16

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

RUPTURA PREMATURA Y ESPONTÁNEA

DE LAS

MEMBRANAS DEL HUEVO.

TÉSIS

PARA EL DOCTORADO

DE

10405

NARCISO F. LAPRIDA

BUENOS AIRES
IMPRENTA DE JUAN A. ALSINA, MEXICO, 635.
1884

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DECANO

Dr. D. Pedro A. Pardo.

TESORERO

Dr. D. L. Montes de Oca.

Académicos

Dr. D. Nicanor Albarellos
« « Manuel Porcel de Peralta
« « Mauricio Gonzalez Catan
« « Cleto Aguirre
« « Pedro A. Pardo
« « Manuel Arauz
« « Leopoldo Montes de Oca
« « Eduardo Wilde
« « Pedro R. Mattos
« « José T. Baca
« « Domingo Parodi
« « Rafael Herrera Vegas
« « Ignacio Pirovano
« « Pedro Mallo
» « Martin Spuch
« « Francisco Tamini
« « José M. Astigueta
« « Manuel Blancas
« « Jacob de Tezanos Pinto
« « Antonio F. Crespo

Secretario

Dr. D. Luis de la Cárcova

ESCUELA DE MEDICINA.

Asignaturas		Catedráticos
Anatomía descriptiva y topográfica	Dr. D.	Mauricio Gonzalez Catan
Histologia y Anatomia Patológica	« «	Francisco Tamini
Fisiologia general y humana	« «	J. M. Astigueta
Patologia general y ejercicios clínicos	« «	José T. Baca
Materia médica y Terapéutica.	« «	Pedro A. Mattos
Higiene pública y privada	« «	Antonio Crespo
Patologia Externa	« «	Leopoldo Montes de Oca
Patologia Interna.	« «	Manuel Arauz
Clínica Quirúrgica	« «	Ignacio Pirovano
Oftalmología y Clínica respectiva	« «	Cleto Aguirre
Clínica de niños.	« «	Manuel Blancas
Clinica de mugeres.	« «	Jacob de Tezanos Pinto
Clínica Médica	« «	Manuel P. de Peralta
Medicina Legal y Toxicologia.	« «	Eduardo Wilde
Obstetricia y Clínica respectiva.	« «	Pedro A. Pardo
Medicina operatoria	« «	Ignacio Pirovano

Sustitutos

Anatomia descriptiva y topográfica	Dr. D.	Juan J. Naon
Histologia y Anatomia Patológica	« «	Juan Borbon
Fisiología general y humana	« «	Josué Berutti
Patologia general y ejercicios clínicos.	« «	Luis de la Cárcova
Materia Médica y Terapéutica.	Dres.	Pablo Santillan y Enrique del Arca
Higiene pública y privada		Vacante
Patologia externa	« «	Lucio Melendez
Potología interna	« «	M. T. Podestá, J. M. Penna Claudio Benites é Ignocencio Torino
Blínica Quirúrgica	« «	Julian Aguilar (en ejerc.)
Oftalmologia y Clínica respectiva	Dres.	Pedro F. Roberts, Pedro Carrasco y P. Lagleyse
Clínica Médica	«	Juan B. Gil, Cárlos L. Villar y Eufemio Uballes
Medicina Legal y Toxicologia.	«	Manuel Blancas (en ejer.) y Telémaco Susini
Obstetricia y Clínica respectiva.	«	Antonio T. Ballester, S. Molina y Luis F. Vila
Medicina operatoria	Dr. D.	Antonio C. Gándolfo

DISECTORES

DR. D. ALEJANDRO CASTRO Y D. ANDRES F. LLOVET.

PRESIDENTE DE TÉSIS

DR. D. CLETO AGUIRRE.

A MI SIEMPRE LLORADO PADRE.

Al cariño de mi madre.

A MI HERMANO POLITICO

AGUSTIN PRESSINGER.

Á MIS CATEDRÁTICOS

Gratitud y Reconocimiento.

Señores Catedráticos:

Señores Académicos:

Cuando el uterus se contrae, el huevo comprimido por todas partes, tiende á escaparse de la cavidad que le contiene, viniendo á formar por el orificio del cuello mas ó ménos entreabierto una especie de hernia en la vagina. Es á este tumor, formado por una porcion del saco membranoso y cierta cantidad de líquido, que se dá el nombre de bolsa de las aguas. Como la causa que la produce, es esencialmente pasajera, no haciéndose permanente sino en los casos patológicos.

Tal es la definicion dada por el profesor De paul, la cual aceptaremos.

Bajo la influencia de las contracciones uterinas que se suceden cada vez con mayor energía, la bolsa acaba por romperse y dejar escapar su contenido. Esta ruptura tiene lugar ordinariamente cuando la dilatacion del cuello es completa. Es por lo ménos la regla general.

Sin embargo, las cosas pueden pasar de otro modo. Asi sucede con frecuencia que las membranas se rompen antes de haber empezado el trabajo, cuando la mujer no ha sufrido aun ningun dolor, estando el cuello apenas entreabierto, ó aún con sus dos orificios cerrados. Es esto lo que se llama ruptura prematura de la bolsa de las aguas; denominacion impropia, pues en este caso no ha habido formacion de la bolsa de las aguas, puesto que el cuello está apénas entreabierto ó cerrado. Es pues mas exacto decir con la generalidad de los autores: ruptura prematura de las membranas del huevo. Esta es la denominacion que adoptaremos.

Hay dos especies de ruptura prematura: la una es producida por la mano del cirujano con el objeto de apurar el trabajo, y se llama ruptura prematura artificial; la otra sobreviene bajo la influencia de causas diversas, pero sin que entren para nada en ello la voluntad de la mujer ni la mano del cirujano; es la ruptura prematura espontánea. De ella nos ocuparemos.

Esta cuestion no ha sido ignorada de los antiguos. En efecto en las obras de Hipócrates, el padre de la Medicina, se lée lo siguiente: En algunas personas las aguas se derraman antes del parto de donde resulta que éste se hace laborioso; por el contrario, las mujeres que no han perdido sus

aguas de un modo prematuro, paren con mas facilidad.

Como se ve, este autor conocia perfectamente la ruptura prematura espontánea de las membranas, y veia en esto un accidente grave para la madre y para el feto.

Esta doctrina, aunque falsa, ha imperado en la ciencia. Md. Lachapelle misma, apesar de su espíritu de observacion, no escapó á ella como lo veremos despues.

No es nuestra intencion hacer áquí la historia completa de esta cuestion, citaremos tan solo los principales autores que han insistido sobre la ruptura prematura de la bolsa de las aguas.

Despues de Hipócrates, y como él, Pablo de Egina, se ocupó de la ruptura prematura; considera este accidente como una de las causas principales del parto laborioso, é insiste sobre el tratamiento propio para remediarlo.

Pero dejemos á un lado estos tiempos remotos, y lleguemos á una época mas inmediata á la nuestra.

Mauriceau mira la ruptura prematura como una causa de retardo para el parto. Hé aquí como se expresa este autor: las membranas que son demasiado fuertes ó demasiado débiles, retardan el parto. Las débiles rompiéndose prematuramente

dan lugar á que las aguas se derramen ántes que la matriz se halle suficientemente dilatada.

Levret, contemporáneo de Mauriceau, habla de este fenómeno en su Tratado del arte de los partos, é insiste sobre sus causas de las cuales indica algunas. Para él la ruptura prematura espontánea se presenta sobre todo en las mujeres gruesas y linfáticas.

Gardieu insiste sobre todo en la adherencia posible de los miembros con el tronco cuando el líquido se ha derramado por mucho tiempo de un modo prematuro y consecutivo. En apoyo de su doctrina, cita un caso en que el líquido amniótico habiéndose derramado durante un mes, los miembros del feto estaban adheridos al tronco. En fin, señala como causa de la ruptura prematura, la laxitud de las membranas, mirando este accidente como una causa de retardo para el parto que se hace mas doloroso y laborioso. La causa de estos fenómenos se la explica por la insuficiencia de la bolsa de las aguas para desempeñar su oficio; dilatar el cuello, haciéndolo la parte fetal que se presenta de un modo lento é imperfecto, por ser un cuerpo duro y resistente. Segun el mismo autor, la compresion posible del cordon sería una amenaza constante á la vida del feto. Hé aquí lo que agrega en seguida: *El derrame prematuro de las aguas hace correr tantos peligros á la madre como al*

feto, cuando este último se halla situado de tal modo, que se hace necesaria la version para extraerlo, estando el úterus ya fuertemente retraido sobre el feto

Como se vé, Gardieu adopta en muchos puntos la doctrina de Hipócrates y de Pablo de Egina; pero, por otra parte, nos enseña dos cosas nuevas que son miradas como la expresion de la verdad científica.

Me refiero al valor de la bolsa de las aguas, como instrumento de dilatacion del cuello, y á los peligros que ofrece la ruptura prematura en las presentaciones que necesitan la version.

Demostraremos mas tarde con hechos estas dos verdades enunciadas por Gardieu.

Maigrier acepta completamente la doctrina de Gardieu sin agregar nada nuevo; recomendando tan solo á los médicos el evitar cuidadosamente la ruptura prematura de las membranas.

Md. Boivin participa sobre esta materia de la opinion de sus predecesores; vé como ellos en la ruptura prematura espontánea de las membranas, una causa de retardo en la dilatacion del cuello y tambien una causa de aborto. Esta es una nocion nueva, pues hasta entónces nadie habia señalado este peligro.

Capuron habla muy extensamente en su Tratado de partos, de la ruptura prematura, pero no

hace sino repetir lo que habian dicho otros autores. Señala el retardo que produce este accidente en el parto, asi como los peligros de que se hallan amenazados la madre y el feto.

Llegamos por fin á Md. Lachapelle. Es una clínica, y estudia la cuestion mediante las observaciones recogidas en los hospitales; pero cosa estraña, llega á las mismas conclusiones que sus antepasados sobre los peligros que hace correr á la madre y al feto, el derrame prematuro de las aguas. Señala uno nuevo, segun ella la pérdida prematura de las aguas sería causa de la insuficiencia de las contracciones interinas que se manifiestan en ciertas mujeres despues del parto.

Esperamos demostrar la falsedad de esta doctrina, y cómo la sábia partera, apesar de su espíritu sagaz y observador, se ha dejado inducir en un error.

Velpeau, mas cirujano que partero, se ocupa de esta cuestion en su Tratado de partos, pero es para demostrar sobre todo que el derrame prematuro del líquido amniótico, no es causa de la sequedad de las partes genitales como lo han pretendido ciertos autores, é Hipócrates el primero.

Moreau insiste con mayor extension que Valpeau sobre la ruptura prematura espontánea de la bolsa de las aguas. Acepta la doctrina de los autores que hemos citado, ve en esto un accidente

grave para la madre y el feto. Lo mismo que, en cuanto al retardo que produce en el parto, dolores de la mujer á causa de la compresion y desgarradura del cuello, operada por la dilatacion que produce la cabeza, asi como los peligros posibles de compresion para el feto. Estudia la cuestion bajo un punto de vista nuevo, tratando de conocer cuanto tiempo puede permanecer la mujer sin parir despues del derrame del líquido amniótico, llegando á la conclusion de que el tiempo trascurrido desde este momento hasta el parto, puede variar desde 24 horas hasta 21 dias.

Es hácia esta época que es necesario referir el trabajo de Blatin sobre la ruptura prematura de la bolsa de las aguas en las diversas posiciones. Es siempre la misma doctrina; para él la ruptura prematura de las membranas es un peligro para la madre y el feto. Independientemente de los peligros ya enumerados que resultan para la madre y el feto, Blatin inventa uno nuevo para la madre: segun él la eclampsia complicaria con frecuencia estos partos. Las presentaciones de cara asi como las que necesitan la version agravarian aun mas el pronóstico. Blatin, no contento con lo que se ha dicho ántes que él, vá mas allá; se pregunta si la ruptura de las membranas que tiene lugar en los primeros meses del embarazo, trae infaliblemente el aborto. Se contesta negativamente,

citando dos observaciones en apoyo de su opinion. Mas tarde tendremos ocasion de apreciar esta doctrina, mezcla de verdad y de error.

Vamos mas adelante en nuestra investigacion, y veremos que la doctrina aceptada con tanta generalidad, desde Hipócrates, no es sin embargo la única que ha tenido asiento en la ciencia. Algunos autores, al lado de los que hemos citado, han tenido nociones mas exactas de la verdad; asi lo vemos á Puzot levantarse contra la opinion general que ve un peligro para la madre y el feto en la ruptura prematura de las membranas. Mesner participa de la doctrina de Puzot, y refiriéndose á esto, dice: el agua falta algunas veces en el huevo. Mende, cita un caso en que no habia una onza, lo que no impidió que el parto fuese pronto y fácil. En otra observacion hecha por Hobulaum no se encontró ni una gota de líquido, y el trabajo no duró sino una hora.

Merriman, citado por Velpeau, acepta la misma doctrina y es aun mas afirmativo. El trabajo, dice, es tanto mas seguro cuanto mas pronto tiene lugar la ruptura de la bolsa de las aguas.

Nægele se expresa de la manera siguiente: Cuando las membranas son mas delgadas y mas débiles que lo normal, la ruptura de la bolsa tiene lugar algunas veces antes de que el orificio se halle completamente dilatado; ó bien las aguas se der-

raman de un modo lento y poco á poco. Esto sucede con frecuencia en las primiparas; observándose algunas veces que el trabajo languidece y se hace mas doloroso. Por lo general no resultan otras consecuencias funestas si el trabajo no se prolonga demasiado. Se ve pues, que Nægele está de acuerdo, por lo ménos en cuanto al pronóstico, con los autores precedentes.

Hay pues al lado de la doctrina de Hipócrates otra que ha venido ganando terreno poco á poco y se ha hecho la de la generacion presente.

En este estado estaba la cuestion cuando apareció Pablo Dubois. ¿Qué partido tomará el gran partero francés? Aceptará la doctrina de Hipócrates ó la de Puzot? Adoptará la primera declarando no obstante la exajeracion en que ha incurrido Md. Lachapelle, respecto á los peligros de este accidente. Hará dar un gran paso al estudio de la ruptura prematura de las membranas, revelándonos su causa mas ordinaria: la contraccion uterina. Hé aquí como se expresa Pablo Dubois: la ruptura prematura de las membranas se produce generalmente bajo la influencia de las contracciones uterinas indoloras, de que las mujeres no tienen conciencia; pero lo que es necesario saber y sobre lo cual deseo llamar la atencion, es que las contracciones uterinas indoloras no pueden romper las membranas de un modo prematuro sino con una

condicion, y es que exista en ellas una disposicion y una textura favorable á la ruptura. Esta disposicion es su tenuidad, su debilidad misma. Siendo debido este estado particular de la constitucion del huevo, y dependiendo ésta á su vez del estado general de la mujer, es fácil comprender entónces la posibilidad de que pueda presentarse varias veces en embarazos sucesivos. Tal es la doctrina de Dubois y sus discípulos, entre ellos el profesor Depaul. Haremos su apreciacion cuando nos ocupemos de la anatomía patológica y de la etiología.

Hubert se ocupa tambien de la ruptura prematura de las membranas, y como Dubois atribuye la causa de este accidente á la friabilidad de las cubiertas del huevo, asi como tambien á las contracciones uterinas que pueden presentarse mucho tiempo ántes del parto. La laxitud del cuello que se observa en las multiparas, sería tambien una predisposicion.

No es este el primer autor que piensa de esta manera. Sin embargo, él modifica la opinion que hemos encontrado, en el sentido de que mira como causa predisponente la presentacion de nalgas unida á la disposicion particular del cuello que acabamos de indicar. He aquí como se expresa Hubert: He creido observar que la ruptura de las membranas, antes de que principie el trabajo, sobreviene sobre todo cuando

el niño se presenta por la extremidad pelviana estando el orificio uterino ya entreabierto, como se ve algunas veces en las multiparas Se comprende cómo en estos casos un pié apoyándose sobre la porcion abierta del cuello puede producir la desgarradura de las membranas del huevo. Esta opinion que ha sido seguida por Gueniot tendremos ocasion de examinarla. En seguida, Hubert indica que la cantidad de líquido derramado puede variar segun la mayor ó menor obturacion producida en el orificio por la parte fetal. Dice así: En estos casos de ruptura prematura el líquido amniótico se derrama ordinariamente en totalidad y mas ó ménos pronto, segun que la parte del feto que se presente obture de un modo mas ó ménos completo el embudo formado por el segmento inferior de la matriz. Señala ademas un hecho importante, y es que despues del derrame del líquido amniótico puede formarse una bolsa de las aguas en el momento del trabajo, Refiriéndose á esto, dice: Aunque las aguas se hayan derramado se puede encontrar mas tarde una bolsa bien formada. Hubert es el primero que ha observado este hecho clínico tan cierto. Sin embargo, Chally rompe con el pasado con mas valor que él y los otros. Para él, el parto no es mas largo cuando se ha producido la ruptura prematura que cuando no ha ocurrido este accidente; habiéndose creido lo contrario por un simple

error. Oigámosle: Si se ha creido que las rupturas prematura de las membranas prolonga el trabajo, es debido á que se asigna á éste todo el tiempo trascurrido desde la ruptura hasta la terminacion del parto, cuando en verdad es menor, pues la ruptura de las membranas se produce ántes de la aparicion de los primeros dolores.

Depaul adopta la doctrina de Dubois. Veámos como se expresa. El huevo, dice, puede abrirse prematuramante; es decir, mucho ántes de la época que se asigna como la mas deseable y natural, estando el cuello aun cerrado y provisto de sus dos orificios. Me he explicado sobre las condiciones que favorecen este resultado y la parte que toman en él las contracciones uterinas, debiendo tambien tenerse en cuenta la mayor ó menor fragilidad de la cubierta fetal.

No hablaré de las rupturas causadas por violencias externas. Respecto de ellas se lée en sus clínicas lo siguiente: Esta ruptura prematura ántes de la dilatacion completa, es la regla en los casos particulares de presentacion del tronco, nalgas, cara y espalda, cuando hay estrechamiento

Para Gueniot como para Paul Dubois y Depaul, las contracciones uterinas unidas á la mayor fragilidad de las membranas son en muchos casos la causa de este accidente. En efecto, dice Gueniot, las mujeres que han llegado al término de la ges-

tacion se hallan sometidas á contracciones uterinas de las cuales no tienen conciencia. Una causa coadyuvante puede aun invocarse segun el mismo autor; tales son las presentaciones irregulares en las cuales la eminencia de los miembros puede desgarrar facilmente las membranas, precisamente en el momento en que la presencia del líquido anmiótico se hace necesaria para practicar la version. Es, como se ve, la doctrina de Hubert con poca diferencia, la cual confirma la esperiencia. Insiste en seguida sobre los inconvenientes que tiene el derrame prematuro del líquido para practicar la version, y dá algunos preceptos para llevar esta operacion á buen fin. Aconseja en estos casos esperar que la dilatacion sea completa, é indica algunas precauciones que deben tomarse en las presentaciones de vértice para que el derrame del líquido sea menor, sin que haya que temer mayores complicaciones, no sucediendo así en las presentaciones de cara y nalgas. Hé aqui como se expresa Gueniot: Si se trata de una presentacion menos favorable, como la de cara ó nalgas, los peligros son mucho mayores, puesto que la extremidad encajada, obturando el cuello de un modo incomplelo, dá paso al resto de las aguas pudiendo resultar entre otros inconvenientes la compresion del cordon.

Hemos llegado al momento de la reforma: va á

empezar la reaccion contra la opinion antigua. Marcar-Kiatib acepta la opinion de Dubois, y para él, como para el célebre profesor Depaul la contraccion uterina es la causa mas frecuente de la ruptura precoz. La muerte del feto no se debe temer sino en los casos de estrechamiento de la pélvis, ó en las presentaciones de hombro, puesto que pueden presentarse inconvenientes para intervenir en momentos favorables para el feto.

Tales son las ideas que Marcar-Kiatib trata de demostrar por medio del estudio clínico de los hechos; pero al lado de esto encontramos muchos errores. Qué diremos de esas alteraciones intelectuales, de ese pretendido estado tifoideo, de la inercia del útero, de la hemorragia, accidentes todos que sobrevendrian en la ruptura prematura? Ya tendremos ocasion de demostrar que son estas puras fábulas á las que no se debe dar ningun crédito.

Orminski trata de demostrar que existen en las membranas lesiones cartilaginosas y óseas suficientes para explicar la ruptura prematura. Este error es lo único original que se encuentra en su trabajo sobre esta cuestion.

Garipuy trata de probar por medio de hechos clínicos las diferentes opiniones modernas estableciendo una estadística para buscar cuál es la causa mas frecuente de este accidente, si se encuentra

con mas frecuencia en las primiparas ó en las multiparas, cuál es la duracion del parto en estos casos, y su influencia sobre la madre y el niño. Pero deja muchos puntos en olvido. Admite, por ejemplo, sin control, la friabilidad de las membranas y su extructura especial. Existen muchas otras inexactitudes que apreciaremos en el curso de este trabajo.

Como se ve, poco á poco se han obtenido resultados de los esfuerzos hechos y la ciencia se ha enriquecido con verdades nuevas.

II.

La extructura de las membranas no es una causa para la ruptura prematura, ni cuando esta ocurre gozan aquellas de mayor friabilidad que en los casos normales.

Cuál es pues la causa de este accidente? Los autores han enumerado, como lo hemos visto en la relacion histórica, una série de causas capaces de producirlo. Vamos á pasarlas en revista.

Se pueden dividir en dos grandes clases: predisponentes y eficientes. Ocupémonos de las primeras. Colocaremos entre ellas las enfermedades constitucionales como la tuberculosis y la sífilis? No creemos que los autores hayan mirado estas dos enfermedades, que influyen bajo tantos puntos de vista sobre la marcha del embarazo, como capaces de ejercer influencia sobre la ruptura prematura de las membranas. Sobre 129 casos de ruptura prematura que se han observado, no se ha encontrado ninguna mujer atacada de

sífilis ó tuberculosis. Luego estas dos afecciones no tienen nada que ver con la ruptura prematura. Sin embargo, no podemos decir por esto que estas diatesis no se encuentran en las mujeres que han perdido prematuramente sus aguas, esto sería falso; pero en estos casos no hay sino una simple coincidencia y no una relacion de causa á efecto.

La profesion ejercida por la mujer tiene una influencia etiolójica sobre la anomalia que nos ocupa? Garipuy responde á esta cuestion negativamente.

La constitucion como la profesion no parece tener ninguna influencia sobre la ruptura precoz de las membranas.

Segun Levret, el temperamento es una predisposicion á la pérdida prematura de las aguas, presentándose este accidente con mayor frecuencia en los sujetos linfáticos y escrofulosos.

Ciertas mujeres parecen gozan de una predisposicion especial á la ruptura prematura de las membranas; tal es el caso observado por Lengel, en una mujer que en todos sus embarazos perdia sus aguas prematuramente.

Hay casos en que este fenómeno se presenta en circunstancias tales, que no es posible atribuirlo á ninguna de las causas que hemos enumerado.

Cómo explicar estos hechos? Hay predisposicion hereditaria? Hay solo casualidad ó simple

repeticion de causas exteriores que producen el mal? Sin duda esta última explicacion es posible en cierto número de casos; pero estas causas no pueden admitirse siempre. Sucede, por ejemplo, que hay mujeres en quienes la ruptura prematura se repite várias veces sin que se pueda apreciar ninguna causa capaz de provocarla. Desde luego, es necesario reconocer que en estos casos hay una aptitud especial en la mujer á la ruptura precoz. Pero esa predisposicion será puramente individual ó hereditaria, trasmitida de madre á hija? Esta segunda hipotésis es la mas probable, aunque no podria en rigor demostrarse, pues para esto sería necesario que las enfermas nos dijeran si su madre ha perdido en sus partos prematuramente las aguas; y como todas son incapaces de suministrarnos este antecedente, fuerza es quedarnos en la incertidumbre á este respecto.

Que sea una predisposicion hereditaria ó una aptitud individual, debemos investigar cuál es la causa de esta particularidad. Los diferentes autores que hemos consultado nada nos dicen sobre esta cuestion. Se puede creer que es debida á una mayor irritabilidad del útero que se contrae con mas facilidad y energía; siendo esta una hipotésis racional, puesto que se sabe que es esta contraccion mas enérgica la que produce en el

mayor número de casos la ruptura prematura de las membranas.

Una causa predisponente mas eficaz de la ruptura prematura, es la edad como lo prueba la estadística de Hugemberger hecha sobre mas de diez mil partos. Hé aquí las cifras del profesor ruso:

PRIMIPARAS.

	Con ruptura normal	Con ruptura precoz	
De 15 á 18 años	220	43	19.5
« 19 « 22 «	1055	244	23.1
« 23 « 26 «	834	211	25.3
« 27 « 35 «	525	155	59.7
« 36 « 44 «	58	27	46.5
Total de 15 á 44 años	2693	680	25.2

MULTÍPARAS

	Con ruptura normal	Con ruptura precoz	
De 15 á 18 años	6	3	50
« 19 « 22 «	642	100	15.4
« 23 « 26 «	1959	342	17.4
« 27 « 35 «	3895	716	18.4
« 36 « 55 «	1287	265	20.6
Total de 15 á 55 años	7789	1426	18.3

Estas cifras prueban que la edad es una predisposicion á la ruptura prematura de las mem-

branas, y que las mujeres están tanto mas expuestas á ella cuanto mayores son en edad. Habría que admitir una excepcion para las de 15 á 18 años que han tenido hijos. En estas mujeres y en esa época es donde se presenta con mas frecuencia.

Una otra causa de ruptura prematura es el hydroamnios. Es imposible dudar de este hecho teniendo al frente observaciones tan numerosas y evidentes, como se encuentran en los autores.

En qué proporcion predispone esta afeccion á la ruptura prematura? Segun la estadística de Hugemberger, sobre 8376 partos con ruptura no precoz se han presentado 178 casos de hydroamnios, y sobre 210 con ruptura prematura 8.8 de hidroamnios lo que da la proporcion de 2,1 en el primer caso y 4,1 en el segundo.

En las mujeres atacadas de hydroamnios este accidente sería pues dos veces mas frecuente que en las que no se hallan atacadas de esta afeccion.

Se podría explicar esta accion del hydroamnios de la siguiente manera: distendiendo el uterus excita su contraccion.

Debemos enumerar al lado de esta causa los partos gemelos que se han mirado como una predisposicion á la ruptura de las membranas. Esta causa obraría por el mismo mecanismo que el

hydroamnios, si es verdad que tiene alguna influencia sobre la ruptura precoz.

Los vicios de conformacion de la pelvis predisponen á este accidente? Depaul considera que él ocurre por regla general en todos los casos. Garipuy por medio de la estadística ha llegado á la conclusion que la opinion del Profesor no está justificada. Ha encontrado solo 8 casos sobre 308 de ruptura prematura. Pero Garipuy saca su conclusion sin haber hecho la estadística del número de pelvis estrechas que ha encontrado sobre 2000 partos normales que ha reunido. No hay pues deduccion exacta posible. Por otra parte, podemos oponer á Garipuy la opinion de Hugemberger que concuerda de un modo absoluto con la del eminente profesor francés. Hé aquí el cuadro de Hugemberger: Sobre 8376 embarazos con ruptura normal, 68 pelvis estrechas ó sea 0.8 sobre 2106 embarazos con ruptura prematura, 70 pelvis estrechas ó sea 3.3.

Diremos pues con Depaul y Hugemberger, que los vicios de conformacion de la pelvis son una predisposicion á la pérdida prematura de las aguas y que Garipuy ha caido en una excepcion á causa de no haber observado sino un número limitado de casos.

Hay además otra causa señalada por el mismo autor: es el volúmen considerable del niño. To-

mando niños de 3700 á 4650 gramos, Hugemberger ha llegado al resultado siguiente: Sobre 8507 casos de ruptura á término, 616 niños ó sea 7.3.

Sobre 2106 casos de ruptura prematura, 243 niños, ó sea 11.5. Segun esta cifra, es evidente que los niños voluminosos predisponen á la afeccion que nos ocupa.

Las presentaciones del feto predisponen á la ruptura prematura de las membranas? Depaul mira este accidente como la regla en las presentaciones que no son la cabeza si hay estrechamiento pelviano, y como frecuentes si no existe esta complicacion. Da la siguiente razon de esta frecuencia en los dos casos: la parte fetal tapando de un modo incompleto el orificio, una gran cantidad de líquido se derrama en las partes declives distendiendo las membranas con mas prontitud y energia, lo que da por resultado una ruptura ántes de tiempo.

Interroguemos ahora los hechos y veamos si esta opinion tan autorizada concuerda con ellos.

La estadística de Hugemberger, da razon á Depaul.

Sobre 967 present. de la cabeza, ha habido rupturas prematuras.....	187 ó sea 20	o/o
Sobre 669 present. de la cara, ha habido rupturas prematuras.....	150 ó sea 217.	o/o

Sobre 454 present. de la pelvis, ha habido rupturas prematuras.....	115 ó sea 25,5 %
Sobre 76 present. de las transversas, ha habido rupturas prematuras.....	32 ó sea 48.1 %
Sobre 4 present. de la frente, ha habido rupturas prematuras.....	2 ó sea 50 %

Hemos terminado con las causas predisponentes Agregaremos que las mujeres á medida que se hallan mas próximas al término del embarazo están mas expuestas á la ruptura prematura. Volveremos sobre esta cuestion cuando nos ocupemos del pronóstico.

Entre las causas predisponentes y las causas eficientes, y participando á la vez de ambas, es necesario colocar la contraccion uterina. Cuándo se produce esta contraccion y bajo qué influencia? El útero se contrae no tan sólo en el momento del parto, sino tambien en los primeros meses del embarazo. Estas contracciones indoloras ordinariamente, pasan desapercibidas para la mujer; algunas las sienten refiriendo que el vientre se les endurece por momentos. En otros casos en que no son del todo indoloras, es llamado el médico, pudiéndose constatar entónces que este fenómeno se hace cada vez mas frecuente hácia los últimos meses del embarazo. Tal es la opinion de Cazeaux. Hé aquí como se expresa: «La propiedad contractil del úterus no solo se manifiesta al término del embarazo, se la ve aparecer en los prime-

ros meses estableciéndose una lucha entre el cuerpo y cuello del órgano, que explica con mas frecuencia de lo que se cree la expulsion prematura del producto de la concepcion; pero estas contracciones se multiplican sobre todo en los últimos meses, y si la mayor parte de las mujeres no tienen conciencia de ellas, hay otras que sin comprender su importancia se dan cuenta perfecta del fenómeno. Manifiestan su impresion diciendo que su vientre se pone duro y prominente y que, sin sufrir, esperimentan una sensacion de constriccion y peso hácia el recto; para algunas esto se acompaña de dolor que llama especialmente la atencion lo que las induce á consultar el médico.»

Esta opinion se funda sobre la mas extricta observacion de los hechos. Todo médico que haya tenido ocasion de examinar una mujer embarazada reconocerá su rigurosa exactitud.

Pero esta contraccion uterina existe en todas las mujeres desde los primeros meses del embarazo; sin embargo, no todas las mujeres pierden sus aguas prematuramente. Se podría pues preguntar con un sentimiento de duda bien natural, cómo puede producir la contraccion uterina la ruptura prematura de las membranas? Sin duda la contraccion uterina normal, débil, indolora, no produciria el accidente de que hablamos; de otra manera todas las mujeres perderían sus aguas prematuramente.

Pero la contraccion uterina no siempre es débil y normal pudiendo tomar repentinamente bajo la influencia de causas diversas una intensidad mucho mayor. En efecto, hé aquí lo que dice Cazeaux: «Esta contractilidad puede ser provocada por excitantes naturales, accidentales ó artificiales. Los primeros, son todas las causas del parto; los segundos, los del aborto ó parto prematuro; los últimos en fin, son todas las irritaciones llevadas al cuello del útero, electricidad, cornezuelo de centeno, en una palabra todos los medios que se emplean cuando se quiere tener la deplesion del órgano. Por el contrario, puede ser debilitada por la distencion excesiva de la matriz, una contraccion prolongada por mucho tiempo, las impresiones morales vivas.»

Esta contraccion uterina modificada, exagerada, violenta, es quien puede ser la causa eficiente de la ruptura prematura espontánea de las membranas, que hallándose comprimidas y no pudiendo resistir se rompen. Pasa entónces algo análogo á lo que tiene lugar en el momento del parto.

Estos excitantes de la contraccion uterina son numerosos. Tenemos desde luego el tacto vaginal; los autores lo consideran como capaz de provocarla. Las relaciones sexuales son otra causa del mismo género. Sin embargo, es difícil presentar pruebas en apoyo de esta opinion que se encuentra en los

autores, porque los enfermos gustan poco participarnos sus secretos de alcoba. Garipuy refiere que una mujer le confesó haber perdido las aguas inmediatamente despues de un coito. No puede ménos de admitirse la existencia de esta causa; es un hecho reconocido que las relaciones sexuales despiertan la intensidad de la contraccion uterina, de donde la regla práctica que conviene interdir á una mujer embarazada esas relaciones.

Entre otras muchas causas capaces de aumentar la energía de las contracciones, y traer como consecuencia la ruptura precoz de las membranas del huevo, podríamos citar los esfuerzos de defecacion, los movimientos ejecutados por las piernas para poner en accion ciertas máquinas, como las de coser p. e.; el calor del lecho es considerado por Gueniot como capaz de excitar la contraccion uterina y traer la anomalía de que nos ocupamos. Durican refiere que una señora perdió las aguas durante un acceso de tos.

El estudio de las causas que hemos enumerado, que no son ciertamente las únicas capaces de obrar sobre la contraccion uterina y provocan la ruptura prematura de las membranas, nos basta para ver fundado este principio: que toda causa capaz de exagerar la contraccion uterina puede producir la ruptura prematura de las membranas por medio de una contraccion.

Existen otras causas de naturaleza diferente susceptibles de producir el mismo fenómeno. Son menos frecuentes. Tales son los traumatismos, los golpes, las caidas sobre el vientre, etc; causas todas que obran mecánicamente para romper las membranas comprimiendo súbitamente y con energía el huevo lleno de un líquido incompresible cuya fuerza de expansion hace estallar la membrana que le contiene, en su punto mas débil.

III.

Acabamos de ver cuales son las causas de la ruptura prematura de las membranas. Veamos ahora cuales son los signos por los que se puede reconocer este accidente.

Son numerosos, pero ninguno de ellos es patonogmónico; su conjunto es quien nos permitirá hacer el diagnóstico.

El primer síntoma que demuestra que las membranas se han roto, es el derrame súbito, ya durante el sueño, ya durante el estado de vigilia, de notable cantidad de líquido que sale por las partes genitales, sin que la mujer haya esperimentado ningun dolor.

Si la pérdida del líquido amniótico tiene lugar durante el sueño, las ropas y el lecho de la mujer son inundados; la enferma se despierta, se levanta, creyendo que va á orinar. Si es durante el dia la enferma siente repentinamente al marchar ó en el estado de quietud, un chorro de líquido que se

derrama por sus órganos genitales. No es raro en estos casos, que á causa de la deplesion rápida del vientre las mujeres sientan un malestar indefinible.

La cantidad de líquido no es siempre abundante; hay mujeres que solo pierden algunas gotas. Daremos despues la razon de esta particularidad.

En todos los casos el líquido amniótico presenta caracteres que le son propios,—ya es claro como la serosidad, ya de un color ligeramente citrino ó verdoso, algunas veces se presenta lactecente, mezclado con copos albuminosos de un color gris, amarillento ó negruzco; en fin en algunos casos, en el momento de la ruptura de las membranas está fuertemente coloreado de amarillo por la mezcla de cierta cantidad de meconium, esparciendo un olor análogo al del esperma, Su sabor es ligeramente salado. Segun el análisis de Vaquelin este líquido contiene:

Agua.....	98
Albúmina.....	0.50 de cada uno
Clorhydrato de soda.....	
Fosfato de cal.....	
Cal.....	

Lo general es que el derrame se verifique mas de una vez, y se ha observado hasta al tiempo del parto.

Por las circunstancias inesperadas en que casi siempre tiene lugar este accidente, es difícil

al médico su observacion, teniendo que contentarse con la relacion que hace el enfermo.

Decíamos que en general el derrame tiene lugar mas de una vez; sin embargo, hay casos en que no se renueva. Los autores explican esta anomalía, diciendo que en estos casos la desgarradura de las membranas se verificaría no al nivel del orificio del cuello, sino sobre un punto más ó ménos elevado, y lateralmente. Encajándose la cabeza con mas fuerza en el momento de la deplesion de la bolsa de las aguas, se aplica sobre la abertura que cierra, comprimiendo los bordes contra las paredes uterinas. Esta opinion nos parece la mas racional.

Burns pretende que en estos casos las membranas se cicatrizan — esta opinion es inaceptable.

Al mismo tiempo que el líquido se derrama con los caracteres que hemos indicado, sobreviene un signo que es casi constante; tal es la disminucion de volúmen del vientre, fenómeno que puede ser constatado por el mismo partero si ha visto á la enferma ántes y despues del accidente.

Por la palpacion se puede constatar que el útero contiene una cantidad variable de líquido, siendo siempre menor despues de producida la ruptura. Puede suceder que no contenga cantidad alguna; se citan casos en que en el momento del

parto no contenia una onza. Se siente endurecerse este órgano bajo la mano, y sus contracciones tienen una duracion y energía variables. Introduciendo el dedo en la vagina se puede encontrar el cuello cerrado, y en estos casos no se observa gran cosa, si no es el líquido amniótico que se derrama en la mano.

Estando el cuello abierto se pueden constatar signos importantes. Al través de estos orificios se llega directamente sobre la cabeza, sin encontrar durante la contraccion la bolsa de las aguas que separe el dedo de la parte fetal. Como en el caso anterior, el líquido amniótico se derrama en la mano del partero.

Como último signo diremos que en general no se forma bolsa de las aguas en el momento del parto. Sin embargo, es esta una regla que tiene no pocas excepciones.

Cuáles son las afecciones con las que puede ser confundida la ruptura prematnra de las membranas? Se confundirá un derrame de orina con la pérdida prematura de las aguas? Es imposible. El olor de los dos líquidos y sus caracteres especiales hacen inadmisible toda confusion. Mas difícil es hacer el diagnóstieo con la hydrorrea; sin embargo es posible. En la hydrorrea hay derrame de líquido, el agua puede escaparse en chorro ó gota á gota; el derrame puede tener lugar en

una sola vez, ó bien repetirse á intérvalos de tiempo variables, pero no se acompaña de contracciones uterinas. En estos casos jamas se siente endurecerse el vientre como sucede en la ruptura prematura, Este líquido presenta caracteres particulares, sobre los cuales insiste Depaul, y que sirven para establecer el diagnóstico. El agua que se derrama es ordinariamente amarilla, muy límpida, mancha las ropas esparciendo un olor espermático. Se constata durante el trabajo la presencia de una bolsa de las aguas. Despues del parto fácil es conocer que se trata de la hydrorrea. Se encuentra en el espesor de las membranas una bolsa que contenia el líquido que se ha escapado hácia afuera.

Nada semejante encontramos en los casos de ruptura prematura. Por estos signos fácil es distinguir la hydrorrea de la ruptura de las membranas.

Se ha indicado como susceptible de confundirse con la ruptura prematura ciertos derrames glerosos, á veces bastante abundantes para mojar la ropa de los enfermos. Es necesario un espíritu muy poco atento para cometer semejante error, pues el líquido que se derrama no es ni tan abundante, ni de la misma naturaleza que el líquido amniótico, la mancha que deja en las ropas es distinta y no proviene tampoco de la cavidad uterina. Es inútil decir que la bolsa de las aguas se conserva intacta.

Puede aún ser posible la confusion entre la ruptura prematura y un quiste de la vagina. Desde luego podemos observar que un quiste abierto por la vagina en una mujer embarazada, es un caso relativamente raro, mucho mas raro que la afeccion que nos ocupa. Estas dos afecciones tienen sus caracteres distintos. El líquido del quiste será seroso ó purulento, pero en ningun caso se asemejará al líquido amniótico. Podria derramarse su contenido bajo la forma de chorro y continuarse por varios dias, pero esta pérdida de líquido no coincidirá con la contraccion uterina. La bolsa de las aguas permanecerá intacta y el útero conservará su volúmen aunque el vientre haya perdido el suyo. En fin, si se ha observado al enfermo antes del accidente, se habrá constatado la presencia de un tumor líquido independiente del útero.

Cerraremos aquí el cuadro de afecciones capaces de dar lugar á un error de diagnóstico, y recordemos que no es posible su confusion si se tienen presente los signos de esas afecciones.

Esta anomalia se produce con mas frecuencia en ciertas épocas del embarazo; así se la encuen-

tra con mas generalidad en las personas que están mas próximas al término de la gestacion.

Cuánto tiempo puede permanecer sin parir una mujer despues del derrame de las aguas? El número de horas, dias y aún meses que pueden pasarse hasta la expulsion del feto es muy variable.

Segun Bailly este tiempo está comprendido entre algunas horas y cuatro dias.

Este es el hecho ordinario, pero hay mujeres que pueden qnedar mucho mas tiempo sin parir, despues de la ruptura de las membranas. Excepcionalmente se han visto permanecer hasta quince dias. Tamin cita un caso en que la enferma no parió hasta los 24. Una cliente de Combroel no lo hizo hasta los 22. A veces el embarazo persiste mucho mas tiempo. Se ha visto casos en que han llegado hasta el séptimo mes, y aún hasta término, habiéndose derramado las aguas.

Observacion I. (Bailly.)

Ruptura espontánea de las membranas á los cuatro meses del embarazo, parto natural á los siete meses y dias—presentacion de nalgas.

Mad. X..., veinte y ocho años de edad, padece desde algunos años de una insuficiencia mitral que produce un ruido de soplo en la base del

corazon. Es una mujer delicada, de extrema flacura, se fatiga al menor ejercicio, no tiene sin embargo edema de los miembros, las funciones digestivas son regulares.

En este estado vió aparecer sus reglas por última vez del 20 al 25 de Junio, no tardando en manifestarse los otros síntomas del embarazo.

El 13 de Noviembre, estando entregada á sus ocupaciones, perdió súbitamente cierta cantidad de líquido por la vulva. He hecho precisar con cuidado esta circunstancia; al mismo tiempo el vientre que empezaba á desarrollarse bajó de un modo sensible y rápido. Puesto en conocimiento de estos hechos creí un deber advertir á Mad. X. que las aguas que acababa de perder eran las del niño y que en consecuencia era probable un aborto mas ó menos próximo. Por toda prescripcion aconsejé el reposo. Apesar de la inmovilidad de la enferma persistió durante algunos dias una trasudacion serosa, la que no tardó en disminuir, habiendo cesado de un modo casi completo al cabo de quince dias.

El quince de Diciembre, es decir, mas de un mes despues del accidente, el vientre habia vuelto á su primitivo estado, habia aumentado y Mad. X. sentia los movimientos del feto. Como la salud no se alterase en tanto que la enferma estaba entregada á la reclusion, le permití abandonar su

aposento y hacer algunos paseos. Segura de la persistencia del embarazo Mad. X. esperaba que éste se terminara felizmente, sorprendiéndose de mis dudas al respecto. Al principio del mes de Enero el vientre habia aumentado sensiblemente, aumentando al cabo de doce dias el derrame seroso durante la noche. Mad. X. no habia experimentado pérdida copiosa análoga á la del 13 de Noviembre, pero una trasudacion contínua impregnaba sus ropas sin dejar señales.

El mes de Enero y el principio de Febrero pasaron sin otro accidente digno de ser mencionado. La trasudacion copiosa disminuyó durante algunos dias para reaparecer en seguida sin causa apreciable; la salud de la madre no parecia comprometerse. El primero de Febrero, Mad. X sintió los primeros dolores del parto, los que se declararon espontáneamente, pues ninguna causa exterior habia podido provocarlos, fueron débiles y tardios durante el 18 de Febrero, acentuándose en la segunda mitad de la noche siguiente. A las cuatro de la mañana del dia 19 alcanzaba la parte fetal que hasta ese momento se habia sustraido al dedo, era una nalga en posicion sacro iliaca izquierda anterior.

A las nueve y cuarto terminó el desprendimiento de un niño que llevaba siete meses y algunas horas de vida intra uterina. Es un niño

raquítico, y á pesar de los cuidados que se le prodigaron sucumbió al cabo de 18 horas. La bolsa de las aguas no ha podido descubrirse en ningun momento á pesar de haber sido buscada con cuidado y frecuencia.

No obstante la enfermedad al corazon, Mad. X habia sufrido bastante bien las fatigas de su parto, sin embargo al fin del trabajo, la alteracion de la circulacion y la dificultad respiratoria habian aumentado, traduciéndose hácia afuera por la coloracion de la cara y una traspiracion abundante que humedecia todo el cuerpo. Creo que este desórden funcional no habria podido prolongarse sin poner en peligro la vida de la enferma. Una adherencia parcial de la placenta me obligó á hacer el alumbramiento artificial cincuenta minutos despues del parto. Apesar de todo, el puerperio fué regular, y Mad. X se ha restablecido conservando sí un aumento de su opresion y malestar, que parecian ligados á una ligera agravacion de la enfermedad del corazon.

He aquí otra observacion verdaderamente notable por el tiempo que ha trascurrido entre la pérdida de las aguas y el parto, es debida á Bradley. La ruptura ha tenido lugar seis semanas antes del alumbramiento.

Observacion II. (Bradley.)

El dos de Octubre fuí llamado para ver á Mad. X. Encontré las membranas rotas, el orificio uterino del tamaño de un chelin, y una presentacion de la cabeza. Los dolores se repetian á intervalos de diez minutos, acompañándose cada vez de un derrame de líquido amniótico. Mad. X. habia tenido ya diez hijos, y todos sus partos habian sido perfectamente naturales. Ella creia que habia llegado al término de la gestacion y que empezaba el trabajo. Durante una hora no ha habido adelanto alguno; por la tarde la enferma no presentaba dolor ni signo alguno de trabajo, el abdómen estaba mas pequeño.

Este estado persistió así durante seis semanas; el vientre se desarrollaba, y despues de haber adquirido cierto volúmen, volvian los dolores periódicos á los que se seguia un abundante derrame de líquido. A mas de estos derrames ocasionales habia una trasudacion persistente. En fin, el 15 de Noviembre empezaron los verdaderos dolores y en ménos de una hora dió á luz un niño.

Esta observacion es notable no sólo por el largo tiempo que ha mediado entre la pérdida de las aguas y el parto, sino tambien porque en el momento de las ruptura de las membranas ha

habido un principio de trabajo que se ha detenido, lo que prueba que las membranas se han desgarrado de un modo cierto bajo la influencia de la contraccion uterina, y que el trabajo empezado puede suspenderse.

Observacion III. (Petel.)

Teresa Norrain de 39 años de edad, bien constituida, no veia sus reglas hacia cuatro meses y medio, cuando hácia fines de Setiembre perdió por la vagina tres litros de una agua límpida. Esperimentó dolores comparables á los de sus tres primeros partos, y desde ese momento ha continuado perdiendo, tanto en el dia como durante la noche, una cantidad de líquido que avalúa en dos ó tres litros por cada dos horas, cantidad mucho mayor que la que tomaba en las comidas. Esta agua se escapaba sin dolor y sin que pudiera detenerla.

Su vientre no aumentaba sensiblemente, el peloteo no podia percibirse. El cinco de Febrero Teresa fué atacada de dolores mas fuertes, perdiendo sus aguas como de costumbre, mezcladas con un poco de sangre; al siguiente dia dió á luz un niño muy pequeño cuyos miembros estaban aplicados fuertemente sobre el cuerpo y cubiertos de un barniz sebáceo muy espeso. La cabeza se

presentaba en primera posicion; algunos dolores han sido bastante violentos, y las membranas de la placenta estaban desgarradas por la mitad.

Observacion IV. (Raukius.)

En una señora examinada por Raukius, se habia verificado la ruptura de las membranas y el derrame del líquido amniótico sin esperimentar dolor; el médico atribuyó este accidente á una caida grave sufrida por la enferma dos dias antes, y creyó que el parto iba á terminarse. Al siguiente dia no sobrevenia indicio alguno de trabajo, se dieron treinta gotas de tintura de opio y se prescribió la posicion horizontal. Las aguas continuaron derramándose durante cuarenta y cinco dias sin interrupcion, siendo mas abundantes durante la tos y el estornudo; una disnea que en los embarazos anteriores habia necesitado sangrias repetidas, desapareció una vez iniciado el derrame. El parto tuvo lugar á término, sin formacion de la bolsa de las aguas, ni al principio ni en ninguna otra época. El niño, muy débil, murió momentos ántes de nacer.

Podriamos multiplicar estas observaciones que no son raras; pero consideramos que las que hemos apuntado bastan para establecer de una manera

incontestable que la pérdida de las aguas puede tener lugar prematuramente, continuando su curso al embarazo durante semanas, meses y aun llegar á término. Blautin tenía pues razon al decir que la ruptura prematura de las membranas no trae de una manera infalible el aborto; sin embargo siempre se le debe temer. Mad. Boivin señala este peligro como lo hemos dicho mas arriba. Es por lo demas un hecho conocido de todos los parteros.

Pero no es sólo en los últimos meses del embarazo que la ruptura puede traer el aborto. Charpentier ha demostrado con observaciones que la ruptura prematura espontánea puede tener lugar ántes del tercer mes del embarazo. Jaquemier y Cazeaux admiten la posibilidad de la ruptura del huevo en los dos primeros meses del embarazo. Hé aquí lo que dice Cazeaux: En el primero y segundo mes el huevo generalmente es expulsado entero. Luego puede romperse en esta época.

Cómo el embarazo puede persistir tanto tiempo despues del derrame del líquido amniótico? Veamos la explicacion dada por Duncan. Me parece probable, dice, que en los casos ordinarios de ruptura de las membranas y derrame del líquido amniótico, en los cuales el trabajo no se sigue inmediatamente ó en el espacio de algunas horas, el retardo persista hasta la evacuacion completa del uterus, ó en otros términos hasta que el uterus se halle en

contacto inmediato con el feto, el que lo excita por su superficie resistente y tal vez por sus movimientos. Pero qué responde la teoría de Duncan á los hechos que la contradicen? Con ella es imposible explicar los casos en que no queda una onza de líquido en el uterus y el parto se hace esperar largo tiempo, y por otra parte estando contenida una gran cantidad de líquido en el uterus se forma la bolsa de las aguas en el momento mismo del parto, verificándose éste inmediatamente despues de la ruptura de las membranas. La hipotesis de Duncan no dá la verdadera explicacion de este retardo que conoceremos mas adelante.

IV.

El pronóstico comprende dos puntos: la influencia de la ruptura prematura de las membranas sobre la salud de la madre y sobre la del feto. Si éste no ha llegado á término corre el peligro de nacer antes de ser viable. En cuanto á la madre se halla expuesta á los peligros de un aborto. Cuando la ruptura tiene lugar á partir del sexto mes aproximando al término de la gestacion, es muy poco ó ninguno el peligro que corre el feto. En las presentaciones de vértice como en las de nalgas, la ruptura prematura no ejerce ninguna influencia funesta sobre el feto, no asi en las pelvis estrechadas, en estos casos la mortalidad está considerablemente aumentada. Todos los autores están de acuerdo en reconocer que las presentaciones de espalda ponen en peligro la vida del niño, á causa de que no se puede intervenir en tiempo oportuno.

Veamos las observaciones de Hugemberger.

Sobre 8 507 niños con ruptura á término, 548 han nacido muertos, ó sea 6, 4 por ciento

Sobre 2 006 con ruptura prematura, 151 han nacido muertos, ó sea 7 por ciento.

Segun esto la frecuencia de la muerte sería mucho mayor para los niños que han nacido en el caso de ruptura prematura.

Hugemberger entra en un gran número de detalles que nos parece inútil reproducir. Así prueba que en las primiparas la mortalidad es la misma en los dos casos, miéntras que es un poco mayor en los casos de ruptura precoz en las multiparas. Despues de esto podemos decir que los peligros de asfixia, de compresion posible del cordon, no son mas frecuentes que en los casos ordinarios siendo igual la presentacion. Por el contrario; cuando hay estrechamiento de la pelvis ó que la presentacion es de espalda ó de cara se pueden temer estas complicaciones.

Hugemberger establece con hechos que la procidencia del cordon es un accidente que puede amenazar la existencia del niño en los casos de ruptura prematura. Sobre 8 376 casos de ruptura á término ha encontrado 41 de procidencia del cordon ó sea 0.50 %. Sobre 2 106 casos de ruptura precoz ha encontrado 28 de procidencia ó sea 1, 6 %. Segun esto no puede dudarse que la ruptura precoz predispone á este accidente.

La pérdida prematura de las aguas predispondrá tambien á la procidencia de los miembros? Segun Hugemberger con mas frecuencia que á la del cordon. Sobre 8 376 casos de ruptura á término, 147 con procidencia de los miembros ó sea 1, 7 %. Sobre 2 106 casos de ruptura prematura, 41 con procidencia ó sea 2 %.

La mujer cuyo líquido amniótico se ha derramado prematuramente corre mas peligros que el niño? Talvez no. Hablamos bien entendido en los casos en que la presentacion es de nalgas ó de vértice, pues sería distinto si se tratase de una presentacion de hombro, por ejemplo, ó de pelvis estrecha. En estos casos la mujer está mucho mas expuesta que en el parto normal, puesto que este accidente puede impedir la intervencion con tiempo útil para hacer la operacion que reclama su estado.

Hugemberger crée como Mad. Lachapelle, que la hemorragia es mas frecuente cuando ha habido ruptura prematura de las membranas.

He aquí el resultado de sus experiencias: Sobre 8 376 partos con ruptura á término 236, ó sea 2, 8 %. Sobre 2 106 partos con ruptura prematura 83 ó sea 3, 9 %.

Rechaza tambien el mismo autor que las afecciones puerperales ataquen con preferencia á las mujeres que han perdido sus aguas prematuramente fundándose siempre en la estadística. Sobre 8 376

partos con ruptura á término, 1 352 ó sea 16, 1 %; muertos 206 ó sea 2, 5. Sobre 2 016 partos con ruptura prematura, 334 ó sea 15, 9 %; muertos 55 ó sea 2,6.

Hugemberger señala otro inconveniente que se presenta en la ruptura prematura de las membranas: la mayor intensidad de los dolores.

En las presentaciones del vértice ó de nalgas, el trabajo se halla activado y no retardado como se creia. De ahí la práctica generalmente adoptada hoy de romper las membranas para abreviar el trabajo cuando la mujer está exenta de vicios de conformacion y que la parte fetal puede venir á reemplazarlo. Hay costumbre de no romper la bolsa de las aguas sino cuando la dilatacion ya ha empezado. Sin duda es con el objeto de evitar á la mujer los dolores que le causaria la dilatacion del cuello por la parte fetal. En efecto, la dilatacion no parece retardada por la ruptura prematura de las membranas. Por el contrario, el trabajo se hace laborioso cuando hay un vicio de conformacion.

V.

Para concluir este trabajo nos ocuparemos del tratamiento de este estado patológico, contra el cual muy poco ó casi nada puede hacer el médico, limitándose puramente á llenar indicaciones racionales, pues es imposible por la naturaleza y modo como esta afeccion se produce, llegar á impedirla, lo cual sería su curacion, salvo casos muy excepcionales.

Qué debe hacerse sin embargo ante una mujer que acaba de perder sus aguas? Se la colocará en una posicion tal que se derrame la menor cantidad de líquido que sea posible. Esta precaucion es útil en todos los casos, y mas cuando se trata de una posicion viciosa del niño, pues así se lograria mantener en el úterus una cantidad de líquido suficiente para facilitar la version. Si como sucede en los vicios de conformacion de la

pelvis, la dilatacion se hace esperar durante el trabajo, es necesario acelerarla siguiendo para ello las reglas que nos dan los autores.

Vº. Bº.
C. Aguirre.

PROPOSICIONES ACCESORIAS.

Histología.—El cristalino y el humor vítreo no son otra cosa que sustancia conjuntiva.

Anatomía descriptiva y topográfica.—Cuáles son los órganos que forman el periné. Region geniana.

Fisiología.—Fenómenos químicos de la contraccion muscular.

Materia médica y Terapéutica.—Antimoniales.

Patología general.—En qué casos se observa el pulso venoso.

Patología externa.—Lesiones producidas por el frio.

Anatomía patológica.—En la fiebre tifóidea qué trabajo patológico se pasa en las placas de Peyer?

Nosografía médica.—La coqueluche es contagiosa ó infecciosa?

Clínica médica.—Las diversas formas de la fiebre tifóidea modifican su terapéutica.

Medicina legal y Toxicología.—Son útiles los expertos en las cuestiones de Medicina legal y Toxicología; ó puede cualquier médico actuar como experto?

Obstetricia.—Distosia dependiente del cuello uterino.