer un reconocimiento completo, ninguna deformidad del esqueleto llama la atención, y hay casos en que no se ha reconocido sino hasta el momento de la expulsión del feto. Nœgeli atribuye esta anomalía á un capricho de la naturaleza.

La estrechez absoluta es rara, pues tan solo refiere

Nœgeli tres casos y Lenoir cuatro, correspondiendo á mujeres cuya talla era superior á la media.

En la segunda categoría, se colocan las pelvis de las mujeres enanas, á causa de su incompleto desarrollo de estatura. Únicamente en estas mujeres, la pelvis es reducida con regularidad en todos sus diámetros, no permitiendo por consiguiente, que sea expontánea la expulsión del feto. Con todo, á pesar de ser la mujer enana, no lleva forzosamente la estrechez absoluta de su pelvis, y es bastante común ver en estas mujeres, que los diámetros pelvianos son bastante considerables para que el parto se verifique bien.

Pelvis alteradas por un traumatismo ó por el desarrollo de degeneraciones ó tumores óseos.—La pelvis, por causa de un traumatismo, puede ser asiento de callos deformes, que en el momento del parto, pongan en peligro las dos existencias. Puede suceder lo mismo cuando ha habido luxación de las últimas vértebras lumbares y se han desarrollado tumores óseos. Estos vicios tienen su carácter propio de gravedad, consistiendo éste, en que no pueden cuando están adheridos, ser rechazados en el momento del parto por encima del estrecho superior.

Cuando estos tumores son movibles, puede suceder que puedan ser rechazados hacia arriba, sucediendo muchas veces que no se conozca este vicio, sino en el momento del parto, cuando ya no hay tiempo para elegir, entre el parto prematuro artificial y una operación en que peligre la vida de la madre y la del hijo.

Puede también la pelvis ser viciada por tumores de naturaleza maligna, como la degeneración cancerosa de los huesos de la pelvis, ú osteosarcoma; sin embargo, estos tumores son casi excepcionales. Esta degeneración al desarrollarse, va acompañada de dolores violentos, que llaman la atención del médico, y le permiten tomar las precauciones necesarias para el momento del parto. Hay que tener presente en este caso que, como la enfermedad es mortal para la madre, es necesario intervenir en favor del hijo.

VIII

El diagnóstico de los vicios de conformación de la pelvis, reclama una atención solícita por parte del médico; un error en él, puede tener consecuencias funestas, no solamente para la madre sino también para el hijo, por cuanto la gravedad de la intervención está en relación con el grado de la estrechez.

Es sumamente difícil hacer el diagnóstico exacto del grado de la estrechez; sin embargo, puede sospecharse durante el embarazo, cuando estos vicios reconocen por causa el raquitismo, osteomalacia ó las luxaciones congénitas, pues las deformaciones que se observan en las demás partes del esqueleto, ponen al práctico en el camino de reconocerlas.

Pero no sucede lo mismo cuando se trata de tumores óseos, ó de callos deformes, ó en la pelvis oblicuo-oval, que determinan estrecheces imprevistas, y que

no se dan á conocer al exterior por signo alguno. El médico puede ser llamado para determinar si una niña es bien ó mal conformada, pudiendo al mismo tiempo ser requerido en el caso de una preñez, para determinar si el producto de la concepción, podrá franquear al término normal, sin obstáculo el canal pelviano: otras veces es consultado durante el parto, cuando un obstáculo imprevisto y cuya naturaleza se desconoce, detiene al feto á pesar de la enérgica acción del útero.

En el primer caso, habrá que recurrir á los antecedentes de la mujer, ayudándose al mismo tiempo de la pelvimetría externa. Si dicho exámen resultase en bien de la examinada, se admitirá una buena conformación de la pelvis; por el contrario, si se notase algo que indicare una deformación, es necesario hacer un estudio prolijo.

En los antecedentes, hay que estudiar las enfermedades de la infancia; el raquitismo es una enfermedad que ataca principalmente en los tres primeros años de la vida, siendo necesario por lo tanto, averiguar la época en que la mujer comenzó á andar, y al mismo tiempo tener en cuenta las circunstancias y las lesiones que las pudieran retardar.

Si los datos que el práctico recibe le hacen creer en alguna de estas lesiones, será de imperiosa necesidad examinar detenidamente todo el esqueleto, y en particular la pelvis.

Hemos dicho que las deformaciones raquíticas tienen una marcha ascendente, si existen en los miem-

bros superiores y en la columna vertebral, casi con seguridad se las encontrará en los huesos de la pelvis. En el estudio del esqueleto, hay que apreciar la longitud de los femures, por la razón de que en el raquitismo no sólo se deforman los huesos, sino que también se detienen en su desarrollo. De manera que cuando se haga el exámen del sistema óseo, será necesario recorrer cada hueso, ver si existe relación en su desarrollo, en los miembros inferiores y superiores; si existen anomalías entre las extremidaees articulares, si tienen su dirección normal y examinar el aspecto exterior de la pelvis.

El Dr. Guerin, que ha hecho un estudio detenido de los huesos, afirma que se puede deducir aproximadamente las dimensiones de los huesos del esqueleto por el exámen de un hueso deforme.

El exámen pelvimétrico tiene por objeto medir los diámetros de la pelvis. Esta operación se hace por medio de instrumentos que se llaman pelvímetros; dividiéndose la pelvimetría en externa, interna y mixta, según tenga por objeto apreciar las dimensiones exteriores é interiores. La pelvimetría se hace por medio del *compás de gruesos* de Baudeloque, pelvímetro que casi no se usa por no dar resultado; y se emplea con el objeto de apreciar las dimensiones de los diámetros cefálicos del recién nacido. Cuando se emplea como pelvímetro, sirve para medir las distancias de las eminencias espinosas ó las apófisis subcutáneas de la pelvis que se desea examinar.

Para emplear en la medición del diámetro antero-posterior el compás de Baudeloque, la mujer debe estar en la posición vertical ó en decúbito lateral: una de las ramas de este compás se coloca en la parte superior de la sínfisis puviana y la otra en la apófisis espinosa de la primer vértebra sacra. Muchas veces es difícil encontrar esta apófisis, aconsejándose en este caso contar las vértebras de arriba hacia abajo. De la medida obtenida, es necesario disminuir 65 milímetros próximamente que corresponden al espesor del promontorio y 15 milímetros para el espesor de los puvis.

Para medir el diámetro transversal, se ha aconsejado tomar la mitad de la distancia que separan la mitad de las espinas ilíacas anteriores.

Para los diámetros oblícuos, hay que tomar la distancia, entre el gran trocanter de un lado y la sínfisis sacro-ilíaca del otro, haciendo en seguida la deducción del espesor del hueso. En general, el uso de los pelvímetros, son insuficientes para hacer un diagnóstico exacto: sin embargo, en la deformación oblícuo-oval, á pesar de ser sumamente rara, la mensuración por medio del compàs, puede ser de alguna utilidad; no como medio para medir la estrechez, sino para demostrar la asimetría, de las dos mitades laterales de la pelvis. Cuando existe esta pelvis, se caracteriza por la falta de asimetría de sus dos mitades, de manera que resulta que la distancia que media entre la sínfisis sacro-ilíaca de un lado y un punto cualquiera del lado

opuesto, difiere notablemente de la distancia que separa los mismos puntos en el lado opuesto. Asi hay que tomar para la mensuración de esta clase de pelvis, como punto de partida, la tuberosidad isquiática de un lado y la espina ilíaca postero-superior del lado opuesto.

Al hacer estas mediciones cruzadas en pelvis normales, las distancias serán iguales sucediendo lo contrario en las pelvis oblícuo-ovales: hay que dirigir sucesivamente los botones del compás, primero á la derecha y despues á la izquierda de la pelvis; pudiendo encontrar diferencias que podrán llegar á varios centímetros en la pelvis oblico-oval. Existe otro procedimiento indicado por Nœgele para dignosticar esta clase de deformación, cuando la mujer es bien conformada: se la hace apoyar estando en la estación vertical, contra un plano recto, estando los hombros y las nalgas, en contacto con este plano; en seguida se dejan caer dos plomadas, una correspondiendo á un punto de la sínfisis pulviana, y la otra desde la apófosis espinosa de la quinta vértebra lumbar. Si las dos mitades de la pelvis son simétricas, el observador colocado de frente á la mujer, no apercibirá más que un hilo; pero tratándose de una pelvis oblícuo-oval estando la sínfisis de los pubis á un lado y el sacro á otro, los hilos no se cubrirán y serán dos.

Los pelvímetros internos, están destinados á medir directamente los diámetros pelvianos; hay de ellos varias clases, como los Coutouly, Stein, Osiander. Estos

instrumentos se usan muy poco y serían muy útiles si sus ramas pudiesen fijarse convenientemente; pero esto es muy difícil, pues la rama que debe corresponder al promontorio, se desvía á un lado ú otro y por consiguiente el resultado seria inexacto. Además tienen el inconveniente que para su uso, estos instrumentos tienen que dilatar la vagina, produciendo dolores y tironeamientos incómodos para la mujer; de modo que su uso estaría indicado cuando el órgano estuviese distendido por el trabajo del parto; y en estos casos podría suceder que la presentación ya encajada, fuese un obstáculo para su aplicación.

Los dedos sirven perfectamente de pelvímetros, puesto que están dotados de sensibilidad y pueden apreciar convenientemente, las partes en que se ponen en contacto. Por medio de estos órganos no se obtiene sino el diámetro sacro sub-pubiano. Por regla general, el ángulo sacro vertebral, es inaccesible al tacto, pero esto puede considerarse como un signo negativo de gran valor, puesto que indica que el parto podrá hacersce de una manera espontánea.

Entre los pelvímetros mixtos, figuran entre los más usados el de Wilemberg y el de Van Weuvel, pero no son considerados como perfectos, aunque carecen de los inconvenientes, de los demás pelvímetros internos.

En resúmen puede decirse, que los pelvímetros tanto internos como mixtos, son de muy poca utilidad en las estrecheces poco considerables de la pelvis, y en las estrecheces en que el diámetro antero-posterior

mide ocho centímetros son completamente innecesarios, pues el dedo puede considerarse como un pelvímetro sensible é inteligente.

IX

En la mayoría de los casos, cuando existe una estrechez pelviana, sucede con frecuencia, que el embarazo llega á su término normal; sin embargo, puede producirse el aborto, en casos que el estrecho superior tenga sus diámetros muy acostados; pues desarrollándose el útero en la escavación, no puede por su volúmen ascender al abdómen y determina compresiones que darían por resultado, expulsión del feto antes de que fuese viable.

La cavidad abdominal en las personas raquíticas, no presenta una capacidad suficiente, para contener el útero distendido por el producto de la concepción que vá adquiriendo todo su desarrollo; entonces se produce la expulsión del feto antes del término normal de la gestación, á causa de las compresiones que la pared adominal ejerce sobre el órgano gestador. Cuando la gestación ha llegado á término, los obstáculos al parto, están en razon directa del grado de estrechez de la pelvis; asi que en la pelvis en que su diámetro menor mide 9 ½ centímetros, el parto tiene lugar casi siempre de una manera expontánea. Depaul y Martin de Lyon, han visto el parto terminarse de una manera expontánea en una estrechez considerable del diáme-

tro antero posterior que media 6 ½ centímetros. Puede aceptarse como posible esta circunstancia, cuando la cabeza fetal fuese muy pequeña y las contracciones interinas muy enérgicas. Siendo la estrechez inferior á 6 ½ centímetros, es inútil esperar que el parto termine expontáneamente, pues si es posible que la bóveda del cráneo del feto, pueda deprimirse lo suficiente, no sucede lo mismo con la base, pues los huesos que la forman no son depresibles, y al mismo tiempo el diámetro transversal, mide por lo menos 6 ½ centímetros: siendo imposible su paso á través de una estrechez menor. Por consiguiente, puede decirse de un modo general, que en las estrecheces de la pelvis, si el embarazo llega á su término normal, el pronóstico es muy serio, no solamente por la intervención que hay que tomar,comprometiendo la vida de la madre y la del feto; sino tambien los peligros del trabajo del parto, puesto que cuando el obstáculo que tiene que vencer el útero es muy considerable, las contracciones que tiene por objeto producir la expulsión del feto, se vuelven muy enérgicas pudiendo producir la ruptura de este órgano. Tambien por este exceso de contracciones, la cabeza fetal, ejerciendo presiones sobre las partes blandas vecinas, puede producir la mortificación y consecutivamente fístulas vexicales y recta vaginales, segun sea la pared del recto ó de la vagina, la que se mortifique. La muerte puede sobrevenir en el niño, á consecuencia de la larga duración del trabajo, despues de rota la bolsa de las aguas,

ó á causa de fracturas en el cráneo, ó por el prolapso del cordón umbilical que es comprimido en el borde estrecho superior.

X

Puede el médico en circunstancias diferentes encontrarse en presencia de un vicio de conformación de la pelvis, ya por ser llamado durante el parto, cuando un obstáculo imprevisto y de naturaleza desconocida lo detiene á pesar de la enérgica acción del útero; ó ya cuando es llamado durante el embarazo, ó en una época, antes que la gestación haya llegado á su término normal, variando por consiguiente de estas diferentes circuntancias su intervención.

En el primer caso, cuando es llamado el práctico, al principio de iniciarse el trabajo ó durante el parto, las indicaciones á llenar son muy importantes. En esta circunstancia los recursos que tiene son muy limitados y tan serios en ciertos casos, que comprometen la vida del niño y la de la madre; la determinación está rigurosamente subordinada al grado de estrechez.

Cuando el diámetro estrechado mide 9 ½ centímetros, está aconsejado esperar algunas horas, despues de rota la bolsa de las aguas; porque probablemente el parto, terminará expontáneamente. Esto se concibe teniendo en cuenta qne, el diámetro bi-parietal del feto á término, no pasa sino muy excepcionalmente de la cifra indicada. En caso que el trabajo se

retardase, poniendo en peligro la vida de la madre ó la del feto, entonces la intervención sería necesaria, por medio de una aplicación de forceps: lo mismo se haría en una presentación de cara, solo que es de suma importancia, hacer la rotación, de manera que el mentón, venga á salir por debajo del arco de las pubis.

En una presentación de tronco, sería necesario por medio de maniobras externas, colocar la extremidad cefálica en relación con el estrecho superior, para proceder á la extracción por medio del forceps. Si la estrechéz estuviese comprendida entre 9 ½ y 6 ½ centímetros, todas las probabilidades de la terminación expontánea del parto disminuirían, á medida que se acerca al límite inferior de la estrechéz. En la aplicación del forceps en estas estrecheces, es necesario que las tracciones, se hagan con energía, y si una primera aplicación es insuficiente para extraer el feto, se hacen nuevas como aconseja P. Dubois en el intérvalo de algunas horas. Es preferible el forceps á la versión, por las dificultades que esta última opone, para el desprendimiento de la cabeza.

Algunos autores, particularmente Lachapelle y Simpson, han sido partidarios de la versión en las estrecheces de la pelvis; pero esta operación está indicada, en la estrechéz oblícuo oval, porque mediante ella, se procura traer la extremidad posterior de la cabeza del feto á la parte más ancha de la pelvis de la madre.

Si el forceps ó la versión fuesen insuficientes para

terminar el parto, se vé el cirujano en la necesidad de emplear operaciones mucho más graves, tales como la embreotomía,que produce inevitablemente la muerte del feto, ó la operación cesárea, creando con esta última, una nueva salida del feto, comprometiendo la vida de la madre.

En el segundo caso, es decir, cuando el médico ha sido llamado durante la preñéz, ó algún tiempo antes que la gestación hubiese llegado á su término normal, la conducta á observar es muy distinta, pues entonces es dueño de la situación.

Si la estrechéz es tan grande que haga temer una mala terminación para la madre ó para el niño, puede recurrirse al parto prematuro artificial, ó bien al aborto provocado, pues tiene delante de sí, todo el tiempo necesario para elegir el modo de intervenir. Practicando el parto prematuro artificial, hay la esperanza de salvar á la madre y al hijo, particularmente si el grado de estrechéz, permité dejar marchar la preñéz hasta una época cercana á su término normal. El objeto del parto prematuro artificial, es salvar al mismo tiempo que la vida de la madre, la del hijo; y este no tiene grandes probabilidades de existencia sino después del séptimo mes de la vida intrauterina en adelante. En esta época el diámetro biparietal, es de 7 centímetros prescindiendo del grado de reductibilidad, resultando que esta cifra es considerada como el mínimum, bajo la cual estaría indicado el aborto provocado.

Siempre que nos encontramos con una estrechéz inferior á 8 ½ centímetros, deberemos provocar el parto prematuro artificial. La dificultad consiste en precisar la época en que está indicado en las estrecheces pelvianas. Hay que reconocer la época de la preñéz, pues las condiciones de viabilidad del feto, van aumentando á medida que se acerca al término normal del embarazo, al grado de estrechéz y al volúmen de la cabeza del feto. Pero los datos que este reconocimiento nos puede suministrar no son más que aproximados, pues aunque se conozca bien, la época del embarazo y el grado de estrechéz, nos queda por resolver el volúmen de la cabeza del feto. Es de todo punto necesario, hacer un diagnóstico lo más exacto posible, de la época del embarazo, aunque es muy dificil, para esto interrogaremos á la mujer, sobre la fecha de sus últimas reglas, aunque la supresión de estas, es de todos los fenómenos que anuncian la gestación el más constante, sin embargo, tiene un valor relativo y es necesario tener en cuenta el estado anterior de la menstruación,pues se ha visto persistir ésta, durante los primeros meses del embarazo. El volúmen del vientre, no puede ser más que un signo positivo de segunda órden; sin embargo tiene una importancia manifiesta, sobre todo después del tercer mes, porque el útero antes de esta época, se amplifica á espensas de su diámetro horizontal. Hay por consiguiente que investigar bien, pues este aumento de volúmen del vientre, puede ser producido por una causa patológica.

El dato que nos puede suministrar el cuello uterino en los primeros meses, tendrá gran valor para una mano ejercitada, pues la sensación que se experimenta al reconocerlo, es algo oscura, y por otra parte la consistencia no es la misma en todas las mujeres, presentando diferencias entre sí al tratarse de una primipara ó de una multipara. Tendremos también en cuenta, los signos ciertos que se refieren al feto mismo y estan constituidos por los movimientos pasivo, activo y los latidos del corazón del feto. Entre los pasivos, tenemos el movimiento de peloteo que se manifiesta á los cuatro meses y que vá aumentando hasta los ocho, se obtiene comunicando al segmento inferior del útero nn ligero choque, el feto asciende en la cavidad amniótica y vuelve á caer, experimentando el dedo explorador un ligero choque de retorno. Falta el peloteo, cuando la placenta se inserta sobre el cuello uterino, en las presentaciones de nalgas ó tronco y en el embarazo de gemelos.

Los movimientos activos son percibidos por la madre hácia los cuatro meses y medio y aumentan progresivamente de intensidad, siendo comprobados por la palpación. Los latidos del corazón del feto, constituyen el principal singo cierto; se perciben hacia los cuatro meses y medio y tienen asiento variable, según la posición que ocupa el feto en el claustro materno: los latidos del corazón del feto son más frecuentes que los de la madre, pues son de 120 á 150 y los de esta en el estado normal de 80 por minuto; tienen un tim-

bre menos metálico que el tic-tac del reloj de bolsillo envuelto en un paño, y están constituidos por dos ruidos separados, por un intérvalo muy corto; el primero es más largo que el segundo.

La provocación del parto prematuro artificial, se deducirá pues del grado de la estrechez y del volúmen de la cabeza del feto, partiendo desde el momento que este sea viable. Asi para que el procedimiento sea oportuno, el cirujano tendrá que conocer con exactitud, el grado de estrechez que existe y la extensión que tiene el diámetro biparietal del feto en los tres últimos meses de la preñez. Los límites de la operación respecto á la capacidad de la pelvis, están comprendidos en 8 ⅓ ó 6 ½ centímetros.

Por tanto, la indicación práctica consiste en aprovechar el momento en que coinciden el volúmen de la cabeza y el grado de estrechez, partiendo del momento que el feto es viable.

El diámetro bi-parietal de la cabeza del feto, tiene por término medio, á los siete meses de la vida intrauterina, 7 centímetros, que son reducibles á 6 ½; á los siete meses y medio siete centímetros y medio; á los ocho meses, ocho centímetros y á los ocho meses y medio, ocho y medio centímetros.

Siempre hay que contar con alguna reductibilidad en el grado de la cabeza, teniendo en cuenta que, un feto que no ha llegado á término, se reduce mucho mejor; pero las consecuencias de esta reducción, son mucho mas graves porque la vitalidad es menor.

Combinando los términos del problema, grado de estrechez, época de la gestación y volúmen de la cabeza del niño, se llega á precisar, la oportunidad del parto prematuro artificial.

Grado de la estrechez	Diámetro Biparietal	Epoca para provocar el parto
65 milímetros	65 milímetros	7 meses
70 »	70 »	7 ½ »
80 »	80 »	8 »
85 »	85 »	8 ½ »

Si una mujer plurípara, en otros embarazos, hubiese tenido partos muy laboriosos, no hay que vacilar en provocar el parto prematuro artificial en una nueva gestación. Se ha considerado la primiparidad como una contraindicación del parto provocado, pero es imprudente aceptar este precepto y exponer á la mujer á los peligros de un parto laborioso.

XI

Los *vómitos* á pesar de acompañar á un sinnúmero de enfermedades, son tambien uno de los signos probables de la gestación; constituyendo comunmente una simple incomodidad, pudiendo llegar en algunas reacciones aunque raras, hacerse pertinaces, reproduciéndose cuando la mujer ingiere la menor cantidad de alimentos líquidos ó sólidos, y haciéndose rebelde á todo tratamiento, conduciendo de este modo á la

mujer á una fiebre y á un estado muy grave, llamado estado caquéctico, que puede terminar por la muerte. En este caso, ninguna lesión del estómago ni del útero pueden explicar su persistencia, ni su consecuencia funesta; llamándose á este estado *vómitos incoercibles*. La aparición de estos vómitos es variable; por lo general, se presenta hacia el segundo ó tercer mes, duran algún tiempo para desaparecer, presentándose de nuevo al fin del embarazo. Por regla general, casi todas las mujeres los padecen, siendo raro que algunas pasen su embarazo sin que se presenten. Estos vómitos son precedidos, por lo común, de malestar general, pérdida del apetito, náuseas y por fin vómitos, que pueden ser fáciles y expontáneos, ó ir acompañados de esfuerzos violentos y dolorosos. Las horas del día en que se manifiestan, varia: algunas mujeres arrojan por la mañana una materia clara y filamentosa, más ó menos abundante, ó después de las comidas, arrojando una parte de los alimentos ingeridos; este último caso es grave, cuando se expulsa por completo los alimentos, pues no tarda en presentarse la inanición.

Los vómitos son algunas veces acompañados de esfuerzos tan violentos y tan largo tiempo prolongados, que las sacudidas que determinan, pueden reaccionar sobre el útero, solicitando sus contracciones y por consiguiente expulsar el producto de la concepción, sobre todo en las mujeres que presenten una predisposición al aborto.

Los vómitos pueden revestir una forma ligera y otra grave, dependiendo por consiguiente de los trastornos generales. En el primer caso no se presenta modificado, de una manera apreciable, el estado general de la mujer, porque la fiebre y el enflaquecimiento es poco apreciable é insignificante: en algunos casos suelen acompañar á los vómitos, una ligera diarrea y salivación.

En la segunda forma, la mujer sufre por los vómitos casi constantes, presentándose éstos con estrías sanguinolentos, por los esfuerzos continuos para vomitar: la menor cantidad de alimentos sólidos ó líquidos ingeridos, aumentan su intensidad; en este caso, si no se consigue levantar el estado general de la mujer, pronto cae en el estado caquéctico, que puede terminar con la muerte. Este estado caquéctico, P. Durbois la ha dividido en tres períodos.

« *Primer período.*—Empieza el enflaquecimiento, se « manifiesta un disgusto insensible por los alimentos, « la sed es viva y frecuente, y la enferma sufre el su- « plicio de no poderla satisfacer, so pena de ver pre- « sentarse las arcadas. Algunos alimentos son tolera- « dos en ocasiones, el estómago está sujeto á los « caprichos del gastrálgico que conserva las sustan- « cias poco nutritivas é indigestas y se niega á retener « otras, cuya asimilación es fácil. La enferma puede « estar privada del sueño, por la persistencia de los « vómitos durante la noche. Esta falta de descanso « es una causa debilitante, que se agrega á la insufi-

« ciencia de los alimentos. La enfermedad puede co-
« rregirse expontáneamente y no pasar á su estado
« más grave.

« *Segundo período.*—Los síntomas se agravan, y la
« fiebre, que antes hacía algunas raras apariciones, se
« presenta con más regularidad, aumentando sobre
« todo por la tarde y dando la arteria de 110 á 130
« pulsaciones. Los vómitos son casi incesantes, sus
« productos ácidos, escaldan al pasar la boca de la
« paciente. El enflaquecimiento hace notables progre-
« sos: las enfermas están postradas, sin fuerzas y en
« un estado de sufrimiento y ansiedad. El aliento ad-
« quiere una fetidez intensa, la lengua se seca y se
« cubre de capas fuliginosas: los dolores epigástricos
« son vivos y á veces se acompañan de cefalalgia.
« Las mujeres están inmóviles y en un estado de pos-
« tración que las hace insensibles á cuanto las rodea.

« *Tercer período.*—Se observa alucinaciones y tras-
« tornos en la visión, sobrevienen accidentes cerebra-
« les y síncopes; el pulso se presenta pequeño,frecuente
« y depresible. Los vómitos se detienen á veces, pero
« persiste el hipo, las náuseas y los esfuerzos. Hay
« subdelirio; aumenta la fetidéz del aliento, y la mujer
« sucumbe por inanición en un verdadero estado
« comatoso».

Muchas hipótesis se han sostenido, para explicar la causas de los vómitos en el embarazo; pero de todas la que parece cierta es la gestación: pues los vómitos, desaparecen una vez muerto el producto de la concep-

ción ó que es expulsado. Los autores han querido explicar estos fenómenos, por una simpatía entre el útero y el estómago; los han atribuído á la inflamación del tegido uterino; otros á ulceraciones del cuello; pero estas ulceraciones se encuentran á menudo sin que existan vómitos.

La opinión del señor Joullin, parece ser la más aceptada, pues piensa que estos fenómenos son debido á los cambios que experimenta el peritoneo durante la gestación: pues sabemos que los sufrimientos de esta serosa, se revela por lo general por vómitos.

Eliminar las causas que pueden producir los vómitos, pues se sabe que la mujer embarazada, no se encuentra á cubiertos de ellos; hay que hacer un diagnóstico exacto por otros signos que determinen la gestación; ver si la mujer, es multípara; si en los embarazos anteriores, ha padecido vómitos y la época en que se presentaron.

Los vómitos de la preñez, en la mayor parte de los casos, solo producen una incomodidad que la mujer soporta fácilmente. Cuando son pertinaces, se repiten con frecuencia y son rebeldes á todo tratamiento.

El pronóstico es sumamente grave, porque puede producir la muerte por inanición; en una estadística de Deblet, Fabie y Guenut, de 121 mujeres atacadas de vómitos en estado de gravedad, 49 murieron, 72 curaron; de estas 41 despues del aborto provocado y expontáneo, y en 31 persistiendo el embarazo. Con la

muerte del producto de la concepción ó con su expulsión, cesan los vómitos mas graves.

Se han preconizado gran número de medicamentos, en los vómitos de las embarazadas; pero poco de ellos han dado buen resultado. En los casos en que han desaparecido ha sido debido á simples coincidencias, pues no es raro verlos desaparecer expontáneamente, aun tratándose de vómitos graves: sin embargo, el médico debe recurrir á los medicamentos para sostener la paciencia de las enfermas que reclaman se las alivie.

El tratamiento varía segun la forma de los vómitos: en la leve se comienza por el régimen alimenticio, algunas veces por el solo cambio de las horas de las comidas; suelen desaparecer tomando los alimentos en menor cantidad y con mayor frecuencia, teniendo en cuenta los que mejor tolere el estómago.

Se han aconsejado los viajes, los cambios de clima: cuando los vómitos son fáciles, y las materias vomitadas no contienen ningun alimento, bastará prescribir á la mujer, el uso de bebidas aromáticas, pudiendo tambien aconsejarse, el frio, las aguas gaseosas, la poción Riviere, vino Champagne, agua de cal, agua de Vichy, perlas de éter, etc.; se podrán emplear los revulsivos á la región epigástrica, los vegigatorios morfinizados, sinapismos. Las pulverizaciones de éter á la región epigástrica y la correspondiente de la columna vertebral durante varios minutos, si la mujer se encuentra bien, y renovarles cada tres horas, como lo

aconseja Lublesky de Varsovia. Se podrá emplear el subnitrato de bismuto asociado á la magnesia, la pepesia, recomendada en estos casos por el Dr. Gros, dá buenos resultados á la dósis de 50 centígramos; la tintura de iodo, á la dosis de cinco á diez gotas en agua azucarada. Podremos recurrir como lo aconseja Buchardal en el tratamiento de los vómitos del embarazo al uso de los alcoholes; teniendo en cuenta que estos sean enérgicos, pues son los que dan mejor resultado; recomendando el Rhum, el Kirsch y el elixir de la Grand Chartreusse.

Cuando los vómitos son pertinaces y rebeldes á todo tratamiento, amenazando por consiguiente la vida de la madre, hay que tratar de salvarla, por consiguiente está indicado segun la época del embarazo, el aborto quirúrgico, ó el parto prematuro artificial; teniendo en cuenta que la mujer no se encuentre muy estenuada y haya perdido la reacción vital, tan necesaria para la reparación de sus fuerzas, pues la mujer no sucumbe por los vómitos sino por la inanición.

XII

Hemorragias.—El parto prematuro artificial está indicado en ciertas hemorragias, que son debidas ya á una inserción viciosa de la placenta, ó bien que á pesar de ser normal la inserción, ciertas circunstancias vengan á producirla.

Las causas por lo general bien demostradas de las

hemorragias maternas, que proceden del útero y que se manifiestan después del quinto mes del embarazo y durante el parto, son debidas al desprendimiento de la placenta. Por lo general la placenta se inserta en la parte superior del útero. Sin embargo su presencia en la región del cuello, se explica por el deslizamiento del huevo, entre los pliegues de la cadúca, en el momento que penetra en útero. No es necesario que la placenta, se inserte directamente sobre el cuello, para que se produzca la hemorragia, pues basta que esté en relación con el segmento inferior del órgano.

Teniendo en cuenta que en los primeros meses de la gestación, el útero se distiende á expensas de su parte superior, y en una época más avanzada á espensas del segmento inferior, se comprenderá fácilmente, que la placenta experimentará una distensión mecánica, pues su desarrollo es ya completo y por consiguiente se destruyen sus adherencias, explicándose de este modo el mecanismo de estas hemorragias.

La implantación de la placenta, se hace cerca del cuello y sobre él, pero nunca en su cavidad como admitía M. Lachapelle. En el momento que se hace más rápida la ampliación del segmento inferior del útero, ó cuando se dilata el cuello, la placenta primero distendida, acaba por ceder á causa de la distensión de las partes sobre que se inserta, quedando por esta separación, los orificios de los vasos abiertos, y por consiguiente suministrando la hemorragia. En el curso del noveno mes y sobre todo en el momento del

darto, es cuando con mayor frecuencia se presentan las hemorragias debidas á esta causa, pero suele observarse antes de esta época. La hemorragia es tanto más temible, cuanto más extensas son las relaciones contraídas por la placenta con la región cervical.

Por lo general estas hemorragias, no vienen acompañadas de prodrómas, contracciones, ni otras causas apreciables; la mujer está agena á lo que le pasa, pudiendo ser atacada durante el reposo y hasta en el sueño. Pronto este flujo sanguíneo se detiene, para presentarse más tarde con mayor abundancia. La repetición de estos fenómenos, dá lugar con rapidez, á los síntomas generales de las grandes hemorragias.

La unión de la placenta con la circunferencia del cuello y del segmento inferior del útero, es un obstáculo, para la dilatación en el momento del parto, llegando á ser un peligro para la madre por la duración del trabajo. Después de rotas las membranas, la cabeza fetal á consecuencia de las enérgicas contracciones uterinas, apoyada sobre la placenta, la desprende, y es expulsada á veces algunas horas antes que el feto. Simpsón, ha reunido 141 casos en que el alumbramiento se hizo de esta manera; el tiempo transcurrido, entre la salida de la placenta y el nacimiento, ha variado en minutos y algunas horas.

El *diagnóstico*, de la inserción de la placenta, cerca del cuello es en general fácil. Si nos encontramos con una mujer embarazada, después de seis meses, apreciaremos en el modo de presentarse la hemorragia,

sus recidivas, la causa de esta afección. Haciendo el tacto vaginal, no se produce el peloteo, porque el feto cae sobre la masa placentaria, disimulando la sensación de choque de retorno: se toca en el fondo del cuello, una sustancia blanda mamelonada que es la placenta que á veces suele estar oculta por un coágulo: además el tacto aumenta la hemorragia.

Si con todo el embarazo ha llegado á su término normal, y el cuello está dilatado, no hay formación de la bolsa de las aguas; la hemorragia coincide con las contracciones uterinas, á causa de los nuevos desprendimientos placentarios.

Todos los autores estan conformes en reconocer, que la inserción viciosa de la placenta cerca del cuello, es uno de los accidentes más graves del embarazo. Churchull observó en 174 casos, que 48 mujeres murieron: Simpsón de 654 sucumbieron 180, lo que dá una proporción de 1 por 3.

El peligro no es el mismo en todos los casos, siendo mucho más grave cuánto más próxima se encuentre la mujer del término del embarazo. La gravedad está en relación con la intensidad, puesto que si una mujer ha tenido durante el embarazo, contínuas pérdidas, resistirá menos las consecuencias del parto que aquella en que la hemorragia, solo se presenta en el momento de la expulsión.

La inserción central de la placenta es mucho más grave, que la que se verifica en la margen del cuello.

El *pronóstico* es igualmente muy grave para el feto,

pues su muerte, ocurre con frecuencia en estos casos; las estadísticas son menos completas que tratándose de la madre, sin embargo mueren por término medio un 60 °/₀.

En el curso del embarazo es difícil contener la hemorragia, cuando es debida á la inserción de la placenta en el cuello uterino: este accidente es debido á la separación de la placenta, de modo que si se detiene el flujo, será expontáneamente, no siendo extraño que recidive, pues á medida que el útero se vá distendiendo, la placenta insertada en el cuello se desprende, y si se corrige, no tarda en reaparecer por la misma causa.

El médico llamado para asistir á una mujer atacada de hemorragia, debe ante todo, hacerla colocar en decúbito horizontal; el reposo absoluto, que tan buen resultado dá en las hemorragias comunes, aquí tiene mucha menos eficacia, pues esta se puede presentar mientras la mujer duerme. Se pueden emplear los enemas opiados y las inyecciones astringentes: la sangría se desechará porque debilitaría inùtilmente á la mujer, el cornezuelo de centeno debe rechazarse, pues produciría contracciones uterinas, contraria á la inmovilidad absoluta, que es lo que se desea obtener. Si la gravedad del flujo fuese tan intensa, que pusiera en peligro la vida de la madre, se aplicará el taponamiento, el que determinará la formación de coágulos obturadores y detendrán á la hemorragia, hasta tanto que un nuevo desprendimiento de la placenta se pre-

sente de nuevo. En fin, cuando la hemorragia se repite á menudo y son insuficientes los medios indicados, nos veremos obligados á recurrir al parto provocado, sobre todo si se trata de un embarazo próximo á su término; tratándose de emplear los medios más enérgicos y prontos, para librar á la mujer, de una muerte segura en ese momento ó más tarde durante el parto. El precepto consiste en terminar el parto con la rapidez posible, porque despues del alumbramiento es de esperar que se detenga la hemorragia.

Dubois aconseja romper las membranas, esperando que la cabeza del feto, al apoyarse directamente sobre la placenta, la comprima suficientemente para cohibir la hemorragia. Una vez dilatado el cuello uterino, si la placenta está adherida, impidiendo por los medios artificiales, la expulsión del feto, aconsejan algunos autores atravesar la placenta por el medio, llegar al feto, y extraerlo; pero si este procedimiento ha dado en algunos casos buen resultado para la madre, expone al feto á perecer, rompiendo por necesidad las divisiones vasculares del órgano y porque es difícil que pase el feto por dicha rasgadura. Es preferible por lo tanto penetrar al útero, separando la placenta en un punto de su circunferencia: una vez introducida la mano en el útero, se practica la versión con la mayor rapidez posible. Se aplicá la versión y no el forceps, porque para usar este instrumento, es necesario que la dilatación del cuello sea más completa; y además tiene el inconveniente que al aplicarse las cucharas, se

podría tomar una parte de la placenta con la cabeza fetal.

El procedimiento empleado por Simpson, es el que tiene más aceptación: consiste en extraer la placenta, luego que se la puede tomar, antes que nazca la criatura. Este procedimiento lo establece Simpson, es la siguiente observación: «la hemorragia es con frecuencia excesivamente grave, cuando no hay más que una pequeña parte de la placenta desprendida ó se la arranca por completo.» Esta doctrina está basada en 141 observaciones referidas por él, en la que disminuye ó se detiene la hemorragia; sólo una mujer, de 14, sucumbió: lo que demuestra lo ventajoso que es para la madre este procedimiento. La mortalidad de las criaturas es mucho mayor; pues de 106, murieron 73 y vivieron 33.

El método de Simpson, puede prestar grandes servicios, pero no está justificado, sino en el caso que la madre corra graves peligros: la extracción del feto, se hará lo más pronto posible, pudiendo administrarse el cornezuelo de centeno, después de la depleción de la matriz, para activar su *retractibilidad*.

Hemos estudiado las hemorragias maternas, que tienen por causa la inserción viciosa de la placenta hacia el cuello uterino; ahora trataremos de las que se presentan después del quinto mes del embarazo, y que se producen á pesar de ser normal la inserción de la placenta.

Estas hemorragias reconocen muchas causas, de las

cuales las principales son: una conmoción física ó moral, un ejercicio violento, esfuerzos para levantar objetos pesados, Jaquemier opina que la distensión brusca del útero, puede separar las relaciones de la placenta y producir una hemorragia, cuyo mecanismo sería muy semejante al que se produce cuando se inserta cerca del cuello.

Los síntomas que presentan estas hemorragias, tienen mucha analogía con los que hemos descrito; pero existe un signo especial en éstos: la hemorragia debida á la inserción viciosa de la placenta es siempre externa, mientras que ésta puede ser externa ó interna, acumulándose en esta última, la sangre en la cavidad uterina.

Cuando la hemorragia es externa, la sangre sale de un modo continuo ó con intérvalos, diferenciándose de la debida á la inserción anormal, en que no recidiva. Por lo general, empieza la hemorragia sin síntomas precursores, siendo á veces el flujo sanguíneo el primero que se presenta; sin embargo puede preceder al accidente, algunos días de malestar, sensación de peso a la región lumbar y aún quebrantamiento general. Hemos dicho que estas hemorragias se pueden manifestar de dos maneras; externa ó interna: en la primera, la sangre sale con mas ó menos abundancia, de una manera continua ó con interrupciones. La gravedad de ellas está en razón directa de su cantidad y del estado de la mujer, dependiendo del mayor ó menor desprendimiento de la placenta: puede consistir el

flujo en algunas gotas ó ser tan considerable, que pueda concluir con la vida de la mujer. Puede la hemorragia durar menos de un día ó continuar por un tiempo más largo. Por regla general no hay intermitencias, cesa sin saberse por qué mecanismos; unos autores atribuyen esta suspensión de la hemorragia, á la obliteración del vaso por un coágulo; otros, al aplastamiento y obliteración del seno dividido: es probable que estas dos opiniones sean ciertas. La hemorragia interna, no siempre existe sola, de un modo absoluto, porque se ve salir también la sangre al exterior. Cuando ésta es poco abundante, pasa desapercibida; pero si se presentan los síntomas de las grandes hemorragias, aunque la cantidad del flujo sanguíneo que salga al exterior sea muy pequeña, debe el médico colocarse en la posibilidad de una hemorragia interna, pues el abultamiento rápido del vientre, acompañado de dolores sordos y profundos, podrían asegurarle que se trata de una hemorragia uterina interna. Con todo, es bastante difícil en una mujer gruesa, conocer el aumento de volumen del vientre y el desarrollo del útero.

Es sumamente importante hacer un diagnóstico exacto, de la causa y de la forma de la hemorragia: cuando esta es externa,no hay duda; cuando es debida á la inserción anormal de la placenta cerca del cuello, no es dificil el diagnóstico, pues estas hemorragias siempre recidivan y no existe el peloteo. Por el tacto vaginal, se nota una substancia blanda mamelonada,

que es la placenta, y por él se aumenta el flujo sanguíneo y la sangre sale por las contracciones.

Cuando es externa y la inversión es normal, sale de un modo contínuo, ó con intérvalos, nunca recidivos; y cuando es interna, es dificil hacer un diagnóstico exacto, sobre todo si la sangre no sale al exterior, y los síntomas generales de las hemorragias internas, no se manifiestan, pero esto rara vez sucede. El síncope y la debilidad del pulso, son buenos signos para el diagnóstico de estas hemorragias. Sin embargo pueden sobrevenir, en los últimos meses del embarazo, sin que puedan atribuir á esta causa. Puede ser más dificil, si coinciden las dos formas, pues la cantidad de sangre que sale al exterior, puede ser tanta, que se atribuyan á ella. Los síntomas generales que experimenta la mujer, contenida esta, continúa la interna, de manera que es muy dificil reconocer esta complicación.

Tratamiento.—La primera indicación consiste en colocar á la mujer, en la posición horizontal; la habitación será ventilada, tratando de tenerla á una temperatura más bien baja que alta. La mujer permanecerá en cama después de haber cesado los accidentes, á fin de precaver su repetición. Se tratará de alejar de la enferma todo lo que pueda impresionarla, recomendando á su alrededor, el silencio absoluto y el reposo más completo.

En la hemorragia externa ligera, se emplearán los enemas opiados, pudiendo unir á ellos las inyecciones

vaginales, con una solución de alumbre y otra astringente, para contribuir á una coagulación mayor. Cuando es muy grave, insistiremos mas en los enemas laudanizados acompañados de revulsivos, en las partes superiores del tronco.

Si estos medios no diesen resultados, P. Dubois aconseja, recurrir al cornezuelo de centeno, dando dos gramos en el espacio de media hora. Si esto fuese insuficiente, recurriremos al taponamiento de la vagina, teniendo cuidado de quitar primero los coágulos que existen en su cavidad: con todo,el taponamiento á pesar de estar indicado, cuenta con el inconveniente de convertir una hemorragia externa en interna, lo que sería, mucho más grave, dada la dificultad para reconocerla.

Velpeau considera de gran recurso, la compresión por medio de una faja ancha y compresas graduadas, aplicadas á las regiones ilíacas como auxiliar del taponamiento. Finalmente, si estos medios no diesen resultado, no trepidaremos en recurrir al parto prematuro artificial que pondrá fin al peligro en que se encuentren la madre y el hijo.

XIII

Eclampsia.—Bajo el nombre genérico de eclampsia, se comprenden estados de naturaleza diferentes, que se han llamado tambien epilepsia aguda á causa de la semejanza que existe, con esta neurosis. Teniendo

en cuenta su etiología se han dividido en diferentes clases: eclampsia de las embarazadas y parturientas, la de los niños la tóxica, y las ocasionadas por ingerencias contagiosas y miasmáticas. Trataremos aquí de la primera que es la que nos interesa.

La *eclampsia* es una enfermedad especial, caracterizada, por una serie de accesos, en los cuales casi todos los músculos de la vida de relación asi como los de la vida vegetativa, son atacados de convulsiones reflejas, acompañadas ó seguidas de abolición de las facultades intelectuales y sensitivas, que atacan á la mujer, durante la gestación, en el parto ó despues de él, y que son debidos á la intoxicación de la sangre por la albumina y la urea.

Los autores están divididos, respecto á la naturaleza de la eclampsia. Según Trousseau, existe una solución, entre la albuminuria y la eclampsia, sin confundir esta relación con una simple coincidencia. Otros como Depaul, Blot, niegan que la albumina, sea la causa de la eclampsia. La albuminuria es común desde los cuatro meses de la preñéz, hasta el fin de ella; reconoce por causa una dificultad en la circulación abdominal del riñon y del hígado, debida á la compresión de la zona venal y la cara inferior por el útero grande. Esta compresión hace que la circulación sea anormal en los capilares de los glomérulos de Malpigio, trayendo consecutivamente un aumento en la presión de la sangre y por consiguiente una trasudación de la albumina á la orina. La resistencia de la pared abdo-

minal, constituiría una predisposición muy marcada para la producción de esta lesión; pero eso es más frecuente en las primiparas. Sin embargo hay que añadir á esta causa, una desconocida, pues en todos los embarazos hay compresión de las venas emergentes, y sin embargo no en todas existe la albuminuria.

De manera que á consecuencia de los desórdenes morbosos de la secreción urinaria, la albumina de la sangre, pasa á la orina, en tanto que la urea es elimimada en cantidad insuficiente: la urea en contacto con la sangre, bajo la ingerencia de un fermento poco conocido, se transforma en carbonato de amoniaco, que obra sobre los centros nerviósos, produciendo ataques eclámpsicos. La sola presencia de la urea en la sangre, no basta por sí sola para determinar los accesos eclámpsicos, pues Frericho y Claudio Bernard, han inyectado urea sin productos. Recientemente Spiegelberg y Gscheidhn, han conseguido descubrir la presencia de carbonato de amoniaco en la sangre de una eclámpsica; y Spiegelberg é Heidchan, han llegado á provocar accesos eclámpsicos, inyectando carbonato de amoniaco en la vena ó arteria crural. Roscusteni ha hecho los mismos experimentos, dándole igual resultado.

De consiguiente, la naturaleza de la eclampsia, es debida á la disminución de la cantidad de albumina que normalmente contiene la sangre, y por el exceso de urea que se transforma en carbonato de amoniaco.

La eclampsia es una afección más rara que la que

se ha creido, encontrándose por término medio 1 caso por cada 500 mujeres embarazadas. Churcchil, ha consignado 373 casos en un total de 22801 partos, lo que dá la proporción de 1 por 614. Se presenta en los dos ó tres últimos meses del embarazo, pero más á menudo en la época del parto, sobre todo durante los periodos de dilatación y de expulsión.

Las causas de la eclampsia se dividen en predisponentes y determinantes; pudiendo dividirse las primeras en esenciales y accidentales.

Las predisponentes esenciales se desarrollan generalmente en las mujeres nerviosas, pues la gestación produce modificaciones, no el sistema nervioso. Durante el parto, el dolor, los esfuerzos uterinos para expulsar el producto de la concepción, la resistencia que opone á su distensión la vulva y el periné, pueden ser causa de la eclampsia. La primiparidad es causa tambien de estas convulsiones, y son las mujeres primíparas las que se encuentran más expuestas á padecerlas; pues C. Braun de Viena, ha observado 80 eclámpsicas primíparas en 100. Después del parto estos accidentes son debidos, al desequilibrio que representa, sobre el sistema nervioso, debido á la brusca evacuación del útero y á la rapidez de la circulación.

Las causas predisponentes accidentales son: la albuminuria de la que ya nos hemos ocupado; la infiltración del tejido celular, es de un valor relativo, puesto que es el signo precursor de la albuminuria. Las primíparas que han tenido anteriormente la

eclampsia, conservan cierta predisposición á padecerla en un nuevo embarazo; las mujeres, robustas, sanguíneas, jóvenes y nerviosas, se afectan más generalmente que las débiles y de edad.

Las causas determinantes son: las impresiones morales, el miedo, el dolor agudo, la vista de otra mujer atacada de eclámpsia ó de una convulsión cualquiera: y finalmente en casos de distócia siempre que exista una prediposición por parte de la mujer. La eclampsia puede presentarse de pronto, ó bien anunciándose con algunas prodrómos, tales como agitación, cefalalgia limitada á un solo punto, dolores en el epigastrio ó en el útero, pesadez de los miembros ó alucinaciones de los sentidos. Estos prodrómos se caracterizan por su poca duración, y rara vez el médico es testigo de ellos. El acceso empieza por algunas convulsiones clónicas de los músculos de la cara y de los miembros, la mirada está fija y el cuerpo inmóvil, observándose pequeños estremecimientos en los músculos de los párpados y de las alas de la nariz. La mandíbula se cierra bruscamente, pudiendo la lengua ser cogida entre los arcos dentarios. Los miembros se ponen rígidos y los antebrazos en pronación forzada: la mano se cierra sobre el pulgar doblado hacia la región palmar ó extendido sobre el índice y medio; viene enseguida un momento de inmovilidad, producido por las convulsiones tónicas, la respiración se suspende. Este periodo es de muy corta duración: al fin de algunos segundos se presentan las graves convulsiones,

reaparece la agitaciòn, las convulsiones se hacen más clónicas, los párpados están agitados de movimientos convulsivos, el ojo gira en la órbita y vá á ocultarse debajo del párpado superior, de manera que no se vé más que el blanco de la conjuntiva: los músculos de los labios y del ala de la naríz están agitados de igual manera; la extremidad del mentón parece adelgazada y puntiaguda, la lengua sale de la boca y como suele encontrarse herida, fluye una saliva sanguinolenta, semejante á la de los epiléticos en sus accesos: la respiración es trabajosa, sibilante, la cara está congestionada, azulada ó lívida. La cabeza se balancea de derecha á izquierda, y los miembros están agitados de movimientos convulsivos; en estas convulsiones pueden tomar parte los músculos de la vida orgánica, como lo prueba la salida de orina y de materias fecales.

Al principio del acceso, el pulso está duro y frecuente; cuando el acceso adquiere toda su intensidad, se vuelve apenas perceptible. En esta afección la temperatura se eleva desde el principio, continuándose hasta el fin de la enfermedad, pudiendo en el intérvalo de los accesos permanecer elevada y aumentar en él. La oscilación de la temperatura varía entre 38 y 40 grados; cuanto mas alta es la temperatura, tanto mas grave es el pronóstico.

La sensibilidad y la inteligencia se encuentran abolidas, la mujer se encuentra agena á cuanto la rodea, y si en este momento se efectúa el parto, pasa desapercibido para ella.

El útero puede participar de las convulsiones y contraerse enérgicamente, acelerándose por consiguiente el trabajo del parto, cuando el acceso da principio durante una contracción. Pero también se observan casos en que la dilatación tiene una marcha lenta, de manera que no permite creer que ha sido modificado por el ataque de eclampsia. La piel al principio está seca y caliente, no tardando en cubrirse de sudor.

Después de algunos minutos en que la mujer ha estado bajo el acceso, cae en el coma, en la insensibilidad, se cubre de sudor y la respiración es estertorosa. La postración en que ha caído la mujer puede durar un tiempo más ó menos largo, recobrando sus sentidos gradualmente, la respiración se regulariza, la cara recobra su color natural, y la enferma queda sumida en un estado comatoso; vuelve luego en si, no recordando nada de lo que acaba de pasar. La disminución gradual de los accesos, va seguida de un sueño reparador, del cual despierta la mujer bastante aliviada.

Los fenómenos convulsivos tienen una marcha rápidamente creciente; el primero de los accesos puede repetirse de tal modo, que el coma y el estupor sean completos: por regla general, el primer acceso es corto y de mediana intensidad, pero á medida que se reproducen se hacen cada vez más graves, aumentando al mismo tiempo su duración; empiezan por ser de algunos minutos, no pasando sino rara vez de un cuarto de hora. La duración del período comatoso es muy variable, pues puede ocupar el intérvalo que separa

uno de otro acceso, ó prolongándose por un tiempo bastante largo; lo mismo sucede con el número de accesos.

El *curso y terminación* de esta enfermedad, puede ser tambien variable, pudiendo terminar por la curación, por una complicación y por la muerte. Cuando termina por la curación, los accesos son en general de corta duración; el intérvalo que los separa es largo y los accesos son poco numerosos; el coma no se prolonga largo tiempo y la mujer recobra su inteligencia, quedándole alteraciones nerviosas, la inteligencia es perezosa, la memoria infiel, los sentidos de la vista y del oído debilitados; tambien se ha observado paralisis de la vejiga y del recto.

Las complicaciones más frecuentes que se observan son: las congestiones cerebrales, la locura, la anasarca, pudiendo tambien producirse la ruptura del útero, cuando se presenta al principio del parto, no estando dilatado el cuello uterino, y como consecuencia de esto la peritonitis. Cuando la terminación de la eclampsia es la muerte lo que sucede bastante á menudo, «pues se observa una muerte por cada tres atacados de eclampsia»; los síntomas se acentuan más y más, repitiéndose los accesos más seguidos, pudiendo pues la mujer sucumbir, ya de una manera rápida en medio del acceso, ó á consecuencia de la asfixia, ó por hemorragia, por infiltración serosa del cerebro, praplopegia pulmonal ó sucumbir durante el coma.

Diagnóstico.—La eclampsia puede confundirse en

la epilepsia, la histeria, la apoplegia, la embriaguez y el tétano, pero se puede hacer un diagnóstico diferencial exacto teniendo en cuenta los síntomas que experimenta la mujer en esta afección. Cuando el médico ha asistido al principio de esta enfermedad siguiendo su desarrollo, el diagnóstico no presenta dificultades, sucediendo todo lo contrario cuando ha sido llamado durante el ataque ó cuando ya éste ha pasado.

La epilepsia se distingue por los antecedentes de ataques anteriores, es una afección esencialmente crónica, mientras que la eclampsia en un periodo corto puede comprometer la vida de la pacienta; en la epilepsia, el acceso es precedido de un grito inicial, no existe albumina en las orinas; lo contrario sucede en la eclampsia, esta se manifiesta por accesos repetidos mientras que la epilepsia se presenta con mayores intérvalos. La eclampsia se presenta en una época avanzada del embarazo, en tanto que la epilepsia en cualquier época. El síntoma mejor para diferenciarlos, es la temperatura; el ataque epiléptico es sin fiebre, mientras que el eclámpsica la temperatura asciende á 40 y 41 grados.

La *eclampsia* se distingue de la histeria, en que en esta, los movimientos son desordenados y violentos; los músculos no presentan las contracciones características de la eclampsia, las orinas no son albuminosas, las facultades intelectuales y sensoriales se conservan, falta la saliva espumosa y sanguinolenta por mordeduras de la lengua que se observa en las eclámpsicas,

hay ausencia de coma. El tronco presenta una gran tendencia á cambiar de lugar, la enferma forcegea, lanza gritos agudos, lo que no sucede con la eclampsia. Además tenemos los prodromos de la histeria; la sensación del bolo histérico, experimentado por la mujer. Por otra parte, muy rara vez se manifiesta el histerismo, en los últimos tiempos de la preñéz, mientras que la eclampsia se presenta en esta época.

La eclámpsia se distingue de la *apoplegía* en que en esta, la enferma cae como herida por el rayo, no existen convulsiones y la hemiplegia no tarda en presentarse; no hay espuma sanguinolenta, la lengua no está herida, mientras que en la eclampsia no existen prodromos y no cae la enferma privada del conocimiento, hay accesos convulsivos y existe la espuma sanguinolenta.

La *embriaguez* se caracteriza por los antecedentes; el estupor producido por este vicio, se parece al producido por la eclampsia. Pero se distingue de esta por el olor á alcohol en la boca, los vómitos, no hay mordedura de la lengua, ni espuma sanguinolenta.

El *tetánas*, las convulsiones son tónicas y ligeras, el conocimiento permanece intacto, existe además el trismus y el opistótomos, mientras que en la eclampsia, no existen y las convulsiones son bruscas y seguidas de coma.

Pronóstico.—El pronóstico es sumamente grave no solamente para la madre sino tambien para el hijo. Esta gravedad varía para la madre segun las circuns-

tancias que han determinado las convulsiones, la época en que se manifiestan los accesos, la intensidad de ellos y la cantidad de albumina en las orinas. En los primeros meses de la preñez, no es muy grave, en los últimos puede ser fatal; es tambien más grave esta afección en las primiparas y en las mujeres que han tenido embarazos anteriores. Esta afección es menos temible cuando se presenta en el período de expulsión.

El pronóstico en cuanto á la madre se funda tambien en la temperatura, pues cuando esta, despues de haberse elevado y estando estacionaria desciende, se puede hacer un pronóstico favorable, por el contrario, si continua y presenta ó aumenta, le será sumamente grave.

En cuanto al feto, el pronóstico es de los más graves; sucumbe lo más á menudo, cuando los accesos convulsivos son repetidos, sobre todo si tienen lugar durante el trabajo, siendo ocasionada esta afección por una causa de distocia. La muerte de la criatura, parece ser debida á las convulsiones, pues los niños que han nacido vivos, de madres atacadas de eclampsia se les ha visto sucumbir despues de algunos días, por ataques convulsivos.

Tratamiento.—El tratamiento de la eclampsia puede ser profiláctico y curativo. La variedad de teorías que se han creado, para esplicar esta afección, ha hecho que se pusiera en práctica gran número de medicamentos para combatirla. La eclampsia, es una afección que se prepara por alteraciones de la sangre, ó

por infiltraciones serosas, por dicha causa el bulbo se exita, manifestándose, por movimientos reflejos desordenados, debiéndose por consiguiente, obrar sobre la sangre y la excesiva vascularidad.

El tratamiento profiláctico consiste, encontrándonos con una mujer primipara, en la que hay infiltración serosa del tejido celular y albumina en las orinas; á parte de tener en cuenta las prescriciones higiénicas, siendo una de las principales tratar de alejar todas las impresiones morales, que puedan aumentar la exitabilidad nerviosa de la mujer que ya se encuentra exaltada durante el embarazo. Combatiremos la hidremia, recurriendo al principio á un regimen fortificante, por medio de los tónicos, la quina, el fierro, los amargos. Para neutralizar el carbonato de amoniaco en la sangre aconseja Frerich, dar el ácido benzoico en cantidad de 0.30 á 0.60 centígramos por dósis, el zumo de limón, y para eliminar la urea por la orina, bebidas abundantes.

Cuando la enferma es robusta y tenga tendencia á las congestiones, pueden emplearse purgantes dialíticos y las emisiones sanguíneas, tratando de sacar una pequeña cantidad de sangre, pues siendo estas emisiones excesivas, podrían aumentar fácilmente la hidrémia y la estenuación de las enfermas, quitando á la sangre los glóbulos rojos que se encuentran bastante disminuídos ya en el embarazo. Pero empleadas con moderación, producen buenos resultados, pues disminuyendo la tensión sanguínea, evitan las conges-

tiones cerebro-espinales, y al mismo tiempo disminuyendo la cantidad de albumina que se ha de eliminar por el exceso de tensión de los vasos mejor que la sangría, podríase emplear los purgantes salinos, pues sustrae el agua de la sangre por exosmosis sin disminuir el número de glóbulos. Los diuréticos están indicados cuando hay un edema seroso considerable y la alteración de los riñones no fuese intensa, pues de lo contrario activaríamos el funcionamiento de este órgano.

El único tratamiento profiláctico que merece la atención, es el parto prematuro artificial, toda vez que nos encontramos con una mujer al fin del embarazo con las orinas albuminosas y cuando se notara la coincidencia de los síntomas urémicos que preceden á la eclampsia, que la preñez haya llegado al octavo mes, que la albuminuria haya llegado al último grado y la mujer sea primípara, ó que en partos anteriores haya estado sujeta á ataques eclámpsicos.

Tratamiento curativo.—Toda vez que el médico haya puesto en práctica el tratamiento profiláctico sin resultado, podrá hacer uso del curativo, pudiendo emplear los anestésicos, cloroformo, revulsivos cutáneos é intestinales, cloral, bromuro de potasio, sangría, y en último caso se tendrá que recurrir al parto prematuro artificial.

Cloroformo.—La mayor parte de los tocólogos, han reconocido la utilidad del cloroformo en el tratamiento de la eclampsia, obrando este medicamento

como paliativo, alejando los accesos. Se sabe que estas convulsiones son producidas por la excitabilidad del bulbo raquídeo, consecutivamente á la alteración de la sangre, la cual irradiándose por los nervios motores á todos los músculos de la economia, produce un trastorno profundo que se manifiesta por convulsiones y por desórdenes respiratorios. El cloroformo, obrando sobre los centros nerviosos, produce su sedación, y por consiguiente gozando de la propiedad de disminuir la sensibilidad y el poder exitomotor del centro raquídeo, evitará las convulsiones y consecutivamente facilitará la respiración.

Con todo, á pesar de los partidarios que cuenta el empleo de este agente, convencidos de su utilidad como Chailly, que dice: que en 19 eclámpsicos tuvo 18 curaciones con su empleo; Braun que en 18 casos, solo tuvo un caso adverso. Chairi en 7 casos obtuvo buen éxito en todos. Braun 18 curas en 18 casos. En fin, Caseaux, Chailly, Campell y otros son partidarios ardientes del cloroformo en la eclampsia. El Dr. Joulin conocia el parto prematuro artificial con los anestésicos.

En cuanto á la manera de emplear el cloroformo, hay muchas opiniones: unos como Playfair aconsejan administrarlo por medio de inhalaciones pequeñas desde el principio del ataque; otros imitando á los ingleses, llevan la anestesia hasta producir el sueño, la insensibilidad y la abolición de los movimientos voluntarios y reflejos. Hay que principiar las inhalaciones

antes del acceso, es decir, despues del periodo de sopor, no debiendo ser empleado sino cuando la agitación de la enferma anuncia la explosión de un nuevo paroxismo. Si no se llega á prevenir el ataque, es menester, al contrario, hacer que la enferma respire tanto como sea posible un aire fresco y puro, mientras duran las convulsiones y el periodo comatoso.

Hidrato de cloral.—Este agente terapéutico se puede administrar como succedáneo del cloroformo. La experiencia ha confirmado las ideas teóricas que sobre él se ha emitido; para algunos, los servicios que presta son superiores á los del cloroformo, se puede administrar solo y unido al bromuro de potásio.

Sangría.—Las emisiones sanguíneas eran en una época no muy lejana empleadas muy á menudo en el tratamiento de la eclampsia. Cazeaux y Velpeau la colocaban en primera línea, en el tratamiento de esta enfermedad, llegando este último á extràer, 1500 y hasta 2500 gramos de sangre según el caso y el efecto producido. Hoy se encuentra muy moderado su uso, á pesar de haber notabilidades médicas como Peter, que las emplean con buen resultado.

Las emisiones sanguíneas cuando son muy abundantes, pueden aumentar fácilmente la hidremia, la extenuación de la enferma. Los casos en que la cianosis sea intensa, los latidos de las carótidas intensos y las enfermas muy robustas, se podrá emplear una sangría, pues de ese modo se podrá prevenir una hemorragia cerebral, disminuyendo la masa general

de la sangre, y de este modo defluccionándose los centros nerviosos, se disminuirá la exitabilidad refleja. La época en que debe hacerse, será en el periodo comatoso, pues durante los accesos los movimientos de la enferma estorbarian.

El *Tratamiento obstetricial* de la eclampsia, varía segun el periodo del embarazo ó del parto en que se presenta. El Dr. Braun opina que no debe practicarse el parto artificial en la segunda mitad del embarazo, sino en los casos que el feto esté muerto y que se trate de salvar á la madre.

Durante el periodo de expulsión, si la cabeza está detenida, se extrae con precaución por medio del forceps, en cuyo momento cesan los ataques y se salva el niño. Si la eclampsia se encuentra al principio del trabajo y el orificio uterino está dilatado, se puede dar el cloroformo para disminuir los dolores y desgarrar las membranas como lo indica Braun, extrayendo rápidamente el feto por medio del forceps, tratando que sea con la menor violencia posible. Pero si el ataque es al principio del trabajo, y no existe dilatación del cuello, se hace la depleción del útero, practicando el parto prematuro artificial.

Sin embargo, algunos autores se oponen á la depleción del útero como tratamiento de la eclampsia, fundándose en que la acción del parto es muy lenta, si se la compara con el curso rápido de la enfermedad, y que la eclampsia puede terminar por la curación ó por la muerte antes que el parto se efectúe. Pero este

argumento carece de valor, pues el parto se puede obtener en menos de doce horas, como lo indica el Sr. Joulin, si se sabe sacar todo el partido posible de los procedimientos que se empleen, pues las mujeres atacadas de eclampsia, casi nunca mueren antes de las veinte y cuatro horas.

Creemos por consiguiente, con el señor Joulin, que la depleción del útero debe emplearse en la eclampsia por las razones siguientes: las convulsiones matan rápidamente al feto, por consiguiente, para sustraerlo, no queda más que determinar su expulsión lo más pronto posible. Si hay casos en que el alumbramiento no salva á la madre, por lo general, cesan los accesos después del parto y la operación, en lugar de agravar la situación de la mujer, más bien la alivia.

XIV

Procedimientos operatorios.—Hemos ya descripto los casos en que está indicado el parto prematuro artificial; pero antes de exponer los diversos procedimientos que se han puesto en práctica con este objeto es imprescindible saber que cuando el médico se encuentra frente á dos casos, en que tiene que provocar el parto prematuro artificial, debe seriamente reflexionar y pedir consulta con otros compañeros para repartir su responsabilidad moral, pues esta operación es de aquellas que dejan tiempo suficiente para adoptar el partido que mejor convenga. El parto prema-

turo artificial, debe asemejarse todo lo posible á las condiciones del parto normal; por consiguiente, debe-remos recurrir á los procedimientos que la experiencia haya demostrado, que siendo inofensivos para la madre, provoquen las contracciones uterinas, dilatando el cuello y conservando intacto el huevo. Se han recomendado y empleado para la provocación del parto prematuro artificial, agentes numerosos y variados que son dinámicos unos y mecánicos los otros. En cuanto á los primeros ú oxitóxicos, si hubieren sustancias farmacéuticas, capaces de excitar las contracciones normales y persistentes de la matriz, el objeto de la operación podría ser atacado de la manera más simple, por su administración. Pero como estos medios son inciertos y peligrosos en su acción, tanto para la madre como para el hijo cuando se usan á dosis altas, hoy ya no se emplean.

Los segundos ó mecánicos, son los únicos que se emplean, pues obran directamenre sobre el útero excitándolo á contraerse. Los procedimientos que ejercen una acción cierta y demostrada por la experiencia son: la introducción de una esponja preparada en el cuello uterino; la punción de las membranas; las duchas uterinas; la inyección intra uterina; el dilatador de Barnes y el de Tarnier.

Esponja preparada.—Este procedimiento pertenece á Kluge, que fué el primero que lo introdujo en la práctica, dilatando artificialmente el cuello uterino, imitando de este modo el proceder de la naturaleza en el trabajo del parto.

Se procede á la aplicación de la esponja, de la manera siguiente: Se tiene cuidado de preparar á la mujer antes de la operación, vaciando la vejiga y el recto; se la coloca en el borde de la cama, con las rodillas separadas y apoyando sus pies en dos sillas; se pone en seguida á descubierto el cuello uterino por medio del especulum. Una vez hecho esto, se toma con una pinza de pólipos, el cono de esponja que tiene 50 milímetros de longitud y 15 en su base, la cual está atravesada por un cordonete que sirve para retirarlo. Este cono se introduce por su vértice en el orificio del cuello uterino, teniendo la precaución de untarlo antes con cerato. La esponja gradualmente se empuja durante algunos minutos y no tarda en introducirse en el cuello uterino.

Con el objeto de sostener el cono en su sitio, hay necesidad de colocar en la vagina otra esponja provista de un cordón para extraerla cuando se quiera; en seguida se coloca un vendaje en T que mantenga todo. La parte superior de la vagina y el cuello uterino están lubrificados de un moco y después de algunas horas, la esponja lo absorbe y se distiende, determinando por consiguiente una dilatación en el cuello, cuyo efecto es que el útero entre en contracción por simpatía y entonces se le retira.

Pero si con esta primera esponja el útero no entra en contracciones, pasadas algunas horas, se la retira y se coloca otra más voluminosa, teniendo antes la precaución de hacer una inyección emoliente, hasta obtener los efectos que deseamos.

Siendo tantos los procedimientos empleados para la aplicación de la esponja preparada y presentando la esponja de Kluge, á veces, el inconveniente de no llenar su fin ó hacerlo con mucha lentitud. El Dr. Joulin, ha modificado, la manera de aplicar la esponja, su método es el siguiente: «De una esponja seca algo « fria y de clase inferior, corta dos conos muy prolon- « gados, de unos ocho centímetros de largo, 3 de an- « cho en la base y 1 en el vértice; el otro de 12 ó 15 « centímetros de longitud, 6 de anchura en la base y « 1 en la punta. En seguida, los prepara apretándolos « fuertemente con un bramante, teniendo cuidado que « todas las circulares estén contiguas. Por la compre- « sión, las esponjas, se ponen en extremo compactas, « presentando el aspecto de una candelilla gruesa, « cuya extremidad menor, no presenta de diámetro, « más que de 1 á 2 milímetros. Se quita la cuerda en « el momento de ir á usarla, lo que puede hacerse « despues de 2 ó 3 horas de preparación, porque en- « tonces ya ha adquirido la esponja una rigidez sufi- « ciente, un cordonete atravesado en la base del cono, « permite extraerlo cuando se quiere; y en el mo- « mento antes de introducirlo, se moja en cerato, la « punta que ha de entrar dentro de la matriz. Se em- « plea el especulum para descubrir el cuello. Si el ori- « ficio cervical superior aparece cerrado por completo, « se elije la esponja menor, la cual se empuja hácia « la cavidad del órgano tan adentro como se pueda, « á fin de que la base del cono, forme una ligera emi-

« nencia sobre el nivel del hocico de tenca. Para esta « operación se emplea una pinza de pólipos, la estre- « midad fina y algo flexible de la esponja, le permite « atravesar, el orificio cervical superior aunque parez- « ca impermeable á la sonda uterina. En el caso que « el orificio uterino del cuello se presentase permeable « con facilidad, se introducirá el cono mayor. No es « necesario en manera alguna emplear el taponamien- « to, ni ningun aparato para mantener la esponja en « su sitio, porque la porción introducida se hincha con « rapidez y al cabo de algunos minutos, se necesita « tirar con cierta fuerza al cordonete de su base para « salir la esponja. Aplicada la esponja, segun este pro- « cedimiento, obra de varios modos á la vez; 1.º des- « prende las membranas, lo que basta á menudo para « terminar el parto, 2.º irrita como cuerpo extraño, el « segmento inferior de la matriz, la cual reacciona « contrayéndose. 3.º dilata el orificio cervical superior « que atraviesa, 4.º dilata igualmente el cuello en toda « su altura al hincharse á espensas del moco uterino».

Cuando el caso no es urgente, se puede aplicar la esponja pequeña, pero cuando circunstancias accidentales, como la eclampsia ó la metrorragia, exigen la terminacion rápida del parto, se hará uso sucesivamente, despues de algunas horas, de esponjas más largas y voluminosas que obran con mayor actividad.

Duchas uterinas.—En 1836 Kievisch, propuso su método que á causa de su simplicidad, encontró muchos partidarios; esta fué la ducha uterina, que con-

siste en digerir con cierta fuerza, un chorro de agua templada ó fría: sobre el cuello uterino. El receptáculo de que se sirve, para la ducha, puede ser una pequeña bomba de mano, un irrigador ó cualquier otro aparato competente y que en la parte inferior del receptáculo, se agrega un tubo con su robinete y á este otro tubo de cauchou de 15 milímetros de diámetro con la cánula de inyección.

La mujer se coloca en la misma posición que hemos indicado, teniendo cuidado de cubrir la cama con un impermeable y colocar en el piso una vasija, para recoger el líquido que caiga de la vagina. Se pone á descubierto el orificio uterino por medio del especulum, pues con esta precaución se dirige mejor el chorro en la dirección del eje. Cada ducha durará 10 á 15 minutos, pudiéndose hacer tres diarias, cuando el caso no es urgente y repetirlas más á menudo, en el caso contrario, hasta poder hacer diez duchas diarias.

Blot ha introducido la cánula dentro del cuello uterino, teniendo por resultado el desprendimiento de las membranas. Este procedimiento tiene sus inconvenientes como se ha creido al principio, pues Dubois, dirigiendo la ducha dentro del cuello, determinó en la mujer vómitos y escalofríos, que lo obligaron á suspender la operación; con todo esto es proceder bastante bueno.

Inyección intra-uterina.—Cohen de Hamburgo en 1848, se propuso inyectando de 60 á 80 gramos de

agua de brea en la cavidad uterina, desprender las membranas, y por la irritación que produce este líquido en contacto con la pared interna del útero y las membranas determinar las contracciones, provocando el parto prematuro artificial, pudiendo enseguida la mujer levantarse y andar, si la primera inyección no diese resultado, se repetirá hasta obtener el efecto que se desea. Esta inyección se puede hacer con una jeringa de goma, cuya cánula se introduce hasta la cavidad uterina.

Este procedimiento no está exento de inconvenientes, pues en una primípara, es á veces imposible, hacer penetrar una canilla por el orificio uterino, lo que hace que sea un inconveniente bastante serio. Cohen creía que la acción de la inyección era debida al alquitran, pero nuestros prácticos han notado que el agua caliente dá los mismos resultados, pues lo que constituye la eficacia del método, es que las membranas del huevo, se desprenden progresivamente por el líquido retenido en la cavidad del órgano, que se extiende en diferentes direcciones, bajo la influencia de la concentración uterina. Krause hace las inyecciones con una algalia elástica ordinaria y una simple jeringa.

Dilatador de Barnes.—En 1862 Barnes inventó un aparato basado en otro del Dr. Keiller de Edimburgo, el cual propuso sacos de caouchou distendidos por aire como medio dilatador del orificio uterino. El aparato de Barnes, se compone de tres sacos de caouchou, anchos en sus extremos y estrechos en la par-

te media y de diferente volúmen. Están provistos de un tubo, para introducir en su cavidad por medio de una jeringa, el agua que ha de distenderlos. Un conductor metálico, recibido en un apéndice en forma de dedo de guante, permite introducir primero, el saco más pequeño á través del orificio interno, de modo que la parte estrecha ocupa la parte del cuello de la matriz. En seguida progresivamente, se distiende con agua á medida que se vá verificando la dilatación. Si no fuese suficiente este primer saco, se sustituirá con otro mayor.

Para ser empleado este aparato, es necesario que el cuello uterino tenga cierto grado de dilatación para que pueda pasar á través de él. Con todo este proceder tiene ventajas, cuando se trata de terminar rápidamente el parto, porque se puede á voluntad ir dilatando progresivamente el cuello.

Se coloca el proceder de Barnes, como un procedimiento intermediario, entre el parto forzado y el parto provocado; porque no solo dá impulso, sino además continúa, hasta la completa dilatación del cuello. Difiere del primero en que no produce las violencias de este y que hacen tan peligrosa esta terminación del parto.

Dilatador intra uterino de Tarnier.—En 1862 el Dr. Tarnier inventó un aparato análogo al de Barnes, pero que difería en su modo de obrar. Este aparato se compone de dos partes fundamentales; de un tubo de caouchou, y de un conductor metálico.

El tubo de caouchou, en la mayor parte de su extensión y adelgazado en los cuatro últimos centímetros de su extremidad, la cual termina en fondo 'de saco. El tubo tiene una longitud de 30 centímetros. Cuando se arroja una inyección de 50 gramos de agua en este tubo, el espesor desigual de sus paredes hace que la parte adelgazada se dilate.

El conductor metálico, que termina en una extremidad roma, escavada en forma de gatera, en toda su longitud y encorvado sirve para hacer penetrar la extremidad del tubo en la cavidad uterina.

Cuando el instrumento está preparado para la operación, apenas tiene el volúmen de una sonda de hombre. Una vez colocado el instrumento, y que ha pasado el orificio uterino unos 3 centímetros, se hace la inyección, cuyo resultado es la dilatación del tubo y el que queda colocado, hasta que lo expulsan las contracciones. La mujer podrá seguir en su pieza en sus ocupaciones habituales y es bueno como lo indica Tarnier, que se levante, pues en esta actitud, la vejiga de caouchou, obra directamente sobre el orificio uterino, y el trabajo se declara mas rápidamente.

Los dolores nacen algunas veces,mientras se aplica el instrumento, por lo general es á las tres ó cuatro horas de la operación, cuando aparecen; al principio poco intensos, despues mas enérgicos aproximándose como sucede en el parto normal.

Esta operación se puede repetir sino bastara la primera aplicación, introduciendo dicho tubo y disten-

diéndolo mas. El dilatador de Tarnier, es un instrumento ingenioso y cuyo resultado es el mismo que se obtiene por el de Barnes, el de desprender las membranas irritando el útero, y diferenciándose en que no distiende el cuello, como lo hace el de Barnes. Estos son los principales procedimientos que se emplean, y que merecen conservarse en la práctica; sin embargo hay otros de un valor secundario, que es bueno conocer, por lo cual los trataremos brevemente.

Ruptura de las membranas.—La evacuación del líquido amniótico por la ruptura de las membranas, fué el primer método empleado para obtener el parto artificial; es el recomendado por Demonan y los autores antiguos. Es el mas seguro, pues tarda poco en provocar las contracciones uterinas; pero trae consigo muchos inconvenientes que contraindican su empleo en la mayoría de los casos. Por otra parte es incierto, bajo el punto de vista de los efectos deseados, pues las contracciones suelen aparecer á veces despues de muchas horas, ó despues de unos dias.

Tiene, pues, el grave inconveniente de exponer al feto á la contracción directa del útero. Por otra parte, la salida de las aguas, impide que se pueda formar la bolsa, tan útil, para dilatar, el orificio uterino; y si por una mala presentación, la versión se hiciese necesaria, la operación no podria hacerse sino en condiciones desfavorables. Este procedimiento se debe emplear tan solo cuando hay hidropesía del amnios.

Meissner de Lepeck y otros, han inventado sondas

destinadas á perforar el huevo, á una altura próxima al fondo del útero, con el objeto de no privar bruscamente al feto del líquido amniótico que lo proteje: pero estos instrumentos son de difícil introducción; pueden ocasionar heridas del útero ó producir un desgarro de la placenta; si se llega á equivocar la dirección.

Desprendimiento de las membranas.—Con el objeto de desprender las membranas, Hamilton, de Edimburgo, introducía el dedo por encima del orificio uterino y lo paseaba suavemente entre la pared uterina y las membranas del huevo. De esta manera producía un desprendimiento gradual de las membranas, sobre cuatro ó cinco centímetros, al rededor del segmento inferior del útero. Antes de introducir el dedo, es necesario dilatar gradualmente el cuello de una manera suficiente, por lesiones sucesivas, repetidas á intérvalos de tres ó cuatro horas.

Kieck, Mempí, Braun y otros, practican el desprendimiento de las membranas, introduciendo una algalia sin conductor, entre el útero y las membranas. Este procedimiento obra lentamente y es fatigoso y aún doloroso, tanto para el médico como para la madre.

Dilatador de Busch.—Este aparato es un especulum pequeño de tres valvas, las cuales se abren después de su introducción en la cavidad cervical. Una vez preparada la mujer por medio de inyecciones, se le acuesta y se le introduce el dilatador á un centímetro y medio de profundidad, después se abre hasta pro-

vocar un dolor local. La separación de las valvas puede producir lesiones en el cuello; por consiguiente es un procedimiento que está hoy abandonado.

Electricidad.—El partero alemán Schirciler fué el primero que propuso la aplicación de la electricidad, con el objeto de producir la contracción uterina en el parto artificial. Pero este medio no ha dado resultado, y Dubois y Simpson, lo han ensayado sin éxito. Tiene también el inconveniente de ser muy dolorosa su aplicación.

Taponamiento vaginal.—Este proceder consiste en introducir en la vagina, un cuerpo extraño, tratando de ponerlo en contacto lo más inmediato posible, con el hocico de tenca. El primero que propuso este procedimiento, fué Scheller, de Berlín, el cual se servía un tapón de hilas mojadas en aceite, para facilitar su introducción en la vagina, renovando esta operación dos veces al día. Hoy se emplea una pequeña vejiga de animal, á la que se adapta un tubo provisto de un robinete, con el objeto de retener el agua.

Braun ha sustituido la vejiga por una bolsa de caouchou vulcanizada, de 5 á 10 centímetros de diámetro, terminado por un robinete de cobre, detrás del cual se encuentra un anillo para fijar el instrumento al muslo.

Para usarlo se acuesta á la mujer horizontalmente, y se introduce tan profundamente como sea posible en la vagina, una bolsa de caouchou ó bien la vejiga, y por medio de una jeringa, se llena de agua tibia,

poco á poco, hasta que se nota una dilatación manifiesta. Al cabo de algunas horas, se hace una nueva inyección, para aumentar más la distensión del tapon, y se continúa hasta que el trabajo esté regularmente establecido, el cuello completamente borrado y el orificio dilatado próximamente 3 centímetros. Este proceder falla con frecuencia y cuando es eficáz, su acción es muy lenta; por lo tanto poco se usa.

Acido carbónico.—Las fumigaciones de ácido carbónico proyectadas sobre el cuello uterino, puesto al descubierto por medio de un especulum, son debidas á Scanzoni, que se basaba en las teorías de Brown Sequard, que creia que el ácido carbónico, era la causa de la contracción muscular, y por consiguiente se podía emplear este gas en el parto artificial, para provocar la contracción uterina. Simpson, á causa de los accidentes desgraciados, á consecuencia de este gas, es de opinión de que este ensayo no debe ser renovado.

Cornezuelo de centeno.- -Este agente terapéutico, no se debe emplear para provocar el parto prematuro artificial, como lo han hecho varios prácticos como Ramsbothan, Peterson y otros, pues si bien es cierto que acetiva las contracciones uterinas una vez comenzado el parto y dilatado el cuello, es nulo para exitarlas, á no ser que se emplée á dósis altas y contínuas, durante algunos días, lo cual es en extremo peligroso.

Excitación de las mamas.—Friederich y otros mu-

chos autores, basados en la simpatía que existe entre el útero y las mamas, creyeron que excitándolas, podrían producir contracciones uterinas; y por consiguiente provocar el parto. Para obtener este efecto, Frederich aplicó vejigatorios y ventosas á los pechos pero el resultado que consiguió fué producir dolores á la pacienta.

De todos los procedimientos que hemos estudiado tenemos, que el mejor resultado ha dado es el dilatador de Tarnier; la esponja proparada no por el procedimiento de Kluge, sinó por el Dr. Joulin, y las duchas uterinas de agua templada.

Provocación del parto prematuro artificial por el Dr. Pedro Lagleyze, en un caso de amaurosis urémica.

Historia

M. L. de L., argentina, de 24 años de edad, de temperamento sanguíneo, de constitución fuerte ha seguido en perfecto estado de salud, hasta el principio del séptimo mes de embarazo. Existía ligero edema de las extremidades inferiores á los que no se les prestó atención por no presentarse acompañados de otros síntomas. La enferma no se había quejado hasta entonces de cefalalgia, ni de vómitos, cuando en la época que mencionamos, á mediados del séptimo mes de embarazo sobrevinieron una mañana, vómitos per-

tinaces, intensa cefalalgia, quedando rápidamente ciega. El exámen osftalmoscópico no reveló ninguna alteración en las membranas profundas de los ojos. El análisis de la orina indicó la presencia de la albumina. Con estos antecedentes no había lugar á dudas; se trataba de una amaurosis debida á la intoxicación por la uremia.

En la tarde del mismo dia, ataque de eclampsia. Inmediatamente resolvimos con el Dr. Juan R. Fernandez provocar el parto artificialmente introduciendo una sonda uretral comun, flexible, dejándola entre el huevo y la pared uterina. Pocas horas después empezó el trabajo, el cuello comenzó á dilatarse, y finalmente el feto fué expulsado sin complicación ni accidente alguno, catorce horas de introducida la sonda.

Los ataques de eclampsia no se reprodujeron. Desde el instante en que se produjo la amaurosis, se estableció un régimen lácteo riguroso. La ceguera fué absoluta y duró por espacio de siete días, al cabo de los cuales empezó á ver la luz; recuperando poco á poco la visión hastā obtenerla por completo.

Señor Presidente

Señores Académicos

He terminado el punto que me había propuesto tratar en esta tésis. Si no llena vuestros deseos, la culpa estará de mi parte.

Permitidme S. S. que al incorporarme al cuerpo médico argentino, os exprese mi sincero agradecimiento por vuestras sabias lecciones y creed que en cualquier momento que me encuentre á la cabecera del enfermo, no olvidaré vuestra ciencia y experiencia.

MANUEL G. PEREZ

PROPOSICIONES ACCESORIAS

El ioduro de potasio es no solamente un medicamento específico en el período terciario de la sífllis, sino que en el secundario presta servicios importantes.

El parto prematuro artificial, sólo debe resolverse en unión de varios médicos.

La sífilis paterna es causa de aborto.

La tuberculosis es influenciada favorablemente por el clima.

Buenos Aires, Setiembre 19 de 1898.

Nómbrase á los Sres. Académico Dr. José Teodoro Baca; Profesor Titular, Dr. Samuel Molina y Profesor suplente Dr. Luis F. Vila, para que constituidos en Comisión se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta Tésis.

ENRIQUE E. DEL ARCA.
Luis M. Acuña
Secretario.

Buenos Aires, Setiembre 27 de 1898.

SEÑOR DECANO:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la Tésis presentada por el ex-alumno Manuel G. Perez:

«En el local de la Facultad, á 26 de Setiembre de « 1898, reunidos los que suscriben encargados de « dictaminar respecto de la admisibilidad de la Tésis « presentada por el ex-alumno Don Manuel G. Perez « que versa sobre «Indicaciones del parto prematuro « artificial» resolvieron admitirla

«Con lo que terminó al acto».

Firmado: J. H. BACA.—S. MOLINA. —LUIS F. VILA.—Firmado: ZENÓN AGUILAR,—Pro-Secretario.

Luis M. Acuña

Buenos Aires, Setiembre 27 de 1898.

Entréguese al interesado esta tésis para su impresión debiendo fijarse por secretaría el día en que haya de ser sostenida.

ENRIQUE E. DEL ARCÁ.

Luis M. Acuña

Secretario.