- 10.223 -

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

INDICACIONES

DEL

PARTO PREMATURO ARTIFICIAL

TÉSIS PARA EL DOCTORADO

POR

BARTOLOMÉ CONSTANZÓ

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE PABLO E. CONI, ESPECIAL PARA OBRAS

60 — CALLE ALSINA — 60

1879

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DÉCANO.... Dr. D. SANTIAGO LARROSA
VICE-DÉCANO » » MANUEL ARAUZ
TESORERO.. » » MAURICIO G. CATAN.

ACADÉMICOS

Dr. D. NICANOR ALBARELLOS
» » MANUEL A. MONTES DE OCA
» » MANUEL P. DE PERALTA
» » MAURICIO G. CATAN
» » CLETO AGUIRRE
» » SANTIAGO LARROSA
» » ERNESTO ABERG
» » PEDRO A. PARDO
» » MANUEL ARAUZ
» » LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » EDUARDO WILDE
» » PEDRO A. MATTOS
» » JOSÉ T. BACA
» DOMINGO PARODI
» » RAFAEL HERRERA VEGAS

SECRETARIO

Dr. D. JACOB DE T. PINTO

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS			CATEDRÁTICOS
Anatomía descriptiva y topográfica..	Dr.	D.	MAURICIO GONZALEZ CATAN.
Histología y Anatomía Patológica...	"	"	IGNACIO PIROVANO.
Fisiolojía general y humana.....	"	"	SANTIAGO LARROSA.
Patolojía jeneral é Historia de la Medicina.....	"	"	JOSÉ T. BACA.
Materia Médica y Terapéutica.....	"	"	PEDRO A. MATTOS.
Higiene pública y privada.....	"	"	GUILLERMO RAWSON.
Patolojía esterna.....	"	"	LEOPOLDO MONTES DE OCA.
Patología interna.....	"	"	MANUEL ARAUZ.
Clínica Quirúrgica y operaciones...	"	"	MANUEL A. MONTES DE OCA.
Oftalmología y Clínica Oftalmológica.	"	"	CLETO AGUIRRE.
Clínica Médica.....	"	"	MANUEL P. DE PERALTA.
Medicina legal y Toxicología.....	"	"	EDUARDO WILDE.
Obstetricia y Clínicas respectivas....	"	"	PEDRO A. PARDO.

SUSTITUTOS

Anatomía descriptiva y topográfica.	Dr.	D.	(Vacante).
Histología y Anatomía Patológica....	"	"	C. LANUS Y JUAN BORBON.
Fisiología general y humana.....	"	"	FRANCISCO TAMINI (en ejercicio).
Patolojía general é Historia de la Medicina.....	"	"	JACOB DE T. PINTO.
Materia Médica y Terapéutica.....	"	"	PABLO SANTILLAN Y ENRIQUE DEL ARCA.
Higiene pública y privada.....	"	"	PEDRO MALLO.
Patología esterna.....	"	"	LUCIO MELENDEZ.
Patología interna, ...	"	"	MANUEL T. PODESTA.
Clínica Quirúrjica y operaciones	"	"	JUAN A. ARGERICH (en ejercicio) Y JULIAN AGUILAR
Oftalmología y Clínica Oftalmológica.	"	"	PEDRO ROBERTS.
Clínica Médica.....	"	"	JUAN BAUTISTA GIL Y CÁRLOS L. VILLA.
Medicina legal y Toxicología.....	"	"	MANUEL BLANCAS.
Obstetricia y Clínicas respectivas.....	"	"	ANTONIO T. BALLESTER Y SAMUEL MOLINA.

Disectores :

JUAN J. NAON Y FELIPE BASAVILBASO.

PRESIDENTE DE TÉSIS

DOCTOR DON MAURICIO GONZALEZ CATAN

A mis Padres

Á MIS MAESTROS

ETERNA GRATITUD

Señor Presidente:

Señores Académicos:

Al presentarme en este recinto á solicitar de vosotros el grado de Doctor en Medicina, es llenando el último de los requisitos que el reglamento de la Escuela nos exije, presentando una prueba escrita sobre un punto cualquiera de Medicina. Este versará sobre las *Indicaciones del Parto Prematuro Artificial*, que trataré de desarrollar, teniendo por base las lecciones que vosotros me habeis inculcado y las nociones adquiridas en los largos años de estudio; implorando al mismo tiempo vuestra benevolencia al juzgar este humilde trabajo.

Mas, antes que descienda de esta cátedra de la ciencia y de formar parte del ilustrado Cuerpo Médico Argentino, permitáseme deciros, que siempre que me encuentre enfrente de esos casos oscuros, que con frecuencia se presentan al médico en su práctica, no trepidaré, no, en evocar vuestras sábias lecciones con placer y respeto.

I

¿Qué se entiende por parto prematuro artificial? La provocacion del parto antes del término ordinario del embarazo, y en una época en que el feto es viable.

Las dimensiones del feto son tanto mas pequeñas, cuanto mas se alejen del término del embarazo, y por esto se espera hacerle franquear una pelvis estrecha sin que peligre su vida.

Ahora bien, el objeto del parto prematuro artificial se habrá cumplido, siempre que por una operacion ó por un agente terapéutico se haya provocado la espulsion del feto antes del término comun y en una época que es viable; evitando á este y á la madre los graves peligros á que hubieran estado sujetos si el embarazo hubiese llegado á su término.

Llegamos á un punto que me parece de suma utilidad hacer una diferencia entre el parto prematuro artificial, el aborto provocado y el parto que es forzado. El parto prematuro que tiene por objeto salvar la vida del feto, conservando al mismo tiempo la de la madre, difiere del aborto provocado en que en el primero, el feto es viable. No confundiremos tampoco el parto prematuro con el parto forzado, puesto que este último consiste en precipitar la obra de la naturaleza durante el trabajo, abriendo á la fuerza el cuello uterino no preparado, y en desocupar rápidamente la cavidad uterina.

II

HISTORIA

El parto prematuro artificial es ciertamente una de las glorias mas grandes del siglo último en el arte de los partos. Sin embargo podemos decir que ya en el siglo VII se hablaba del parto artificial sobre todo en la Capital de la Gran Bretaña; pero es necesario llegar á mediados del siglo XVIII para encontrar el verdadero orígen del parto prematuro, y si se medita algunos instantes en las muchísimas dificultades y gravísimos peligros á que las madres y los hijos están espuestas, en que está indicada esta operacion, cuando se deja llegar la preñez á su término, se sorprende uno de que esta operacion recien á mediado del siglo pasado haya venido á ocupar el lugar que la ciencia le tenia preparado.

Como acabo de decir, á mediados del siglo XVIII, esto es en el año 1756, las celebridades médicas de Lóndres determinaron, que en las mujeres cuyas pélvis fuesen viciadas era de suma necesidad indicar el parto prematuro, siempre que el niño fuese viable. Macaulay, el iniciador de está gran operacion, segun Kelly, obtuvó un buen resultado. En Alemania, que no tardó mucho de reconocer la gran utilidad de esta operacion, fué propuesta por Mai, obteniendo buen resultado en 1779, sin que aún hubiesen tenido noticias de que en Inglaterra habia sido coronada de buen éxito. Mas tarde Wentzel en el año 1804 la pusó en práctica, co-

mo Krans en 1815, con igual éxito, y mas tarde Busch, Neegéle, Bigten y Kluge. En Holanda, J. Fhemnen, G. Salomon, Vrolik y Wellembergh no tardaron de imitar á los médicos alemanes.

Mientras esto sucedia en Alemania, Holanda, en Italia, Lovati en 1829, la pusó en práctica, sin que tardará mucho en encontrar imitadores, como á saber: Billi, Ferrario y otros. En Francia la mayor parte no quisieron aceptar esta operacion condenándola á un verdadero ostracismo á causa de la oposicion sistemática de Bandelocque y de sus discípulos, como dice Joulin, Madame Lachapelle, Capuron y otros aplaudieron su oposicion y considerando la operacion, que en otras partes de la misma Europa habia sido aceptada con entusiasmo y con éxito, como inmoral y criminal. Al llegar el año 1831, Stotz, de Strasburgo, practicó la operacion en Francia en una mujer raquítica, que en partos anteriores habia sido necesario emplear la craneatomia. Velpeau en el mismo año era coronado de igual éxito. Hacia el año 1834 Dubois simpatizó de la operacion, la aclamó, y fué aceptada sin inconveniente alguno en Francia.

En la ciudad de Buenos Aires, viene poniéndose en práctica desde muchos años atrás y tengo conocimiento que en muchos casos ha sido coronada de buen éxito.

III

Antes de hacer un estudio de cada uno de los casos en que está indicado el parto prematuro, me parece útil señalar ciertas condiciones que los autores señalan.

Asi dicen algunos, es preciso:

1° *Que el niño esté vivo,* porque si está muerto seria espulsado espontáneamente y en todo caso cesaria de aumentar de volúmen (Hubert.)

Es cierto que sucede esto, pero tambien es cierto que no siempre el parto artificial tiene por objeto salvar al niño y que en muchos casos se provoca el parto, aun sabiendo de antemano que está muerto; recuérdese sinó la insercion viciosa de la placenta, la esclampsia, etc. y dígase despues si la muerte del niño es suficiente para detener una hemorragía que el útero, al dilatarse en su estremo inferior, produce desprendiendo la placenta (1), si la falta de actividad del feto es capaz de suspender las convulsiones de un sistema nervioso sobre exitado.

2° *Es preciso que el niño sea viable.* Esto es discutible. Si esta segunda condicion se refiere á que no se entiende generalmente por parto, sinó al trabajo sobrevenido despues de la viabilidad 180 dias, está bien; pero si se en

(1) *La muerte del feto no detiene siempre la evolucion de los otros elementos del hueso. El amnio, la placenta sufren en muchas ocasiones metamórfosis que dan por resultado su aumento de cantidad ó volúmen que traen por consecuencia el aumento del volúmen del útero.*

tiende á todo trabajo artificial producido con un fin terapéutico, cualquiera que sea la época de la gestacion, me parece una falta de lógica clínicamente hablando.

¿Qué médico llamado para atender á una mujer embarazada de 4 $^1/_2$ meses por ejemplo que es presa de vómitos incoercibles, cuyo estómago no soporta absolutamente ningun alimento no provocaria el aborto terapéutico antes de dejarla morir de inanicion?

¿Qué objeto tiene dejarla con un feto, si conduciéndose así ambos morirán?

Vistas estas dos condiciones que se refieren mas con respeto al feto, nos quedan ahora por indicar los casos en que se puede aplicar el parto artificial á saber: en las estrecheses de la pelvis, en ciertas hemorragías, por una insercion viciosa de la placenta, en la esclampsia, en la existencia de vómitos incoercibles, cuando existe hidropesía del amnios y por último en ciertas enfermedades orgánicas del corazon y de los pulmones que amenazan la vida, por las dificultades que se producen en la respiracion, sobre todo en los últimos meses de la preñez en que la viene á complicar por el gran desarrollo del útero.

IV

VICIOS DE CONFORMACION DE LA PELVIS

Existen muchísimos vicios de conformacion de la pelvis que hacen que se aleje de sus dimensiones normales, dando por consecuencia que el parto sea peligroso y hasta difícil, sinó decir imposible.

Así como una pelvis puede viciarse conservando su forma regular, puede tambien ser mal conformada sin ser viciosa.

Las pelvis viciadas pueden clasificarse en tres grupos:

1º Pelvis deformes por modificaciones en la relacion de sus diámetros.

2º Pelvis viciosas conservando su regularidad esto es, anomalias de capacidad.

3º Alteraciones por traumatismo ó por desarrollo de degeneraciones ó de tumores óseos.

Al hacer el estudio de las primeras, las dividiremos en tres tipos principales, segun P. Dubois:

1º Sobre el diámetro antero posterior.

2º Sobre los diámetros oblícuos.

3º Sobre el diámetro transverso.

Pelvis cuyo vicio recae sobre el diámetro antero posterior. —En esta clase de pelvis viciadas recae generalmente el vicio en el sacro, la base se hace mas saliente hacia delante

y su vértice esperimenta un movimiento de báscula que lo dirije hacia atrás.

El diámetro sacro pubiano disminuye, mientras que el coxipubiano aumenta. En otros casos la base y el vértice del sacro se dirijen hacia adelante, al mismo tiempo, que se encurva su cara anterior, resultando disminucion de los dos diámetros antero-posteriores de los estrechos.

Puede suceder lo contrario, que la cara anterior del sacro, en lugar de hacerse curva, disminuya y volverse recta, como tambien hacerse convexa hacia adelante.

En estos dos casos tendremos disminuido el diámetro de la escavacion sobre todo en el segundo.

El ángulo sacro-vertebral puede proyectarse mas de lo ordinario hacia adelante y estrechar el diámetro sacro-pubiano.

La sínfisis pubiana puede estar aplanada ó tambien estar saliente hacia dentro como en la pelvis en forma de ocho de guarismo y abreviar del mismo modo los diámetros antero-posteriores.

Pelvis viciadas en los diámetros oblícuos.—Estas pelvis son menos comunes que las anteriores: el vicio está en ellas constituido por la depresion hacia la cavidad pelviana de sus paredes antero-laterales, sea por alargamiento ó inclinacion de la sínficis en los dos sentidos ó en uno solo. La disminucion de uno ó de los dos diámetros á la vez dependerán de que el vicio resida en uno ó en los dos lados.

Hay casos que á pesar de ser muy raros, las ramas horizontales de los pubis se tocan por sus caras laterales y el arco pubiano disminuido: en esta clase se encuentra la

pelvis oblícuo oval de Neegéle y que la describe del modo siguiente:

« 1º Anquílosis completa de una de las sínfisis sacro-
« ilíacas ó fusion entera del sacro y de uno de los huesos
« innominados.

« 2º Falta de desarrollo ó desarrollo incompleto de la
« mitad del sacro y estreches de los agujeros sacros ante-
« riores en el lado correspondiente á la anquílosis.

« 3º Menor longitud del hueso coxal del mismo lado y
« de su escotadura ciática.

« 4º El sacro parece que se encuentra empujado hacia
« el lado de la anquílosis y su cara anterior dirijida hacia
« este punto. Al mismo tiempo, arrastrada hacia el lado
« opuesto la sínfisis pubiana, no corresponde ya directa-
« mente con el ángulo sacro vertebral. Los dos pubis no
« se encuentran exactamente confrontados; el que corres-
« ponde al lado deforme se halla colocado hacia atrás.

« 5º En el lado anquilosado, la pared lateral y una par-
« te de la anterior del innominado son mas planas que en
« el estado normal.

« 6º La otra mitad de la pelvis se encuentra ligeramente
« deformada por la disposicion de la sínfisis de los pubis
« que traspasa la línea media; de tal manera, que si se di-
« vidiesen dos pelvis oblicuo-ovales la una hacia la dere-
« cha y la otra á la izquierda, las dos mitades no anquilo-
« sadas reunidas por su porcion sacra conservarian entre
« los pubis una separacion de ocho á diez centímetros.

« 7º El diámetro oblícuo del lado correspondiente á la
« anquílosis se encuentra mas ó menos acortado, mientras
« que el otro conserva su longitud normal ó bien está au-

« mentado. En la escavacion se encuentra la misma dis-
« posicion.

« 8º La distancia sacro cotiloídea del lado anquilosado es
« menor que el del lado opuesto. Lo mismo se observa
« respecto á las distancias que separan las tuberosidades
« esquiáticas de la espina superior y posterior y la apofi-
« sis espinosa de la última vértebra lumbrar de la espina
« ilíaca anterior y superior.

« 9º La cavidad cotiloídea del lado aplanado está mas
« hácia adelante que la otra ».

Pelvis viciadas en el diámetro transversal. — Velpeau se espresa de este modo respecto á este vicio de conformacion: « En el estrecho superior el acortamiento del diámetro transversal es el mas raro de todos y quizás nunca se ha encontrado aislado ». En estos vicios de conformacion, el diámetro transversal se encuentra disminuido en el estrecho superior, los huesos ilíacos están aplastados y dirijido hácia dentro, sobre todo, las crestas y el hueso ilíaco casi recto.

En el estrecho inferior el acortamiento del diámetro es mucho mas comun y por consiguiente mas grave, porque si en el estado normal es notable su disminucion, es lógico que cualquiera modificacion conduce á un caso de distocia; respondiendo por lo general á un raquitismo.

En el segundo grupo comprendemos las pelvis que á pesar de conservar su regularidad son anómalas en su capacidad. Esta anomalia puede distinguirse ó por exceso de amplitud ó por exceso de estrechez.

De las primeras no merece la pena el hablar, porqne esta anomalia no trae generalmente ningun trastorno en el

parto; á lo mas produciria una espulsion del feto muy rápida y esto en lugar de ser perjudicial es en bien del niño y de la madre, porque es reconocida como verdadero que cuanto mas corto es el trabajo del parto, mas buen éxito es el puerperio.

De las segundas, esto es, cuando son excesivamente pequeñas, son propias de mujeres de talla ordinaria, pero cuyas formas son delgadas y esbeltas. Se refieren tambien á esta, la de las mujeres enanas, á pesar de que el ser así la mujer no lleva consigo la estrechez de la pelvis absoluta; porque sabido es, que estas mujeres tienen los diámetros de sus pelvis bastante estensos para que el parto se verifique bien.

Causas de los vicios de conformacion. — Entre las causas principales de los vicios de conformacion de la pelvis son por órden de frecuencia: 1º el raquitismo; 2º la osteomalacia; 3º las luxaciones congénitas y adquiridas.

El raquitismo concluye por reblandecer los huesos y por último la detencion de su desarrollo, hasta que por último concluye por quedar estacionaria.

La causa principal de esto segun la observacion de muchos médicos célebres es la disminucion notable de fosfato de cal existente en el estado fisiológico, aumentando relativamente la sustancia cartilaginosa y la grasa.

Los síntomas principales del raquitismo son las deformaciones, las fracturas y los dolores. Las alteraciones de los huesos del cráneo consisten en el espesamiento de las eminencias frontales y parietales. No tarda en aparecer el rosario raquítico formado por la estremidad anterior hinchada de cada costilla; despues en las articulaciones de

los miembros se vé un aumento de volúmen en las epífisis, que progresa insensiblemente hasta que las diáfisis reblandecidas se encorvan en diversos sentidos; observándose esto particularmente en los miembros inferiores.

La pelvis indudablemente viene á sufrir de estas deformaciones.

La osteomalacia se observa generalmente en la mujer adulta y en la época de la gestacion, principiando por dolores muy vivos; despues al cabo de algunos meses se deforman los huesos; se observa una depresion de las vértebras y todas las desviaciones posibles de la tabla y los miembros; concluyendo por perder las dos terceras partes de su estatura. En esta enfermedad se ha notado la destruccion de las sales calcáreas de los huesos y el reblandecimiento general del esqueleto.

A la osteomalacia se deben los osteofitos intracraneanos constatados por Ducrest, como las placas óseas encontradas sobre los huesos de la pelvis por Follin.

Las luxaciones congénitas, así como las adquiridas determinan deformacion en la pelvis y en virtud de ella trae obstáculos en el trabajo del parto. Y otro tanto podemos decir por el desarrollo de exóstosis y tumores óseos malignos ó benignos que conducen á las mismas deformidades y por consiguiente á los mismos trastornos.

Diagnóstico. — Sumamente difícil es hacer el diagnóstico del grado de estrechez de un modo exacto. Sin embargo, puede muchas veces sospecharse por la existencia ya del raquitismo, de la osteomalacia y de las luxaciones congénitas que hagan resaltar las deformidades.

En efecto, llaman la atencion del médico y despues de

una esploracion atenta, puede llegar á descubrir la deformidad.

En cuanto á los tumores óseos y callos que determinan estrechez no se dan á conocer al exterior por signo alguno.

Hemos hablado de la pelvis oblicuo oval de Nagéle, y para reconocerle á pesar de lo rara que es, se vale uno de dos hilos tirados á plomo, que uno esté colocado en la ranura interglutea y el otro delante de la sínfisis pubiana. Si las dos mitades de la pelvis son simétricas, el observador colocado frente á la mujer, no apercibirá mas que un hilo; en el caso de la no existencia, los hilos no estarán en el mismo plano antero-posterior y por consiguiente el observador verá los dos.

Ahora bien, el raquitismo es propio de la infancia, y lo único que debemos averiguar en el tiempo que se estableció la marcha en la primera infancia. Si los datos hacen creer que existen algunos transtornos de esta naturaleza se debe examinar con mucha atencion todo el esqueleto y en particular la pelvis.

Examinaremos el volúmen de la cabeza, el abultamiento de las estremidades de los huesos y la oblicuidad de ellos. Y por último practicaremos la pelvimetría esterna, por medio del compas de Bandelocque, tomado de la sínfisis pubiana á la primera apófisis espinosa sacra.

En las mujeres que no son vírgenes la pelvimetría digital, es la que debemos practicar por ser la mas segura y mas fácil de practicar.

Pronóstico. — Varia mucho segun el grado y sitio de la estrechez.

Asi como el órden de frecuencia de las estrecheces son

primero las del diámetro anterior y despues la de los oblícuos, así tambien la gravedad es mucho mayor en las primeras que en las segundas, á no ser que exista el vicio en los dos diámetros oblícuos.

Cuando la estrechez reside en el diámetro antero-posterior del estrecho inferior no es de tanta importancia, como tampoco de tanta gravedad, puesto que una vez encajada la cabeza del feto, con suaves y repetidas tracciones se puede desprender y dar por terminado el parto.

Puede el médico encontrarse con un vicio de conformacion de la pelvis en dos condiciones diferentes, es decir, en los momentos del parto y durante el embarazo.

Si reconoce la estrechez durante el parto, es un momento terrible para el médico y los medios que empleará para salir airoso, los subordinará al grado de estrechez. Y esto, únicamente lo consiguirá debido á su práctica y al buen razonamiento para los medios á llevar.

Si las contracciones uterinas son enérgicas y el grado de estrechez permiten que se espere, debe dejarse obrar á la naturaleza. Su intervencion tendrá lugar como ya lo he dicho al principio, siempre que peligre la vida de la madre ó del feto, ó cuando se vea evidentemente que el parto no se verificará con solo los esfuerzos de la naturaleza; y en este caso se pondrá en práctica los medios mas inofensivos y conservadores; el forceps, es preferido á la version por las dificultades que esta última espone al desprendimiento de la cabeza. Si el forceps solo no diese los resultados esperados, se puede echar mano del ayuda forceps de M.

Joulin; cuando las fuerzas de la naturaleza son insuficientes para vencer el grado de estrechez y que ni ayudados con el forceps, ni el ayuda forceps pueden estraer la cabeza del feto, el médico tiene que valerse de la craneatomía ó la cefalotripsia y en el último caso la operacion cesarea.

M. Joulin á cada grado pone la manera de intervencion que le corresponde:

« 1er grado de estrechez, 95 milímetros, espectacion.

« 2º grado de estrechez, de 95 á 80 milímetros, forceps.

« 3º grado de estrechez, de 70 á 80 milímetros, forceps y ayuda forceps.

« 4º grado de estrechez, 50 á 70 milímetros, ayuda forceps y cefalotripsia.

« 5º grado de estrechez, de 50 milímetros ó menos, operacion cesarea».

Cuando el médico es llamado durante la preñez, la conducta que debe observar es muy distinta; y antes del descubrimiento del parto prematuro artificial, estaba obligado á esperar el momento del parto para intervenir; pero hoy dia no sucede lo mismo, porque descubierto el vicio de conformacion de la pelvis, echa mano del parto prematuro artificial, veámoslo:

El médico no puede saber con certeza si en el momento que ponga en práctica el parto artificial, los diámetros de la cabeza del feto estarán en relacion con los diámetros de la pelvis por donde tiene que pasar. Sin embargo en estos casos debe llevarlo á cabo, puesto que de lo contrario se veria obligado á permanecer con los brazos cruzados. Al hablar así, no queremos decir que por el solo hecho de haber constatado una estrechez, vamos inmediatamente á po-

ner en práctica el parto artificial, porque sabemos que la cabeza del feto puede reducirse y franquear el conducto de la pelvis un poco estrecho.

Siempre que tengamos por delante una estrechez inferior á ocho y medio centímetros, debemos provocar el parto artificial, porque segun la opinion de muchos médicos la espulsion de una cabeza fetal que ha llegado á su término puede realizarse espontáneamente, y en el último caso ayudado del forceps y ayuda forceps.

Se dice que una pelvis es insuficiente, cuando el grado de estrechez es superior de $6\,^1/_2$, porque el feto una vez que ha llegado hacia los siete meses de la vida intrauterina su diámetro biparietal de 7 centímetros puede reducirse á $6\,^1/_2$.

La dificultad está por consiguiente, en precisar la época en que se debe provocar el parto. Ahora bien, si se reconoce con seguridad el grado de estrechez y el volúmen de la cabeza del niño, no es dificil; pero los requisitos que nos servirá de base para hacer la operacion tienen que ser aproximados, puesto que dado el caso que se pudiera reconocer el grado de estrechez y el volúmen de la cabeza del niño nos quedaria siempre un problema por resolver.

Es pues, de todo punto necesario interrogar á las embarazadas cuando fueron sus últimas reglas, para segun eso determinar mas ó menos el tiempo de la preñez. Del volúmen del vientre no se puede sacar signo alguno, puesto que eso depende de muchas causas, ya de la madre, ó del feto. Los movimientos del feto tampoco nos pueden servir para ilustrarnos, desde el momento que estos se verifican segun unos autores á los cuatro y medio meses, otros cuen-

ta á los tres y medio y por último otros á los cuatro y á los cinco.

Los datos que nos puede suministrar el cuello uterino en los primeros meses son bastante oscuros á no ser á una mano muy ejercitada y en virtud de lo cual no puede encontrarse en él datos de diagnóstico y aun mas si tenemos en cuenta las diferencias tan numerosas á que está sujeto, segun se trate de una primípara ó multípara; luego pues, es muy difícil hacer el diagnóstico de cuanto meses está embarazada una mujer.

La provocacion del parto artificial se deducirá del grado de estrechez y del conocimiento del volúmen de la cabeza del feto, partiendo del momento que sea viable.

Unos quieren que se practique, cuando el diámetro no sea menor de tres á tres y media pulgadas. Para Stolz el mínimum es de 2 $^3/_4$ pulgadas y el máximum de 3 $^1/_4$. Para Depaul el mínimum es de 2 $^1/_2$, el máximum 3 $^1/_2$ pulgadas. Stolz de 211 casos ha tenido por resultado: niños muertos la mitad; en cuanto á las madres han sucumbido 1 por 15. Depaul de 46 ha tenido por resultado 22 niños vivos y 24 muertos y en cuanto á las madres 35 vivas y 11 muertas.

Luego pues, cuando mas se aproxima al término del embarazo, son mucho menores los inconvenientes para las madres y para los fetos. Sabemos que á los siete meses de la vida intrauterina el diámetro biparietal mide siete centímetros, que son reducibles á seis y medio, á los siete y medio meses, siete centímetros y medio, á los ocho meses, ocho centímetros, á los ocho meses y medio, ocho centímetros y medio. Siempre hay que contar con alguna reductibilidad en el grado de la cabeza y mucho mas teniendo en cuenta

que un feto que no ha llegado á término se reduce mucho mejor que á los nueve meses; que su viabilidad es menor y que las consecuencias de la compresion son mas graves. Por consiguiente, para hacer pasar un feto vivo por una pelvis que mida seis y medio y ocho centímetros y medio hay que practicar su espulsion artificial en una época de la preñez, representado sensiblemente por la cifra que esprese la estrechez del diámetro.

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

Grado de estrechez	Epoca del parto	Diámetro biparietal del feto
65 milímetros	7 meses	65 milímetros
70 »	7 ½ »	70 »
80 »	8 »	80 »
85 »	8 ½ »	85 á 88 »

Por lo tanto, si se supone una mujer que tenga viciada su pelvis y que mida seis y medio centímetros su diámetro, se provocará el parto á los siete meses del embarazo, porque en esta época el diámetro biparietal del feto mide siete centímetros que se puede reducir á seis y medio. El mismo razonamiento puede hacerse en los otros casos y segun el grado de estrechez se podrá operar á los siete, siete y medio, ocho y ocho y medio.

V

VÓMITOS INCOERCIBLES

Los vómitos son propios no solamente de un sin número de enfermedades, sinó tambien uno de los signos probables del embarazo; llegando en algunos casos raros á hacerse pertinaces, rebeldes á todo tratamiento, conduciendo á la mujer al cabo de cierto tiempo á una fiebre y á un estado muy grave y terminando algunas veces por la muerte; sin que ninguna lesion del estómago ó del útero esplique ni la persistencia de sus vómitos, ni su consecuencia funesta; y esto es lo que se llaman vómitos incoercibles.

Los vómitos generalmente aparecen desde el principio del embarazo hácia el segundo ó tercer mes, para desaparecer y reproducirse al fin. No es de regla que toda mujer los tenga, porque hay algunas que no los padecen lo que es bastante raro. Generalmente son precedidos durante algunos dias de pérdida de apetito, sobreviniendo náuceas y un malestar general. Pueden ser fáciles y espontáneos, ó ir acompañados de esfuerzos violentos y de dolores, presentándose por la mañana, durante el dia, antes y despues de las comidas, lo que contribuye á que los vómitos que tienen lugar en ayuna, las materias arrojadas sean claras y filamentosas, y con alimentos las que son espulsadas despues de las comidas. Cuando los esfuerzos son muy grandes no es estraño encontrar sangre. Lo

general es que sean productos líquidos; pueden revestir una forma ligera y otra grave dependiendo únicamente de los trastornos generales; en el primer caso casi nunca hay resentimiento de la salud, porque la fiebre y el enflaquecimiento es muy insignificante. En algunos casos raros puede haber una ligera diarrea y salivacion.

En el segundo caso la mujer sufre mucho por los vómitos casi constantes, mezclados algunas veces de sangre, duplicando su número por las menores cantidades de líquidos ó alimentos sólidos, cayendo la mujer en un estado *caquítico* que puede terminar por la muerte. Este estado caquítico P. Dubois lo ha dividido en tres períodos, que me permito transcribirlos por creerlos de suma importancia: « Primer período: El enflaquecimiento se mani-
« fiesta, sobreviene un disgusto insensible hácia los ali-
« mentos, la sed es viva y frecuente, sin que la enferma
« sufra el suplicio de no poder satisfacerla, so pena de
« presentarse arcadas. El estómago está sujeto á los capri-
« chos del gastrálgico, que conserva sustancias poco nutri-
« tivas é indigestas y se niega á retener otras cuya asimi-
« lacion es fácil. La enferma puede estar privada del
« sueño por persistencia de los vómitos durante la noche,
« lo que hace que se debilite. La enfermedad puede corre-
« girse espontáneamente y no pasar á un grado mas grave.
« Segundo periodo: Los síntomas se agravan y la fiebre
« que antes hacia algunas raras apariciones se presenta
« con mas regularidad, aumentando sobre todo por la
« tarde y dando la arteria de 110 á 130 pulsaciones. Los
« vómitos son incesantes, sus productos ácidos, escaldan
« al pasar la boca de la paciente. El enflaquecimiento
« hace notables progresos, las enfermas están postradas,

« sin fuerzas y en un estado de sufrimiento y ansiedad « insoportables. El aliento adquiere una fetidéz intensa; « pero este importante carácter lo he visto faltar en tres « enfermas. La lengua se seca y se cubre de capas fuli- « ginosas. Los dolores epigástricos son vivos y á veces se « acompañan de cefalalgía. Las mujeres están inmóviles « en la cama y en un estado de postracion que las vuelve « insensibles. Tercer periodo: Se observan alucinaciones « y trastornos en la vision. Sobrevienen accidentes cere- « brales y síncopes: el pulso se presenta pequeño, fre- « cuente y depresible. Los vómitos se detienen á veces, « pero persiste el hipo, las náuceas y los esfuerzos. « Hay subdelirio, aumenta la acidez del aliento y la mujer « sucumbe por inanicion en un verdádero estado coma- « toso. »

Para esplicar las causas que originan los vómitos durante la preñez, los autores se han hecho hipótesis que ni merecen citarse. Es indudable que la causa es la preñez y la mejor prueba que tenemos de ello, es que desaparecen los vómitos, tan pronto haya muerto el feto ó haya sido espulsado.

Estos fenómenos se han tratado de esplicar por las simpatias que hay entre el útero y el estómago, cuya hipótesis se puede aceptar.

Unos los atribuyen á las ulceraciones del cuello, que sobre faltar por lo general existen, sin producir vómitos; ótros á la inflamacion del tejido uterino; otros á la inflamacion de las membranas del huevo.

M. Joulin, á pesar de que no está por estas hipótesis, sin embargo el sienta una que le parece racional. La basa en los cambios que esperimenta el peritoneo durante la

preñez, puesto que los sufrimientos del peritoneo se revelan por vómitos generalmente.

Despues de haber eliminado todas las diversas causas que pueden dar lugar al vómito, se podrá sospechar en una mujer que nunca los ha tenido y que se encuentra en condiciones que pueden hacer creer una preñez, sobre todo si existen algunos otros signos probables; ó tambien si se trata de una multípara que en sus embarazos anteriores los ha sentido de la misma manera y en la misma época.

Ya hemos dicho que los vómitos en su principio no conducen mas que á una ligera incomodidad; pero sin que por eso mas tarde, se hagan pertinaces, rebeldes á todo tratamiento y conduzcan al cabo de algun tiempo á un estado muy grave terminando algunas veces por la muerte.

Segun Deblet, Fabre y Gueniot de 118 atacadas de vómitos en estado de gravedad murieron 49,72 curaron, de las cuales 41 despues del aborto provocado y 31 persistiendo el embarazo. Deducimos de esto que el pronóstico es grave, cuando revisten el carácter de un mal estado general.

Como tratamiento de los vómitos incoercibles se han intentado muchos y la mayor parte no merecen ser tomados en consideracion; sin embargo es bueno consignar algunos de ellos. Algunas veces con el solo cambio de horas en las comidas suelen desaparecer: Se aconsejan las distracciones, los viajes, los cambios de clima, los vejigatorios en la region epigástrico. El subnitrato de bismuto asociado con la magnesia, la pocion de Rivière, las inhalaciones de laúdano aconsejadas por Simpson; las fricciones al epigastrio con pomada belladonada segun Bretonneau; la tintura de iodo iodurada compuesta de tintura de iodo ʒi,

ioduro de potasio ʒii y ℥iv de agua, para tomar todos los dias una cucharada de las comunes en un vaso de agua azucarada en tres veces segun Litré y Robin. En fin, cuando los vómitos son pertinaces, rebeldes á todos estos medios citados y que amenazan la muerte, debemos echar mano del parto prematuro artificial, con el objeto de salvar la vida de la mujer; pero al hacerlo no esperaremos á que se encuentre estenuada y haya perdido su fuerza vital, porque en este caso sucumbe, no por los vómitos únicamente sinó por inanicion.

VI

ECLAMPSIA

Muchos autores la definen, diciendo, que es una neurosis caracterizada por una série de accesos en que la mayor parte de los músculos, ya de la vida de relacion, como de la vida orgánica, son contraidos convulsivamente; seguidos ó acompañados de la abolicion mas ó menos completa de las facultades intelectuales y sensoriales.

Es deficiente, porque no dice nada cual es la causa de la afeccion y además muy general, puesto que puede aplicarse á todos los accesos convulsivos, sin caracterizar á ninguno. Por último, el solo hecho de decir que es una neurosis, hace ver que su naturaleza es desconocida, puesto que los autores, los que entienden por neurosis una afeccion nerviosa cuya esencia es desconocida. Lo que no es del todo cierto, desde el momento que en la mujer eclámptica tiene su sangre alterada, por la acumulacion de albúmina y úrea; y en vista de ello los centros nerviosos nutridos por un líquido anormal, funcionan con irregularidad y su fuerza éxito-motriz exagerada, de tal modo, que bajo de la menor impresion, esta irritacion tramitiéndose á los centros ya predispuestos y exagerada por estos se traduce en forma de convulsiones reflejas en todas direcciones. Por consiguiente la esencia de la eclampsia no es del todo desconocida, puesto que la sangre de la eclámptica, no es normal y por lo tanto las impresiones nerviosas modificadas.

Yo definiria la eclampsia puerperal: es una enfermedad especial caracterizada por convulsiones reflejas acompañadas ó seguidas de la abolicion de las facultades intelectuales y sensitivas, que atacan á la mujer durante la gestacion en el parto ó despues de él, consecuentes al envenenamiento de la sangre por la úrea ó la albúmina.

En cuanto á la naturaleza de esta enfermedad, están muy desacordes las opiniones de los autores. Segun Trousseau hay una relacion entre la albuminuria y la eclampsia, sin confundir esta relacion con una simple coincidencia. Otros como Depaul, Blot, Maxarel niegan el que la albúmina sea la causa de la eclampsia. Careaux dice, la albúmina es la causa y no el efecto de la eclampsia, porque si en algunos casos no se ha encontrado albúmina en la orina, no es porque realmente falte; sinó, que los medios á emplear son deficientes y sobre todo cuando la orina está cargada de fosfato, uratos, etc.

Ademas de estas opiniones, existe otra en que los autores no están del todo acorde y es la albuminuria.

Esta afeccion es comun desde los cuatro meses de la preñez hasta el fin de ella; reconociendo por causa la compresion de la vena renal y de la cava inferior por el útero distendido y por consecuencia un impedimento en la circulacion abdominal, la del riñon, la del hígado y la del baso. La presion anormal en los capilares de los glomérulos de malpígio trae el paso de la albúmina.

Otros autores han querido encontrar la causa en la uremia, á pesar de que Claudio Bernard ha hecho ver que introduciendo una cantidad de úrea en la sangre no daba lugar á ataques de eclampsia.

Ahora en cuanto á las causas de la eclampsia son pre-

dominantes y determinantes. Las primeras pueden subdividirse en esenciales y accidentales. Las predominantes esenciales se desarrollan particularmente en las mujeres nerviosas, asi se vé que en los primeros meses modificado el sistema nervioso, la mujer cambia de carácter, se entristece y se perturba el gusto. Durante el parto, el dolor, los esfuerzos uterinos, la resistencia de la vulva, del periné son causas suficientes, sobre todo en las primíparas, para esplicar su accion refleja sobre el sistema nervioso, ya predispuesto por la preñez, traduciéndose por la eclampsia. Despues del parto reina un gran desequilibrio que repercute sobre el sistema nervioso y dando lugar á la eclampsia, á saber: la brusca evacuacion del útero, la rápida circulacion en los vasos, etc.

En cuanto á las causas predominantes accidentales, son: la albuminuria, la infiltracion del tejido celular, la urinemia, la eclampsia anterior, y por último las convulsiones anteriores. En cuanto á la albuminuria, ya hemos dicho algo; en cuanto á la infiltracion, por sí, no tiene gran importancia, pero tiene su valor relativo; puesto que, es el signo precursor de la albuminuria. La mujer que su madre padeció de ataques convulsivos, ó que ella en preñeces ó en partos anteriores los hubiere tenido, está predispuesta á que los tenga de nuevo y se le repitan en todos los futuros.

Las causas determinantes pueden dividirse en morales á saber: emociones de cualquier naturaleza, el miedo, el terror, etc.; en orgánicas á saber: pelvis mal conformadas, tumores pelvianos, fetos mal conformados, malas presentaciones, retencion de placenta, etc.

Como vemos, las muchas modificaciones que imprime la preñez y en particular las alteraciones de la sangre por la

albúmina y materias estractivas de la orina, impresionando los centros nerviosos, determinan la eclampsia.

La sintomatología tiene á estudiar cuatro períodos, á saber: pródromos, accesos, coma y vuelta de la salud. Los pródromos pueden ser lentos y otros inminentes. Los primeros son una infiltracion del tejido celular que comiensa por los piés, para invadir la parte superior. La cefalalgia no tarda en aparecer, que puede ser constante ó intermitente.

Primer período. Los pródromos inminentes, se caracterizan por la poca duracion y rara vez el médico, es testigo de ellos. La mujer está intranquila, de mal carácter y se queja de una intensa cefalalgia, limitada á un solo punto, como el occipucio, el parietal, etc. La marcha se hace vacilante, alteraciones de la vista que pueden llegar hasta la ceguera completa, ruido de oidos. Puede observarse un ligero coma, los ojos medios cerrados, la cara pálida y el pulso tranquilo. Ademas existe un dolor epigástrico, que segun Bally es el mas doloroso de todos.

Segundo período. El acceso principia por algunas convulsiones clónicas de los músculos de la cara y de los miembros, no dura mas que un instante, apenas algunos segundos, cuando de pronto, la mirada se pone completamente fija, las mandíbulas se cierran bruscamente y suelen morder la lengua, los miembros se ponen rígidos, los antebrazos se encuentran en pronacion forzada. El pulgar está doblado en la palma de la mano, la respiracion se suspende, hay un momento de inmovilidad general (período de convulsiones tónicas); este período no dura mas que un mo-

mento para comensar las grandes convulsiones. En la cara, los párpados están agitados de movimientos contínuos, se abren y se cierran, el ojo gira en la órbita, la pupila está dilatada, las alas de la nariz retraidas hácia afuera fuertemente, los lábios tiemblan, la estremidad del menton parece adelgazada, puntiaguda y se ha comparado á la fisonomía de un sátiro, la lengua sale de la boca, suele encontrarse herida y fluye una espuma sanguinolenta semejante á la del epiléptico en sus accesos. La cabeza se balancea, los miembros están agitados de movimientos convulsivos. La respiracion está acelerada, irregular, incompleta ; así el rostro se encuentra congestionado, azulado y lívido.

La sensibilidad y la inteligencia son abolidas, de esta manera, es que se concibe que la mujer esclámptica puede parir sin sentirlo y volver en sí sin saber que es madre. El útero puede participar de las convulsiones y contraerse enérgicamente. La piel seca y caliente al principio, no tarda en cubrirse de sudor.

Tercer período. Despues de unos cuantos minutos en que la mujer ha estado bajo el acceso, cae en el coma y en la insensibilidad, se cubre de sudor, la respiracion es estertorosa.

Cuarto período. La postracion en que ha caido la mujer puede durar un tiempo mas ó menos largo. La mujer recobra sus sentidos gradualmente; cuando trata de mirar no tiene conciencia de ello al principio, el hablar le es difícil por las mordeduras de la lengua durante el acceso. Recobra su sensibilidad, sin tener el menor recuerdo del acceso. Este período no siempre es constante, puesto que hay ca-

sos en que aun la mujer no ha salido del coma del primer ataque, cuando ya cae en otro acceso. El primero de los accesos puede repetirse de tal modo que el coma y el estupor sean completos. La duracion de cada ataque es variable; aunque en el acceso la duracion es de cuatro á seis minutos, al contrario en el coma que puede llegar hasta durar un dia.

La terminacion de la eclampsia puede ser por la curacion, por la muerte y por alguna complicacion. En el primer caso, los accesos son generalmente de corta duracion, muy separados entre sí, y poco numerosos; el coma no se prolonga mucho tiempo y la enferma recobra su inteligencia gradualmente, quedándole alteraciones nerviosas; así la inteligencia es perezosa, la memoria infiel, los sentidos de la vista y del oido debilitados, hasta producirse parálisis del recto y de la vejiga. En el segundo caso, puede suceder ó que la muerte sea muy rápida, sucumbiendo en algunas horas, en medio de un acceso, á consecuencia de la asfixia de una congestion; en el tercer caso, las complicaciones son ó una congestion cerebral ó pulmonar, ó una nefritis, ó una rotura del útero, ó en fin concluir por una peritonitis.

El pronóstico no solamente es grave para la madre, sinó tambien para el feto. Esta gravedad depende de la época en que se manifiesten los accesos, su número, su intensidad y de la cantidad de albúmina en las orinas. Así durante la preñez, sobre todo en los primeros meses, no es muy grave. En los últimos meses, que es mucho mas frecuente, puede ser fatal, no solamente á la madre, sinó al feto. Cuando el ataque tiene lugar durante el trabajo, y

ocasionado por alguna causa de distocia, el niño se encuentra en un gravísimo peligro. Si la eclampsia reconoce por causa una albuminuria es mas grave para la madre. Si los accesos convulsivos que han tenido lugar durante el trabajo, se repitiesen despues del parto, pueden agravar el pronóstico por la hemorragia. En cuanto á la cantidad de albúmina en las orinas, podemos decir, que cuanto mayor sea la cantidad de ella, mas grave es el pronóstico.

Cuando los accesos son pocos numerosos, breves y el coma dura poco, se puede esperar la curacion; pero el pronóstico adquiere una gravedad muy grande, si los accesos son violentos, repetidos y el coma se prolonga.

Todo lo que podemos decir del feto, es que sucumbe frecuentemente y aun cuando nazca vivo, trae una funesta predisposicion á las convulsiones.

La eclampsia puede confundirse con la epilepsia, la histeria, la apoplegía, la embriaguez y el tétano; pero á pesar de ello, puede hacerse el diagnóstico diferencial, á saber: La epilepsia se distingue por los antecedentes de ataques anteriores, el acceso es precedido de aura y el grito inicial, no hay albúmina en las orinas; ahora bien cuando los accesos son repetidos, se supone que es una epilepsia antigua. En la eclampsia no hay antecedentes de otros ataques, no hay grito inicial, existen pródromos urémicos y albúmina en las orinas y por último, la eclampsia se manifiesta por accesos repetidos.

La histeria no tiene pródromos, las orinas no son albuminosas, las facultades intelectuales y sensoriales se con-

servan, los movimientos son desordenados y una gran agitacion, falta la espuma en la boca y las mordeduras de la lengua, y por último, ausencia de coma. En la eclampsia falta de antecedentes histéricos, existencia de pródromos urémicos, orinas albuminosas, abolicion de los sentidos y de la inteligencia, falta de gritos, movimientos bruscos y convulsiones, existencia de espuma sanguínolenta en la boca y mordedura de la lengua, en fin, período comatoso.

En la apoplegía, cae la enferma como herida por el rayo, sin pródromos urémicos, no hay convulsiones y la hemiplegía no tarda en manifestarse, la lengua no está herida por las mordeduras; y carencia de espuma sanguínolenta. En la eclampsia no cae la enferma privada de movimientos, hay generalmente pródromos, accesos convulsivos y nunca hay hemiplegía. La lengua, como dejamos dicho, está mordida y barnizada de espuma sanguínolenta.

La embriaguez se caracteriza por los antecedentes alcohólicos, hay en el período de agitacion un gran habladero, olor de borracho, un estado comatoso, sin mordedura, ni espuma sanguínolenta en la boca.

En la eclampsia no hay antecedentes, ni palabreo durante el acceso, ni olor característico de los tomadores, pero si, un coma ruidoso y espuma sanguinolenta.

Por último, en el tétano, la inteligencia no es perturbada, las convulsiones son ligeras y no hay coma; mientras que en la eclampsia, la inteligencia está abolida, las convulsiones son bruscas y el coma despues del acceso.

El tratamiento de la eclampsia.—Las opiniones tan contradictorias, que se han emitido acerca de su eficacia, hace que llegado el caso, el médico se encuentre sin saber

que hacer; sin embargo, trataré de esponer los distintos tratamientos á emplear. Puede ser profiláctico, curativo ó médico, y obstetricial.

La eclampsia es una enfermedad que se viene preparando paulatinamente por alteracion de la sangre ó por infiltraciones serosas. Esto contribuye á que el bulbo excitado por causas, que por ligeras que sean, pueden manifestarse por movimientos reflejos desordenados en forma de convulsiones, que para impedirlas debemos ir contra las alteraciones de la sangre y la vascularidad escesiva. Ahora bien, siempre que observemos una mujer primípara, infiltrada y albuminúrica, debemos acudir al tratamiento profiláctico que consiste primero, si se trata de una hipoglobúlica, daremos los tónicos, la quina, el hierro, los amargos, buena alimentacion y una buena higiene.

Cuando la enferma sea robusta emplearemos los purgantes diuréticos y las emisiones sanguíneas. Respecto de esta última, de la que nos ocuparemos al hablar del tratamiento curativo, la emplearemos siempre que haya tendencia á las congestiones, pero no en el grado en que algunos le colocan, de estraer una excesiva cantidad, sinó estrayendo unas cinco ó seis onzas, y de este modo podremos conseguir que mujeres predispuestas á la eclampsia, lleguen al fin de un embarazo. Los purgantes salinos obran en el intestino, sustrayendo por exoismosis el agua de la sangre, sin obrar sobre los glóbulos disminuyéndolos; así es, que les doy la preferencia y no á las sangrías; porque con esta última sale la sangre en sustancia, esto es, con todos sus elementos reparadores. Los diuréticos están indicados, cuando la infiltracion serosa es abundante y sobre todo, cuando la cantidad de orina escretada es in-

ferior á la cifra normal, para evitar asi los accidentes urémicos que tendriamos en perspectiva.

Fuera de estos están indicados los revulsivos, vejigatorios, estensos sinapismos á los miembros inferiores, los antiespasmódicos y las afusiones frias.

Ahora bien, el único procedimiento que merece llamar la atencion en el tratamiento profiláctico obstetricial, es el parto prematuro, que puede proponerse al fin del embarazo, si las orinas de la enferma fueran albuminosas y si se notara la existencia de pródromos urémicos y segun Tarnier cuando reuna la enferma las condiciones siguientes: 1ª Que la preñez haya llegado al fin del octavo mes, para que el niño pueda crearse bien; 2ª Que la albuminuria este en el último grado, ó que la enferma esté bajo los pródromos urémicos que preceden á la eclampsia: 3ª Que la mujer sea primípara ó que en partos anteriores haya estado sujeta á ataques eclámpticos; 4ª Que los medios empleados del tratamiento profiláctico, á saber: los purgantes, las sangrías no hayan dado buen resultado.

Cuanda el trabajo se ha iniciado, evitaremos todas las causas que vengan á entorpecer la terminacion del parto y que por accion refleja tiendan á ser tambien causas de convulsiones. Si las contracciones son muy vivas, cloroformaremos á la mujer y sobre todo, si se trata de una que haya tenido convulsiones en los partos anteriores. Terminado el trabajo con el alumbramiento examinaremos el útero, sinó han quedado restos de placenta ó coágulos que determinarian convulsiones.

Tratamiento curativo. — Siempre que el médico haya puesto en práctica el profiláctico y no le haya dado buen

resultado, echará mano del curativo, ya de agentes terapéuticos, á saber el cloroformo, los revulsivos cutáneos é intestinales, cloral, bromuro de potasio y la sangría, ó ya de operaciones, esto es, el parto prematuro artificial.

Cloroformo. — Lo que determina las convulsiones eclámpticas es la sensibilidad del bulbo raquídeo, irradiándose la exitacion bulbar por los nérvios motores á todos los músculos de la economía, es evidente que si amortiguamos la sensibilidad en el bulbo, este no teniendo ya la propiedad de recibir y trasmitir las impresiones que llegan á él, no traducirá en movimientos reflejos involuntarios las impresiones sensitivas que no ha recibido. Luego paralizando la trasmision de las propiedades motrices del bulbo raquídeo, bien podrá este recibir impresiones, que son la causa de los movimientos reflejos, pero estas serán sin resultado sobre el bulbo, desde el momento que le hemos eliminado sus propiedades motrices, que son el resultado de las impresiones. Luego de esto, deducimos, que los anestésicos que gozan de las propiedades de disminuir la sensibilidad y el poder éxito motor del centro raquideo, están indicados. Pero este modo de obrar es de un modo paliativo, porque no obra definitivamente sobre la repeticion de los accesos, esto es, sobre la esencia de la enfermedad; á pesar de los muchos partidarios con que cuenta, convencidos de su utilidad, como Chailly, que de 19 eclámpticas, tratadas por el cloroformo, tuvo 18 casos favorables. Chiari de 7 casos obtuvo buen éxito en todos. Braün, 18 curas en 18 casos. En fin Caseaux, Chailly, Camphell y Ferdut, son partidarios ardientes del cloroformo en la eclampsia. Joulin cree que lo mas racionales la

combinacion del parto prematuro artificial y los anestésicos.

Hemos dicho ya que los anestésicos no obran sobre la esencia de la enfermedad, y en vista de ello, siendo la convulsion el resultado de las alteraciones de la sangre en las eclámpticas, tenemos que el cloroformo no obra sobre ella, sinó simplemente impidiendo las manifestaciones de los efectos del envenenamiento, en virtud de la abolicion que produce en la médula y en el bulbo raquideo del poder éxito motor.

Para que la administracion del cloroformo dé buenos resultados, es menester usarlo, imitando á los ingleses, llegando hasta conseguir el período del sueño de la insensibilidad y la abolicion de los movimientos voluntarios y reflejos; porque, de lo contrario viene á contribuir á que los accesos sean mas fuertes y enérgicos, cuando llevamos la accion del cloroformo hasta el período de excitacion únicamente. El momento en que debemos principiar las inhalaciones, es antes del acceso, es decir al fin del período comatoso y nunca durante este, para que el anestésico pueda impresionar favorablemente los centros nerviosos, del acceso que ha de venir ó que se teme.

Sangría.—Los autores están completamente desacordes sobre la utilidad de la sangría; sin embargo ahora que tenemos mas conocimientos de la naturaleza de la enfermedad, me parece mucho mejor la indicacion del parto prematuro artificial, segun la idea del Sr. Joulin; pero nunca está además consignar aquí la opinion de algunas celebridades: —Caseaux y Depaul la colocan en la primera línea del tratamiento en la eclampsia y sobre ello dice Depaul. «Despues de haber visto emplear y haber em-

pleado yo mismo, los diferentes medios de tratamiento aconsejados contra la eclampsia no titubeo y esto con entera conviccion, colocar en primer rango las emisiones sanguíneas generales y bastante copiosas, para sustraer en algunas horas, mil, mil quinientos ó dos mil gramos de sangre segun el caso y el efecto producido. »

Mas todos no participan del entusiasmo del Dr. Depaul, pues Pajot, que es otra autoridad, dice : « Hay algunos médicos franceses que sangran las eclámpticas con abundancia. He visto este método empleado tantas veces sin resultado, que yo no lo aconsejaré ; sin embargo no quiero decir que se deba proscribir completamente la sangría en el tratamiento de la eclampsia ; en algunas mujeres robustas y pletóricas, dá buenos resultados. »

Es cierto que se admite que las emisíones sanguíneas tienen un valor curativo, disminuyendo la masa general de la sangre, defluxionando los centros nerviosos, amortiguando la excitabilidad refleja y por consiguiente las convulsiones ; pero para que esto se produjera se necesita que la sangría fuera muy abundante, trayendo por consiguiente sérios inconvenientes para el presente y el porvenir. Para el presente, hay que temer que la gran deplesion obre sobrexitando el bulbo y la médula como se observa en las grandes hemorragias, cuyos fenómenos últimos son las convulsiones. Para el porvenir, sobre estar la mujer sumamente pobre de glóbulos rojos, la sangría le estraería, no solamente los pocos que tienen, sinó que la cloroanemia seria su consecuencia fatal. Luego tenemos que la sangría, no solamente es infiel, sinó que en cambio, tenemos los purgantes salinos, como dejo dicho, que obrarian con el fin que nos proponemos en la sangría.

Ahora bien, en el caso de hacerlo, lo hariamos durante el período comatoso, puesto que durante el acceso los movimientos de la enferma nos estorbaria. Los medios que acabo de indicar, el hidrato de cloral, bromuro de potasio, purgantes salinos, y aplicaciones frias, son ajentes médicos que se han empleado por los prácticos contra la eclampsia.

Tratamiento obstetrical. — La deplesion del útero, me parece digno de ocupar el primer lugar en el tratamiento de la eclampsia y mucho mas ahora, en que, los medios para obtenerlo han llegado á su mayor altura y sobre todo en que los accesos terminan con el alumbramiento muchas veces. Cuando una mujer está sujeta al ataque convulsivo, durante la preñez, suceden dos cosas: ó el útero entra en contraccion ó queda completamente estraño al desórden general; en el primer caso, si ha principiado el trabajo se le dejará seguir, se le favorecerá, si es necesario, con duchas, esponjas; en el segundo caso, si el trabajo no se declara y las convulsiones se repiten con mucha frecuencia es lo mas acertado provocar el trabajo del parto.

Si una eclámptica está en el principio de su trabajo y el orificio interno dilatado, se puede comensar dando el cloroformo, para así suprimir los dolores de la operacion, se desgarrarian las membranas y estraeria rápidamente el feto con el forceps ó con la mano, ejerciendo la menor violencia posible.

Cuando al principio del trabajo, no esté el cuello uterino dilatado aun, se obtiene esto y la deplecion del útero, practicando el parto prematuro artificial.

Las opiniones están muy divididas sobre la eficacia de la provocacion del trabajo como medio curativo de la

eclampsia. Algunos, reconociendo la utilidad de la deplecion del útero para poner fin á las convulsiones, hacen varias objeciones. Dicen que el parto prematuro exije mucho tiempo y que la eclampsia marchando rápidamente, puede terminar por la muerte ó por la curacion antes que el parto se efectue.

Que la provocacion del trabajo es peligrosa, que puede dar lugar á un aumento de los accesos. A la primera se puede contestar que rara vez muere la eclámptica antes de las 24 horas, y que por los medios adecuados, puede obtenerse el resultado, segun el caso, en dos, cuatro ó quince horas. Joulin tiene mucha razon cuando dice, que los procedimientos de intervencion obedecen á la mano que los emplea y que cuando urge el tiempo, debe anmentarse su modo de obrar. A la segunda objecion, el cloroformo amortigua el poder éxito motor y hasta cierto punto lo estingue, además los medios empleados para el parto prematuro están muy perfeccionados y pueden ser practicados sin peligro.

VII

HEMORRAGIAS

El parto artificial es tambien indicado en las hemorragias, ya dependan de una insercion viciosa de la placenta hácia el cuello, ó ya á pesar de ser normal la insercion, por ciertas circunstancias.

Hablaremos de las primeras. Es casi una regla, que la placenta se inserta en la parte superior del útero, sin embargo cuando se implanta en la region del cuello se esplica por el deslizamiento del huevo, por los pliegues de la caduca al penetrar en el útero, segun Joulin. Sin embargo no es de suma necesidad que se inserte sobre el cuello de un modo directo, para que se verifique la hemorragia, puesto que es bastante que esté en el segmento superior del órgano; si tenemos en cuenta que el útero se distiende al principio de la gestacion en la parte superior, y en un período mas avanzado á espensas del segmento inferior, y como en este tiempo ya la placenta ha llegado á su mayor desarrollo, esperimenta una estension mecánica que rompe sus adherencias y el mecanismo de la hemorragia se esplica. En el curso del noveno mes del embarazo, en general, la placenta por su vicio de insercion se desprende por las tracciones que esperimenta, debida á la estension de las distintas partes en que se inserta. La pared de los senos que está en relacion con las vellosidades se adhiere y la sangre es arrojada de sus vasos hasta que el órgano se retrae.

Síntomas. — La mujer agena de lo que pasa por la falta de pródromos, ni causas apreciables, es atacada de una gran hemorragia, ya durante el reposo y hasta durante el sueño, que pronto desaparece para recidivar mas tarde con mas abundancia y sin cesar, debido á los desprendimientos sucesivos de la placenta, para caer mas tarde con todos los síntomas de una gran hemorragia.

Diagnóstico. — Si tenemos una mujer embarazada de seis meses arriba sujeta á una hemorragia, como dejamos dicho mas arriba, con recidivas y que haciendo el tacto vaginal no se produce el peloteo, podemos estar seguro que se trata de una hemorragia por insercion viciosa de la placenta. Mas si durante el embarazo no hemos tenido ocasion de producir el peloteo, nos convenceremos mas tarde, si el embarazo llega á término y el cuello está dilatado, que falta la formacion de la bolsa de las aguas y una hemorragia que coincide con las contracciones uterinas, lo que no nos dejará duda de que anteriormente se ha tratado de una insercion viciosa de la placenta y que á pesar de ello ha llegado á término el embarazo.

Pronóstico.—Churchill, de 174 casos que observó, murieron 48. Simpson de 654, murieron 180; lo que dá por consiguiente una proporcion de 1 por 3. Por último, la gravedad está en proporcion á su intensidad, puesto que una mujer si ha tenido durante su embarazo continuas pérdidas resistirá menos durante el parto, que una que no haya tenido, y en vista de esto me parece muy bien indicado el parto artificial, cuando por medios inferiores no podamos corregir la hemorragia durante el embarazo.

No es menos grave para el niño, puesto que mueren por término medio un 60 °/₀. En vista de este pronóstico debemos obrar, pues, con prontitud y energía.

Tratamiento. — En el curso del embarazo, es difícil detener la hemorragia, porque dado el caso que fuese así, no seria estraño que recidive, en vista de que á medida que el útero se vá distendiendo, la placenta insertada en el cuello se desprende, y si se corrige la hemorragia no tardaria mucho en que volviese á aparecer por la misma causa; así es que lo que debemos procurar es el reposo y decúbito horizontal, en el primer momento. Los enemas opiados pueden emplearse pero sin esperar un gran resultado. La sangria debe desecharse, porque contribuiria á debilitar mucho mas la mujer y el cornezuelo de centeno no debe ni si quiera uno acordarse de él, puesto que la inmovilidad del útero es lo que se busca y su accion produciria las contracciones.

El taponamiento debe emplearse, en vista de que el tapon determinaria la formacion de coágulos y detendria la hemorragia, hasta que un nuevo desprendimiento de la placenta le hiciera aparecer de nuevo. Por último, cuando la hemorragia se repite á menudo y son insuficientes los medios indicados, debemos proponer el parto artificial y tratar de emplear los medios mas enérgicos y prontos para librar, así á la mujer de una muerte segura en ese momento, ó mas tarde durante el parto. Si la placenta impidiera una vez dilatado el cuello uterino por los medios artificiales la espulsion del feto, por hallarse aun adherida, podemos seguir haciendo lo que algunos autores han creido conveniente y es atravesando la placenta por el medio, llegar al

feto y estraerlo, lo que la mayoria de muchos parteros creen que es irracional y que no debe hacerse; porque se espone al feto á perecer, rompiendo por necesidad las divisiones vasculares del órgano.

Y por último, porque es difícil que pase el feto por dicha rasgadura. Es preferible, pues, desprenderla por sus bordes.

Una vez hecho se concluye la operacion haciendo la version y no la aplicacion del forceps, que por no estar bien dilatado el cuello se hace imposible, y además que al aplicar las cucharas podria tomarse la cabeza con una parte de la placenta.

La doctrina de Simpson merece, cual ninguna su aceptacion, la que consiste en estraer la placenta tan pronto como se le pueda tomar y antes de estraer el niño y lo esplica del modo siguiente: « la hemorragia es con frecuencia muy grave, cuando es únicamente una parte de la placenta que está desprendida, mientras que se detiene, cuando se le arranca por completo ». Esta doctrina está basada en 141 observaciones que él refiere, disminuyendo ó deteniéndose la hemorragia y en el que sucumbieron 1 por 14; á pesar de que la mortalidad referente á los niños es mucho mayor, pues de 106 murieron 73 y vivieron 33.

Acabamos de ver hemorragias debidas á una insercion viciosa de la placenta, esto es en el cuello, en que es necesario echar mano, en el último caso, del parto artificial; ahora nos queda por ver las que se producen á pesar de su insercion normal despues del quinto mes. Las causas que reconoce esta clase de hemorragias son muchísimas, pero

entre las principales podemos citar las conmociones físicas ó morales, un ejercicio violento, esfuerzos para levantar objetos de mucho peso. La hidropesía del ámnios, distendiendo bruscamente el útero, puede separar las relaciones de la placenta y producir una hemorragia bajo un mecanismo muy semejante, cuando se inserta en el cuello.

Los síntomas que se distinguen en esta clase de hemorragia son muy semejantes á los descritos ya, pero en vez de ser siempre esterna, puede serlo interna, acumulándose la sangre en el útero. Cuando es esterna, la sangre sale de un modo continuo ó con intérvalos, pero nunca residiva, lo contrario de lo que sucede cuando la placenta se inserta en el cuello.

La gravedad de ella está en razon directa de su cantidad y el estado de la mujer; dependiendo lo primero de la mayor ó menor estension del desprendimiento de la placenta; sin embargo es muy raro su intermitencia, cesa sin saberse por qué mecanismo; unos atribuyen á la obliteracion de los vasos por un coágulo, otros al aplastamiento y á la obliteracion del seno dividido, los que quizas, segun otros, obren todos á la vez.

Cuando se dice que la hemorragia es interna, no es de un modo absoluto, porque siempre sale algo al esterior, sin embargo cuando notemos en la mujer los mismos síntomas que presentan las hemorragias internas y un abultamiento del vientre con relacion á momentos anteriores, acompañado de dolores sordos y profundos, podemos estar seguros de que se trata de una hemorragia uterina interna; á pesar de que es sumamente difícil reconocer en una mujer gruesa el aumento de volúmen del vientre y la mayor tension del útero.

Diagnóstico. — Cuando la hemorragia es esterna no hay duda; ahora bien, si depende de una insercion viciosa ó no de la placenta ya lo hemos dicho y no es difícil distinguirlo, porque en la hemorragia dependiente de la insercion viciosa hay recidivas y carencia absoluta de peloteo.

Cuando es interna es difícil el hacerlo, sobre todo cuando la sangre no sale al esterior y los síntomas generales de las hemorragias internas no se manifiestan. Se nos dirá, que el síncopes y la debilidad del pulso son buenos signos de diagnósticos, en estas hemorragias; pero tambien podemos decir que suelen sobrevenir en los últimos meses, sin haber hemorragia alguna.

Tratamiento. — Lo primero que debemos hacer, cuando la hemorragia es esterna, es el reposo absoluto y colocar la mujer en posicion horizontal; mas si la hemorragia es ligera se echará mano de los enemas opiados, acompañados con inyecciones de una disolucion de alumbre en la vagina y contribuir á una coagulacion mayor. Cuando es muy grave insistimos con mayor energia en el empleo de los enemas laudanizados, acompañados de sinapismos y ventosas en la parte superior del tronco. Si no basta esto, recurriremos al taponamiento de la vagina, que á pesar de estar indicada cuenta con el inconveniente de convertir una esterna é interna, lo que seria mucho mas grave por la dificultad de su diagnóstico. Y por último, si á estos medios no dá resultado alguno, no debemos titubear en indicar el parto prematuro, que indudablemente, pondrá fin al peligro en que se encuentra la madre y el niño, si no anticipamos el parto. Lo dicho á la esterna, lo aplicamos á la interna, en particular el parto artificial.

VIII

PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS

Despues de haber descripto lo mas breve posible los casos en que está indicado el parto artificial, me parece de suma necesidad esponer los distintos procederes operatorios de que el partero puede hacer, para entrar en contraccion la fibra uterina.

Esponja preparada. — A quien se debe la introduccion del método de la esponja preparada es á Kluge. Es un cono de esponja de la longitud y del grueso del pulgar, cuya base lleva uno ó dos hilos, con el objeto de estraerle una vez introducida y cuya aplicacion es del modo siguiente: Se prepara á la mujer antes de la operacion, vaciando la vejiga y el recto, acostándola en el borde de la cama y reposando sus piés en dos sillas ó banquitos. Una vez hecho esto, el operador por medio del especulum pone al descubierto el cuello uterino, y tomando la esponja con una pinza la introduce por su vértice, previamente barnizada con cerato, en el orificio uterino; empujada gradualmente la esponja durante unos cuantos minutos no tarda en hundirse en el cuello, manteniéndola, en dicho lugar, con otra mas estensa que ocupe toda la vagina y un vendaje en T que mantenga todo. La accion de la esponja es muy simple: el cuello uterino y la parte superior de la vagina están lubrificadas

de un moco, que despues de algunas horas la esponga lo absorbe, la que se distiende y determina el principio de dilatacion del cuello, sin que tarde mucho en que el útero entre en contraccion por simpatia. Ahora bien, si esto tarda algunas horas, sin conseguir el objeto deseado se aplica otra esponja mas voluminosa bajo el mismo proceder y obtendremos la dilatacion y la contraccion uterina.

Como son muchos los distintos procederes para la aplicacion de la esponja preparada y los medios para mantenerla, el Doctor Joulin ha iniciado uno, que me parece el mas adecuado y vernos libres de controversías, es el siguiente: « De una esponja seca algo fría y de clase inferior, corto dos conos muy prolongados, el uno de ocho centímetros de largo, tres de ancho en la base y uno en el vértice, el otro de 12 á 15 centímetros de longitud, seis de anchura en la base y uno en la punta; en seguida los preparo apretándolos fuertemente con un bramante, teniendo cuidado de que todas las circulares esten contiguas. Por la compresion las esponjas se ponen en estremo compactas, y presentan el aspecto de una candelilla gruesa, cuya estremidad menor no presenta de diámetro mas que de 1 á 2 milímetros. Se quita la cuerda en el momento de ir á usarlos, lo que puede hacerse despues de 2 ó 3 horas de preparacion, porque entonces ya ha adquirido la esponja una rigidez suficiente. Un cordonete atravezado en la base del cono permite estraerlo, cuando se quiere y en el momento antes de introducirlo, se moja en cerato la punta que ha de entrar en la matriz. Se emplea el especulum para descubrir el cuello. Si el orificio cervical aparece cerrado por completo se elije la esponja menor, la cual se empuja hacia la cavidad del órgano tan adentro como se pueda, á fin de

que la base del cono forme una ligera eminencia sobre el nivel del hocico de tenca. La estremidad fina y algo flexible de la esponja le permite atravezar el orificio superior aunque parezca impenetrable á la sonda uterina. No es necesario en manera alguna emplear el taponamiento ni ningun otro aparato para mantener la esponja en su sitio, porque la porcion introducida se hincha con rapidez y al cabo de algunos minutos, se necesita tirar con cierta fuerza del cordon de su base para hacer salir la esponja. Aplicada la esponja segun este procedimiento, obra de varias maneras á la vez: 1° desprende las membranas, lo que basta á menudo para determinar el parto; 2° irrita como cuerpo estraño el segmento inferior de la matriz, la cual reacciona contrayéndose; 3° dilata el orificio cervical superior que atravieza; 4° dilata igualmente el cuello en toda su altura al hincharse á espensas del moco uterino. Este último resultado es el único que se obtiene por el procedimiento de Kluge. »

Duchas uterinas. — Segun el método de Kiwisch, las duchas se hacen por medio de un aparato que consiste en un receptáculo que puede contener hasta 20 ó 30 litros de agua. A la parte inferior de él se le agrega un tubo, munido de un robinete terminado por un tubo de caoutchouc de centímetro y medio de diámetro al que se le agrega una cánula de inyeccion. La mujer se coloca en la misma posicion que dejo indicado, cubriendo la cama con un impermeable y colocando en el piso una vasija para recibir el líquido que caíga de la vagina. Una vez hecho esto, se dirije el chorro de agua de modo que caiga directamente sobre el cuello uterino. Se repiten cada 15 ó 20 minutos hasta obtener que

las primeras contracciones uterinas regulares se presenten. Este es un proceder operatorio bastante bueno, á pesar de sus muchas modificaciones en sus aparatos, aunque todos concurren á un mismo fin.

Inyeccion intrauterina. — Cohen de Hamburgo, habiendo observado que se producian contracciones uterinas, cuando se sometia á un tratamiento alquitranado á mujeres que padecian de enfermedades crónicas de la matriz, aconsejó en 1847 inyecciones de agua de brea en cantidad de onza á onza y media en el interior del útero, para provocar el parto artificial. Estas se pueden repetir hasta conseguir el objeto que se quiere. Segun el autor de este medio dice que antes de seis horas produce su efecto. El modo de obrar es, que, penetrando entre la pared interna del útero y de las membranas parte del líquido determina contracciones; sin embargo podemos decir, que su accion es debida no al alquitran sinó al líquido.

Dilatador de Barnes. — El aparato consiste en tres sacos de caoutchouc anchos en sus estremos y estrechos en la parte media. Están provisto de un tubo para introducir en su cavidad por medio de una geringa; el agua que ha de destenderlos. Un conductor metálico, recibido en un apéndice en forma de dedo de guante, permite introducir primero el saco mas pequeño á traves del orificio interno, de modo que su parte estrecha ocupe la cavidad del cuello de la matriz. Despues se le distiende con el agua progresivamente á medida que se vá verificando la dilatacion. Si no basta se sostituye con un saco mayor que el primero. Este proceder, aunque no puede ser empleado sinó cuando

se ha producido un cierto grado de dilatacion, tiene la ventaja real, sin embargo, de ser inmejorable cuando se trata de terminar rápidamente un parto, porque se puede aumentar, á voluntad, la dilatacion del cuello. Se puede decir que este procedimiento ocupa un lugar intermediario entre el parto forzado y el parto provocado; pero difiere del primero en que está exento de las violencias que hacen tan peligrosa esta manera de terminar el parto.

Dilatador de Tarnier. — Teniendo en cuenta las dificultades que acompañan á la aplicacion de la esponja preparada y su lentitud para obrar, el Sr. Tarnier en 1862 inventó un aparato muy semejante al de Barnes, pero cuyo modo de obrar es algo diferente. Este instrumento se compone de un tubo de caoutchauc, de paredes gruesas en la mayor parte de su estension y delgada en sus cuatro últimos centímetros de su estremidad, terminada en fondo de saco, el que se dilata cuando se hace una inyeccion con cierta cantidad de agua. Un conductor metálico sirve para hacer penetrar la estremidad del tubo en la cavidad uterina y despues de su dilatacion se deja colocado el tubo hasta que lo espulsan las contracciones uterinas. Esta operacion se repite, si no basta una vez y dilatando aun el tubo.

Cuando el instrumento está preparado tiene apenas el volúmen de una sonda de hombre.

El proceder de Tarnier, no solo es ingenioso, sinó que parece de los mas buenos porque casi siempre ha sido empleado con éxito.

Estos son los procederes que merecen conservarse en la práctica, sin embargo hay otros de un valor secundario y

que pasaré á enunciarles para no dejar nada de decir de los distintos procederes.

Roturas de las membranas. — Este ha sido uno de los primeros procederes para obtener el parto artificial; sin embargo las opiniones estaban divididas entre los autores, unos pensaban que debian romperse las membranas en la parte mas declive, evacuando todo el líquido; otros que debia practicarse la rotura encima del cuello para obtener lo contrario.

Ahora bien, para perforar las membranas se han valido los autores de muchos y variados instrumentos. Maculay, que fué el primero en poner en práctica este proceder en el año 1756, lo hacia del modo siguiente: acostaba la mujer con los muslos separados, buscaba el cuello uterino é introducia el instrumento perforador al través de dicho orificio rompiendo las membranas. Creo inútil describir el aparato puesto que cualquier barilla metálica larga y enconada puede alcanzar el útero y conseguir lo deseado.

Con este procedimiento no conseguiremos nunca el efecto que buscamos, porque el derrame sea mas ó menos abundante, no conduce inmediatamente á las contracciones uterinas y ademas este medio tiene un gran inconveniente y es que puede dar muerte al niño, porque una vez vacío el útero lo comprime y si sucede que el cordon es pellizcado entre el pubis y la cabeza, el niño se afixiará.

Desprendimiento de las membranas. — Introduciendo Hamilton un dedo, ó una algalia Ricke, Mempé Braun, por encima del orificio interno del cuello y paseándolo entre la pared uterina y las membranas, se consigue el desprendimiento; sin embargo obra con mucha lentitud.

Dilatador de Busch. — Notando que la oclusion del cuello oponia una cierta dificultad á la introduccion de la esponja, imaginó para destenderlo, un dilatador de tres valvas. Este instrumento se parece á una pinza curva de curacion, compuesto de tres ramas, dos de las cuales están colocadas paralelamente y la tercera superiormente. Las dos primeras se terminan como una pinza ordinaria en mangos provistos de anillos ; la tercera no llega mas que al punto de union de los dos primeros y se fija en ellos por un caballete ; las tres ramas se separan por el aproximamiento de los anillos. Una vez preparada la mujer por medio de inyecciones, se le acuesta ; se le introduce el dilatador á 15 milímetros de profundidad en el cuello, despues se le abre hasta provocar un dolor local. Este instrumento es perjudicial por las lesiones en el cuello que produce.

Electricidad. — El partero aleman Schrœber fué el primero que propuso la electricidad para obtener el parto artificial ; aplicándola del modo siguiente : uno de los polos de una pila de Volta lo pone en relacion con el fondo del útero, el otro con la porcion vaginal, de manera de cerrar el circuito. El autor se lamentaba de no poder poner los dos polos en relacion inmediata con el útero, porque creia que el efecto seria mayor si esto se pudiera conseguir ; pero viendo que esto era impracticable, se contentaba con indicar ciertos puntos de aplicacion, á saber : la línea comprendida entre el ombligo y el apéndice xifoides, la region sacra, el recto ó la vagina : para los dos últimos, el reoforo deberia ser introducido en un tubo aislador á fin de preservarlos, de la accion de la corriente. Schrœber se sirve al principio de

la operacion de una débil corriente y que á medida que el parto adelanta aumenta la energía de la pila.

Taponamiento vaginal.—Este proceder consiste en la introduccion de un cuerpo estraño en la vagina que se pone en contacto lo mas inmediato con el hocico de tenca.

Se sirve por lo general de una vejiga de perro á la que se adapta un tubo munido de un robinete, que retiene el agua. El tiempo que se mantendrá esta, no pasará de seis horas.

Braun en lugar de la vejiga hacia uso de una bolsa de caoutchouc galvanizado, de cinco á diez centímetros de diámetro, cuyo tubo está terminado por un robinete de cobre, detrás del cual se encuentra un anillo destinado á recibir un lazo á propósito para fijar el instrumento á un muslo. Introducida la vejiga vacia, se la distiende con agua, por medio de una geringa. Es poco usado, por su insuficiencia.

Schaller, de Berlin, se servia de un tapon de hilas mojadas en aceite para facilitar su introduccion en la vagina; renovando esta operacion dos veces por dia. Una vez que las contracciones regulares se presentaban, que el cuello se acortaba y el orificio entreabierto, sostenia su accion con fricciones sobre el fondo del útero.

Ácido carbónico.—Brown Sequard demostró que el dicho ácido era la causa de las contracciones musculares que se observan en el estado normal y en estados morbosos. Scanzoni creyó que este descubrimiento podria tener su aplicacion en el parto provocado; mas tarde se convenció de sus creencias y lo formuló en el parto prematuro

artificial. Su aplicacion es en forma de duchas, por medio de aparatos compuestos de modo que se produzca el ácido carbónico, por medio de la creta, el ácido clorhídrico. Este método no siempre ha sido coronado de buen éxito; pero á pesar de ello, puede emplearse por ser inofensivo.

Cornezuelo de centeno. — Este medio ni debe proponerse como tal para provocar el parto; á pesar de las indicaciones de Fresellini, Ramsbolham, Peterson, puesto que si es un medicamento aparente y sin igual para activar las contracciones uterinas, una vez comenzado el parto y dilatado el cuello, es nulo para excitarlas en la provocacion del parto.

Excitacion de las mamas. — Muchos autores, entre ellos Friederich, basados en la simpatía entre las mamas y el útero creyeron que excitándolas por medios variados, podrian hacer contraer las fibras del útero, é indicarlo como medio para obtener el parto artificial, lo que lejos de ser así producia en la mujer un gran dolor y molestia.

De todo lo dicho resulta, que de todos los medios mencionados, los que merecen y deben ser empleados en los casos que esté indicado el parto prematuro artificial son: el dilatador de Tarnier, la esponja preparada, segun el procedimiento del Dr. Joulin y las duchas uterinas de agua templada, abandonando los otros, unos por ser infieles á lo que nos proponemos y otros por ser inofensivos.

OBSERVACION

Catalina M..... de 22 años de edad, de buena constitucion y de temperamento sanguíneo, española de nacionalidad, entró al Hospital de Mujeres el 1° de Noviembre de 1878. Estaba embarazada cuando entró de 7 1/2 á 8 meses, pasando á ocupar una cama de la Sala de San José, que está al servicio de nuestro maestro el Dr. Pardo. El 15 del mismo mes, fué sorprendida por la mañana de un ataque de eclámpsia, con grito, convulsiones clónicas y tónicas, pérdida de conocimiento etc. Ese mismo dia se le pasó á la Sala de Partos (San Ramon), en la que fué atacada de un nuevo ataque, que en vista de ello el Dr. Pardo le recetó hidrato de cloral á dósis elevadas.

En ese mismo dia tuvo varios accesos mas, hasta las diez de la mañana tuvo tres, á las 11 y 5 minutos otro, á las 11 y 25 otro, á las 12 otro, á las 12 1/2 otro, y otro á las 12 3/4. En vista del gran número de accesos y á pesar de las sangrias á la nuca y del cloroformo, el Dr. Pardo que fué por segunda vez al Hospital á la una, y viendo que la mujer no resistiria á otros ataques, determinó llegado el momento de indicar el parto prematuro artificial sometida á las inhalaciones del cloroformo. La examinó el Dr. Pardo y notó que el cuello no era permeable, la presentacion era de vértice en occípito cotiloídea izquierda, y los latidos del feto imperceptibles; sin embargo el parto se hizo. A la una y media se le hizo la primera ducha, por creer el Dr. Pardo el mejor de los procedimientos, la que se

mantuvo 5 minutos, durante la cual se presentó un nuevo ataque. A los diez minutos se le hizo otra, y el cuello uterino se hizo un poco permeable, apareciendo otra convulsion á las dos y cuarto.

Como la dilatacion del cuello marchaba lentamente y las contracciones muy irregulares el Dr. Molina determinó aplicar la bola de aire de Gariel, operacion que se hizo á las 2 de la tarte, introduciendo el núm. 1 de la bola, á las dos y cinco minutos se cambió por el número tres, la que al acercarla apareció la bolsa de las aguas; se volvió á introducir el núm. 3 que se sacó para reemplazarla con el núm. 6 á las 2 $^1/_2$. El cuello á esta hora, se encontraba dilatado, siendo su diámetro 5 centímetros. Como la mujer estaba muy debilitada por el gran número de ataques, determinó el Dr. Molina terminar lo mas rápido posible el parto, que abandonado á sí mismo quizás no hubiera tenido lugar, aplicando el forceps de Tarnier, en lugar de la version, que en este caso como dejo dicho ya, es mejor esta última; sin embargo se hizo por creerlo superior en el caso que se trataba. Se hicieron las tracciones con regularidad y á los diez minutos estrajo un niño de 3,000 gramos de peso, cuyas dimensiones eran de un niño á término, espulsándose la placenta espontáneamente á las 3 de la tarde.

Despues del alumbramiento sus facultades intelectuales turbadas por un sueño comatoso, al mismo tiempo el aparato circulatorio seguia las alternativas del sistema nervioso, su pulso era lento y débil y su respiracion díficil, de manera que las combustiones insuficientes para la hemátosis, no tardaron en traducirse por una ciánosis, aun en los intérvalos de las convulsiones.

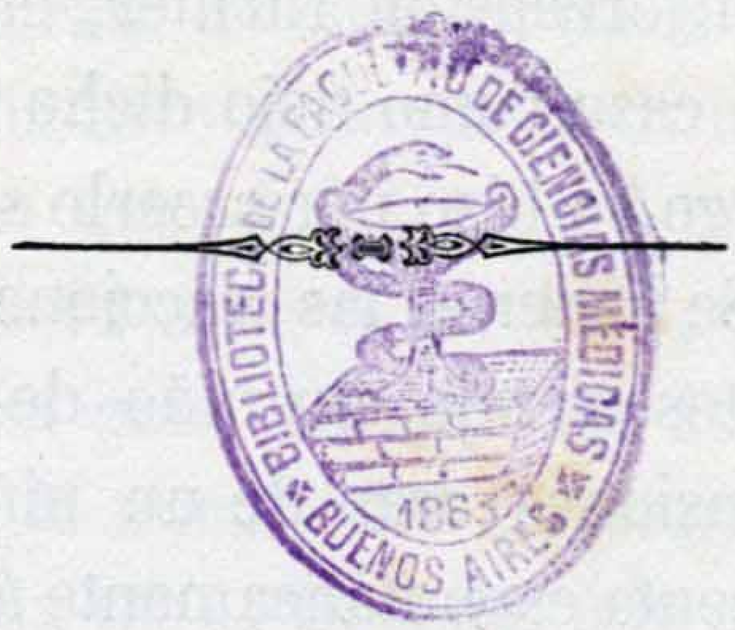
En toda la tarde se le dió hidrato de cloral empleado á

dósis elevadas y á las 7 p. m. del mismo dia la respiracion se hizo estertuosa y la enferma murió el dia siguiente por la mañana.

El resultado fué fatal para la madre, pero si no se hubiese practicado el parto artificial y sujetado la enferma usando solamente un tratamiento sintomático; hubiera muerto como el producto de la concepcion, el que *salvó*.

Vº. Bº.

MAURICIO GONZALEZ CATAN.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

1ª ¿Cuáles son los órganos que forman el periné?

2ª ¿En qué caso se observa el pulso venoso?

3ª Accion fisiológica y efectos terapéuticos del opio.

4ª Diagnóstico diferencial de los tumores de las bolsas.

5ª Tratamiento del cólera mórbus epidémico.

6ª ¿En virtud de qué derecho la sociedad secuestra los enajenados?

7ª ¿Qué es el vómito y en que enfermedades se observa?

8ª Distintos procederes para la amputacion del hemiferio anterior del ojo, esto es, en el estafiloma opaco total de la córnea.