Año 1908 **Núm. 1759**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSIDERACIONES SOBRE ALGUNOS CASOS DE ECLAMPSIA PUERPERAL Y SU TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

GRACIANO PÉREZ

Practicante interno del Hospital Español (1904-1905)—Interno del Sanatorio Modelo (1906-1907)

LAS CIENCIAS
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE NICOLÁS MARANA
646—AVENIDA DE MAYO—646
BUENOS AIRES
1908

CONSIDERACIONES SOBRE ALGUNOS CASOS DE ECLAMPSIA PUERPERAL

Y SU TRATAMIENTO

Año 1908 **Núm. 1759**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSIDERACIONES SOBRE ALGUNOS CASOS DE ECLAMPSIA PUERPERAL Y SU TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

GRACIANO PÉREZ

Practicante interno del Hospital Español (1904-1905)—Interno del Sanatorio Modelo (1906 - 1907)

LAS CIENCIAS
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE NICOLÁS MARANA
646—AVENIDA DE MAYO—646
BUENOS AIRES
1908

—La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tesis.

(Art. 162 del Reglamento General).

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

Dr. D. Elíseo Cantón.

Vicedecano

Dr. D. José Penna.

Consejeros

Dr. D. Eufemio Uballes (con lic.)
» » Pedro N. Arata.
» » Pedro Lagleyze (con lic.).
» » José Penna.
» » Luis Güemes.
» » Eliseo Cantón.
» » Enrique Bazterrica.
» » Antonio C. Gandolfo.
» » José M. Ramos Mejía.
» » Juan A. Boeri (suplente).
» » Baldomero Sommer.
» » G. Araoz Alfaro.
» » José R. Semprún.
» » Abel Ayerza.
» » Jaime R. Costa.
» » J. Manuel Irizar.

Secretarios

Dr. D. Ricardo S. Gómez (Escuela de Medicina).
Dr. D. Jonás Larguía (Consejo Directivo).

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología médica	Doctor Pedro Lacavera
Física médica	» Jaime R. Costa
Química médica	» Atanasio Quiroga
Botánica médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología	» Rodolfo de Gainza
Anatomía descriptiva	» Joaquín López Figueroa
Anatomía descriptiva	» José Arce (interino)
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Aráoz Alfaro
Anatomía topográfica	» Juvencio Z. Arce
Fisiología general y humana	» Horacio G. Piñero
Anatomía patológica	» Telémaco Susini
Bacteriología	» Carlos Malbrán
Higiene pública y privada	» Ricardo Schatz
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma
Patología externa	» Obdulio Hernández
Medicina operatoria	» Leandro Valle
Clínica Ginecológica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica	» Eduardo Obejero
» Dermatológica y sifilográfica	» Baldomero Sommer
» Epidemiológica	» José Penna
» Quirúrgica	» Pascual Palma
» Neurológica	» José M. Ramos Mejía
» Médica	» Luís Güemes
» Médica	» Francisco A. Sicardi
» Oftalmológica	» Pedro Lagleyze (con lic.)
Patología interna	» Marcial V. Quiroga
Medicina legal	» Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	» Antonio Gandolfo
» Médica	» Ignacio Allende
» Obstétrica	» Samuel Molina
Toxicología experimental	» Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	» Angel M. Centeno
Clínica Médica	» Abel Ayerza
» Génito urinarias	» Pedro Benedit
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Diógenes Decoud
» Obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS EXTRAORDINARIOS
Anatomía Patológica	Doctor José Badía
Clínica Ginecológica	» Alfredo Lagarde » José F. Molinari
Clínica Oftalmológica	» Teófilo A. Moret
Clínica Quirúrgica	» Daniel J. Cranwell » Avelino Gutiérrez
Clínica Dermatológica y Sifilográfica	» Maximiliano Aberastury
Clínica Neurológica	» José A. Esteves » José R. Semprún
Clínica Psiquiátrica	» Benjamín T. Solari
Clínica Pediátrica	» Antonio F. Piñero
Medicina Legal	» Domingo S. Cavia
Física Médica	» Juan J. Galiano

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Zoología Médica	Dr.	D. Greenway
Física Médica	»	Vacante
Química Médica	»	Vacante
Botánica Médica	»	Rodolfo Enriquez
Química aplicada á la Medicina	»	Vacante
Histología	»	Julio G. Fernández Alois Bachmann
Anatomía Descriptiva	»	Vacante
Anatomía Descriptiva	»	Vacante
Semiología y ejercicios clínicos	»	Vacante
Anatomía Topográfica	»	Vacante
Fisiología General y Humana	»	Vacante
Anatomía Patológica	»	Vacante
Bacteriología	»	Juan Carlos Delfino Leopoldo Uriarte
Higiene Pública y Privada	»	Felipe Justo
Materia Médica y Terapéutica	»	Vacante
Medicina Operatoria	»	Vacante
Clínica Ginecológica	»	Vacante
» Oto-rino-laringológica	»	Eliseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	»	Vacante
Patología externa	»	Carlos Robertson Ricardo S. Gómez
Patología interna	»	Vacante
Clínica Oftalmológica	»	Enrique Demaría
» Epidemiológica	»	Vacante
» Quirúrgica	»	Francisco Llobet Marcelo Viñas Marcelino Herrera Vegas José Arce
» Neurológica	»	Mariano Alurralde
Medicina Legal	»	Pedro Barbieri
Clínica Médica	»	Patricio Fleming Ricardo Colón Luis Agote
Clínica Obstétrica	»	Enrique A. Pardo Enrique Zárate Alberto Peralta Ramos Arturo Enriquez
Toxicología Experimental	»	Vacante
Clínica Pediátrica	»	Manuel A. Santas Mamerto Acuña
» Génito-urinaria	»	Bernardino Maraini
» Psiquiátrica	»	José T. Borda

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES	
Zoología general; Anatomía y Fisiología comparadas	Dr.	Angel T. Gallardo
Botánica y Mineralogía	»	Adolfo Mujica
Química inorgánica aplicada	»	Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada	»	Francisco Barraza
Farmacognosia y Posología razonadas	»	Juan A. Boeri
Física farmacéutica	»	Julio J. Gatti
Química analítica y Toxicológica (primer curso)	»	Francisco P. Lavalle
Técnica farmacéutica	»	J. Manuel Irizar
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y Ensayo y determinación de drogas	»	Francisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	»	Ricardo Schatz

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS	
Zoología general; Anatomía y Fisiología comparadas	»	Vacante
Botánica y Mineralogía	»	Vacante
Química inorgánica aplicada	»	Vacante
Química orgánica aplicada	»	Vacante
Farmacognosia y Posología razonadas	»	Sr. Juan A. Domínguez
Física farmacéutica	»	Vacante
Química analítica y toxicológica (primer curso)	»	Vacante
Técnica farmacéutica	»	Vacante
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y Ensayo y determinación de drogas	»	Vacante
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	»	Vacante

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Parto fisiológico y clínica obstétrica Parto distócico y clínica obstétrica	Dr. Fanor Velarde

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Parto fisiológico y clínica obstétrica Parto distócico y clínica obstétrica	Dr. Miguel Z. O'Farrell Vacante

---

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES	
Anatomía, Fisiología, Patología	Dr.	León Pereyra
Cirugía protética, Higiene, Materia médica y Terapéutica dentarias, Medicina legal	»	N. Etchepareborda (con lic.)

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Anatomía, Fisiología, Patología	Vacante
Cirugía protética, Higiene, Materia médica y Terapéutica dentarias, Medicina legal	Vacante

PADRINO DE TESIS

SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSEJERO PROFESOR

DOCTOR ELISEO CANTÓN

A la memoria del eminente estadista

y eximio hombre público

Doctor D. CARLOS PELLEGRINI

A MIS PADRES

A MIS HERMANOS

Al Doctor ÆRNESTO PÆLLÆGRINI

A quien tanto debo, Gratitud

A la memoria del

Doctor FLORENCIO ALBAREDA

Señores Concejeros:

Señores Profesores:

Presento á vuestra indulgente consideración este humilde trabajo sobre una afección que tanto perturba la tranquilidad de los hogares.

Para mayor claridad he dividido mi estudio en varios capítulos, seguidos de las conclusiones que creo más importantes y de las observaciones hechas en la Clínica Obstétrica á cargo del distinguido profesor doctor Cantón.

Con grato placer aprovecho esta oportunidad para hacer pública manifestación del profundo agradecimiento á los profesores de nuestra escuela, y á los que á la cabecera del enfermo han contribuido á inculcarme la suma de conocimientos de esta rama de la ciencia.

Al Dr. Elíseo Cantón, que me dispensa el honor de acompañarme en el presente acto, las seguridades de mi sincera gratitud.

I

CONSIDERACIONES SOBRE ALGUNOS CASOS DE ECLAMPSIA PUERPERAL

Definición. — La palabra eclámpsia, según el griego, significa resplandecer, brillar, estallar, hacer explosión.

Se la designa también con el nombre de convulsiones puerperales, epilépsia aguda, espasmos renales, encefalopatía, urémica ó albuminúrica, distocia epiléptica, convulsiones puerperales, etc. Estos nombres han sido aplicados según el síntoma más saliente que al presentarse el acceso observaban (Hipócrates, Galeno, Wils, Baudelocque, Mauriceaux, Deventer, Astur). Hipócrates empleaba la palabra eclámpsia para explicar el brillo de los ojos, que marca el comienzo de esta afección, la rotación de los ojos y múltiples contracciones á que están sujetos los músculos de la cara. Baudelocque admitía tres formas: tetánica, epiléptica, cataléptica.

Velpeau, Mme. Lachapelle, Desormeaux, encuentran inútil denominar con distinto nombre una afección que depende de una misma causa y que califican de eclámpsia.

Moneret, la llamaba epilépsia puerperal; Cullen, creía que se trataba de una epilépsia simpática, y Tissot, de una epilépsia accidental. Vogel y Merrimann la consideraban de una epilépsia aguda. Sauveges, en 1772, hizo una descripción más clara de las otras convulsiones, llamando la eclámpsia parturientum.

Dervis, distingue las convulsiones de esta afección de las convulsiones tetánicas, catalépticas, histéricas, epilépticas, apopléticas y coreicas.

Mauriceaux decía: «que las convulsiones se producen en las mujeres en trabajo, por una de estas tres causas: ó por abundancia de sangre calentada por la agitación del parto, ó en razón de la gran cantidad que se evacuaba por pérdida de sangre, ó bien en los primeros partos, á causa del gran dolor que la matriz, que es toda nerviosa, sufre debido á la extrema distensión que hace el niño y cuyos dolores se comunican al cerebro con la sangre calentada».

Hasta mediados del siglo XVIII, los autores no veían en la eclámpsia sino una afección nerviosa «sine materia», en la cual la debilidad era el punto dominante.

La anemia provocaba la crisis y causaba en la mujer las mismas convulsiones clónicas, que Hales provocaba experimentalmente sobre animales á los cuales practicaba sangrías considerables.

En 1818, Blackall y Weels, señalan la albuminúria de las mujeres en cinta; en 1848, Rager demostró la influencia de esta afección en la salud de la madre y del niño. En 1849, Lever y Simpson, casi al mismo tiempo, revelan que la albúmina se encuentra en la mayor parte de las eclámpticas y que dependía de una lesión renal.

Como se ve, desde Hipócrates hasta nuestros tiempos los autores se han ocupado de la verdadera causa de esta afección, y aunque hay trabajos que merecen toda la buena fe, puesto que ellos están basados en la experimentación y el microscopio, todavía las opiniones se encuentran, lo que pone de testimonio cuan compleja es la afección que han denominado eclámpsia y cuan difícil es darle una definición.

Auvard, define la eclámpsia, enfermedad caracterizada por una sucesión de accesos convulsivos, análogos á los de la epilépsia y del gran histerismo, que sobrevienen en un período variable del puerperio, con más frecuencia en la proximidad del parto. Casamayor: es un sindroma clínico con manifestaciones convulsivas graves, pareciendo ligada á una autointoxicación por defecto de eliminación.

E. Littré: afección convulsiva muy á menudo ligada á una alteración albuminúrica y urémica que se observa en la infancia (convulsiones de los niños), en el adulto (urémica) ó durante el puerperio.

Delore y Lutaud: se designa bajo el nombre de convulsiones puerperales ó de eclámpsia, accesos convulsivos, que pueden producirse sea durante la preñez, sea inmediatamente, antes ó después del alumbramiento.

Para A. Charpentier, es una enfermedad aguda, sobrevenida durante el embarazo, el trabajo ó después del parto, y caracterizada por una serie de convulsiones tónicas y clónicas, afectando primero los músculos voluntarios, extendiéndose después á los músculos de la vida vejetativa, acompañada de la pérdida completa de las facultades intelectuales, y terminándose por un período de coma ó de estupor, seguido de curación ó de muerte.

Bar la define, diciendo, que bajo el nombre de eclámpsia puerperal, se entiende una afección observada durante la preñez, durante el parto, más raramente después del alumbramiento, y caracterizada por accesos convulsivos, lo más frecuente á repetición, seguido de un estado comatoso de intensidad y duración variables. Este autor sigue diciendo que el estado convulsivo es la manifestación de una acumulación de sustancias tóxicas en el organismo.

Por las definiciones mencionadas, se observa que todas ellas están más ó menos contestes al considerar los síntomas clínicos, divergiendo en la causa de esta enfermedad.

Pinard, en el año 1893, se ha manifestado contra la expresión de eclámpsia puerperal, por cuanto por este nombre hace creer que se trata de una enfermedad bien caracterizada; él prefiere la denominación de accesos eclámpticos, especificando que estos accesos no son otra cosa que una de las manifestaciones de la autointoxicación gravídica.

II

FRECUENCIA

Numerosas estadísticas han sido publicadas para establecer la frecuencia de la eclámpsia puerperal. Como fácil es preverlo, no concuerdan entre ellas, y esta discordancia estriba en la forma que ellas han sido levantadas. Las que provienen de servicios hospitalarios, no reproducen la frecuencia exacta de esta afección; muchas veces, por no decir casi siempre, las enfermas son llevadas á los hospitales cuando han sufrido uno ó dos ataques de eclámpsia. Este hecho se ha puesto en evidencia durante el transcurso del año 1907 en la Clínica del profesor doctor Cantón.

Otras mueren sin asistencia médica; atribuyen la causa de la muerte á cualquiera otra afección que se relaciona con su estado de embarazo.

Las siguientes estadísticas atestiguan cuan variable es esta frecuencia.

Así:

Cazeaux, 1 caso para 100 partos.

Churchill, 1 caso para 618 partos.
May, 1 caso para 50 partos.
Jacoud, 1 caso para 200 partos.
Bailly, 1 caso para 340 partos.
Bar, 1 caso para 233 partos.

Mas recientemente, Budin tiene dado la proporción de 1 caso de eclámpsia para 137 partos, lo que demuestra una proporción superior; puede ser que ello sea debido al concepto actual favorable que se tiene de los hospitales.

MATERNIDAD DEL HOSPITAL SAN ROQUE

Durante el curso del año 1907, que he concurrido á esta Clínica, he tenido ocasión de observar 12 eclámpticas sobre un total de 828 ingresadas á la maternidad, ó sea un caso para 69. Hay quien acepta que la eclámpsia sería tanto más frecuente á medida que se aproxima más hacia el Ecuador. Mahy, opina que es más frecuente en las clases acomodadas y en la raza negra.

¿En qué época es más frecuente la eclámpsia, durante el embarazo, el trabajo ó el puerperio? Muchos admiten como orden de frecuencia trabajo, puerperio, embarazo. Bailly la admite en la forma siguiente: embarazo, trabajo, puerperio. Tarnier, dice que es más frecuente durante el embarazo. Bar, dice que con más frecuencia este sindroma aparece durante la preñez; más raro después del alumbramiento.

Analizando bien los hechos, vemos que Bailly, Tarnier y Bar están en lo cierto; en efecto, supongamos una mujer embarazada de 8 meses, presentando todos los prodromos de la eclámpsia, entra en trabajo, y es recién en este momento que se presentan las convulsiones; es evidente que este accidente no debe atribuirse al trabajo, correspondiendo al embarazo. Al respecto, Pinard hace esta corrección sobre 50 casos de eclámpsia: él tiene observado 27 casos durante la preñez, 15 durante el trabajo, 8 después del parto.

¿En qué época del trabajo sobreviene de preferencia la eclámpsia?

Según Tyler Smith, ésta sería en el período de expulsión; la estadística de Pinard muestra que en 13 casos sobre 15, la mujer se encontraba en período de dilatación.

La mujer está particularmente expuesta á la eclámpsia en los dos últimos meses de la preñez.

En 48 casos de eclámpsia en el hospital de Saint-Louis, el profesor Bar ha observado:

2 casos al sexto mes.
1 casos al sexto y medio mes.
8 casos al séptimo mes.
3 casos al séptimo y medio mes.
10 casos al octavo mes.
4 casos al octavo y medio mes.
20 casos al noveno mes.

En los 12 casos de eclámpsia observados en la Maternidad del Hospital San Roque, durante el curso 1907, y el caso descrito en la historia número 1 de la clientela particular del doctor Cantón, tenemos:

1 casos al séptimo mes.
3 casos al octavo mes.
1 casos al octavo y medio mes.
8 casos al noveno mes.

Coinciden, pues, las observaciones del profesor Bar y los observados en la Clínica del Dr. Cantón, en que los accesos eclámpticos se manifiestan en los dos últimos meses del embarazo.

La aparición de la eclámpsia antes del sexto mes es rara; y se citan como absolutamente excepcional las observaciones de Dauyau, Bach, Morel, quienes citan casos en el transcurso de los primeros meses.

Las crísis eclámpticas que se observan en el puerperio, son comúnmente continuación de las observadas durante el embarazo ó en el trabajo; sin embargo, ellas pueden aparecer inmediatamente después del alumbramiento ó en las primeras horas que le siguen; á veces á los 8 días.

Si bien es cierto que la aparición de las crísis eclámpticas obedecen á múltiples causas, es muy digno de tenerse presente que las embarazadas ingresadas á la Maternidad del Hospital San Roque en los dos meses últimos del embarazo, durante los años 1906 y 1907, no ha habido ningún caso de eclámpsia;

esto es debido á la vigilancia que se efectúa de la marcha regular del organismo de estas enfermas; examinando cada tantos días sus orinas, sus trastornos nerviosos, los vómitos, dolores de cabeza, dolor en el epigastrio y el estado de la visión, síntoma importe, por cuanto él se manifiesta en casi todas las eclámpticas, viéndose con satisfacción confirmar la ley de Tarnier, que dice: «Toda albuminúrica que ha podido seguir durante 8 días consecutivos, el régimen lácteo absoluto, no tendrá accesos de eclámpsia».

CAUSAS DETERMINANTES Y PREDISPONENTES

La causa predisponente más importante de la eclámpsia es: 1ª la albuminúria que viene anunciada por sus síntomas comunes, edemas, cefalalgias, dispnea, etc., se la reconoce por el examen de la orina, del cual no se debe jamás prescindir en presencia de estos síntomas.

La albúmina en las orinas de la mujer embarazada constituye una amenaza, que por falta de hacerse consultar y ponerse á régimen, son víctimas de su negligencia, ó quizá más bien, por desconocer el peligro que las asedia. La frecuencia de la albuminuria es aproximadamente:

Durante el embarazo, 1 por 10.

Durante el parto, 20 por 100.

Durante el puerperio, frecuencia indeterminada (Auvard).

De 35 mujeres albuminúricas se encuentra 1 eclámptica, lo que produce un total de 1 albuminúrica para 350 embarazadas.

Lintzmann ha encontrado 37 albuminúricas sobre un total de 131 mujeres embarazadas, de éstas 37,26 eran primigestas.

La relación que existe entre la presencia de la albúmina y los accesos de eclámpsia, es admitida hoy por todos los autores; de aquí la proposición que se puede establecer:

Si todas las albuminúricas no se vuelven eclámpticas, casi todas las eclámpticas son albuminúricas.

La edad—Es más común observar los accesos de eclámpsia entre los 20 á 30 años.

La primiparidad—Auvard hace un promedio de cuatro primíparas por una multípara.

En la Maternidad del profesor Cantón del Hospital San Roque, de los 12 casos de la clínica obstétrica y un caso de la clientela particular, resulta cuatro multíparas y nueve primíparas.

La causa de mayor frecuencia en las primíparas no está bien establecida, pero parece que se debe al aumento en frecuencia de albuminúria.

Charpentier dice que parece que un primer ataque de eclámpsia no predispone para la misma enfermedad en los partos venideros. Apesar de esto, numerosos ejemplos de repetición han sido observados por

los autores. Rambothan observó la reproducción en 14 partos de una misma mujer.

Se comprenderá fácilmente su reproducción si se tiene en cuenta la estrecha relación de la albuminúria y de la eclámpsia; la presencia de la albuminúria, obedeciendo tal vez á una lesión renal y persistente, traerá en los partos subsiguientes las mismas manifestaciones y producirán la misma enfermedad.

La herencia, según algunos autores, desempeña alguna influencia en la producción de la eclámpsia.

Elliot cita un caso: Una mujer que murió de eclámpsia después de haber tenido cuatro hijos; tres murieron de esta enfermedad; la cuarta fué eclámptica, pero curó.

Esta influencia hereditaria puede explicarse si se admite que las neurapatías predisponen á la eclámpsia.

El hidramnios—también ha sido considerado como causa de la eclámpsia.

La Gemelaridad—Es una causa predisponente. Goldsberg, ha constatado la proporción de un 5 por 100 de las preñeces gemelares, afectadas de eclámpsia.

Clément en la Clínica de Baudelocque, ha observado para 14 eclámpticas, 1 caso gemelar. Wiger, de sus observaciones resulta: en 13 casos de eclámpsia, 1 caso de preñez gemelar.

Parece que la preñez gemelar predispone causando perturbaciones de la circulación renal; y, como consecuencia de esta perturbación la producción de tóxinas.

Halbertsma, en el año 1870 llamó la atención sobre el obstáculo al libre curso de la orina, debido á la compresión de los uréteres, y particularmente el uréter derecho. Según este autor la compresión traería una retención que contribuiría á cargar el organismo de substancias capaces de determinar las crisis.

Cazeaux cita un caso de eclámpsia en que sus ataques obedecían á la replesión de orina en la vejiga; sondada la enferma, fué lo suficiente para que sus ataques de eclámpsia cesaran inmediatamente.

III

PATOGENIA

Mauriceaux, ha sido el primero en querer explicar la eclámpsia puerperal, y lo hizo de tal manera, que su teoría ha prevalecido cerca de dos siglos.

«Esta especie de convulsiones se produce de ordinario en las mujeres que van de parto por una de tres causas á saber: ó por la mucha sangre excesivamente calentada por la agitación del parto, ó por razón de la gran cantidad que se evacúa por una pérdida sanguínea; ó bien como frecuentemente sucede en los primeros partos, á causa del gran dolor que experimenta la matriz, que es tan nerviosa, y que se excita por la estremada distensión que en ella ejerce el feto, cuyo dolor comunicándose al cerebro con la sangre calentada que á él llega en abundancia, causa por su asociación estas convulsiones». (1)

De manera que Mauriceaux describe tres causas de eclámpsia: Congestión cerebral, anemia y excita-

---

(1) **Mauriceaux:** *De l'acouchement naturel*, **tomo I, página 336, 6ª edición.**

ción nerviosa. Durante todo el siglo XVIII y mitad del XIX, los autores se asocian á las ideas de Mauriceaux ya admitiéndolas en totalidad, ó en parte solamente.

En el año 1770 Cotugno descubre la albuminúria, produciendo una verdadera revolución médica, respecto de las ideas que hasta entonces reinaban.

Mas tarde Blackall y Wells hacen conocer las relaciones de la albuminúria en el embarazo, pero no es hasta el año 1849 que Lever y Simpson señalaron la coincidencia casi constante de la albuminúria con la eclámpsia. Numerosos trabajos han sido publicados después y todos ellos confirman esta coincidencia. Desde entonces se atribuye como causa de la eclámpsia á la retención de los materiales de la orina en la sangre, difiriendo los autores en la clase de estos materiales retenidos.

Wilson atribuye á la úrea y hace de la eclámpsia una uremia.

Esta teoría fué objetada por C. Bernard quien demuestra que la úrea, aún á dosis muy superior á la que se encuentra en las mujeres eclámpticas, no era nunca tóxica y Bauchard muestra que la úrea es un diurético incapaz de provocar movimientos convulsivos. Al efecto Pinard en 1887 empleó la úrea en inyecciones hipodérmicas en las eclámpticas anúricas.

Para responder á estas objeciones, los partidarios de la intoxicación urémica, (Frerichs) sostenía que la úrea se descomponía en la sangre, dando lugar

á carbonato de amoniaco, teniendo así una Amonemia.

Treitz á su vez sostenía que la descomposición de la úrea tenía lugar en el intestino, produciéndose en él el carbonato de amoniaco. A esto Claudio Bernard objeta que el carbonato de amoniaco era constante en la sangre del hombre sano.

Gubler opina que no es solamente la úrea que ,envenena la sangre de las mujeres eclámpticas, obedeciendo al mal funcionamiento del filtro renal sinó á todos los principios activos retenidos en la orina; él emite pues la idea que, la eclámpsia era una intoxicación de la sangre por la urinemia.

La hipotesis que sostiene Gubler parece estar en la verdad, pero adolece de que solo tienen en cuenta una perturbación del aparato renal.

Bar por su parte dice que si bien es cierto que hay casos de mujeres eclámpticas, cuyos riñones están afectados intensamente, no es raro encontrar enfermas en que sus órganos son permeables al azúl de metileno y á todas las substancias urinarias, Si hay, en el momento de los accesos, inhibición renal, ésta puede no aparecer que en el momento mismo de los accesos, y según este autor ella sería un efecto y no la causa de la intoxicación eclámptica. Y bien, no solo el aparato urinario es el enfermo en las mujeres muertas de eclámpsia puerperal, hay otros órganos comprometidos, especialmente el hígado que funciona mal, cuyas diversas funciones (glicogénica, biliar, hematopoietica, urapoietica, antixosica, etc.), se hace im-

perfectamente; de manera que hay diversas causas de envenenamiento por las substancias de la bilis que permanece en la sangre, por las ptomainas que son insuficientemente destruídas y son en parte reabsorbidas.

En el año 1888 Auvard y Rivière inspirados por la teoría de Bouchard han buscado de demostrar que la autointoxicación era producida por la retención de materias tóxicas, provenientes del mal funcionamiento de los emuntorios naturales, tales que la piel, el pulmón, el intestino, y sobre todo el hígado y el riñón.

Bouffe de Saint-Blaise, en sus estudios sobre la eclámpsia puerperal, determina en esta afección. *La característica anatómica.* Confirma las investigaciones de Virchow, de Jürgens, de Pilliet, y muestra que *la lesión constante que existe en la eclámpsia consiste en pequeños focos hemorrágicos diseminados sobre todo el hígado y otros órganos* (riñones, cerebro, etc.;) de tal manera que una mujer que presente estas lesiones es una eclámptica, aunque no haya tenido una crisis convulsiva.

También se ha tratado de buscar en la sangre de las mujeres eclámpticas una substancia tóxica, Doléris y Butte han extraído un principio cristalino, que, inyectado á animales, han obtenido accidentes convulsivos comparables á las crisis de la eclámpsia. Recientemente han encontrado ácido láctico (Zweifel).

En 1892 Tarnier y Chambrelent han inyectado

suero sanguíneo de eclámpticas en las venas de conejos; de sus experiencias dedujeron que el suero de los eclámpticos es mucho más tóxico, por cuanto una los eclámpticas es mucho más tóxico, por cuanto una dósis de 3 á 4 centímetros cúbicos por kilógramo de animal es insuficiente para producir su muerte, mientras que normalmente es necesario inyectar 10 centímetros cúbicos por cada kilógramo. Agregan estos autores que el suero es tanto más tóxico, cuanto más grave es el acceso eclámptico.

Bar y Renon han constatado también mayor toxicidad en el suero sanguíneo procedente de mujeres eclámpticas; pero estos autores han objetado á estas experiencias que el suero inyectado por vía intravenenosa, produce la muerte no por intoxicación, pero sí por coagulación de la sangre; estas experiencias según él prueban el poder coagulante superior de la sangre de los eclámpticos.

Lassuderie, bajo la dirección de Charrin, ha llegado á matar caballos con dósis relativamente débiles de suero de eclámpticas.

Por otra parte se ha creído que la eclámpsia podría tener un origen microbiano. Entre los autores sostenedores de esta teoría están Doléris, Delore, Rodet. En las experiencias microscópicas sobre sangre de eclámpticas, efectuadas en el laboratorio de Chauveau, se han constatado un mycelicum mal caracterizado y granulaciones animadas de un vivo movimiento browniano. Las investigaciones bacteriológicas hechas despues no han dado resultados satisfacto-

rios y la teoría microbiana de la eclámpsia ha quedado al estado de pura hipótesis (Charpentier).

Recientemente algunos autores han emitido la hipótesis que ciertos casos de la eclámpsia podrían atribuirse á una insuficiencia de la función tiroidea (Nicholson, Jeandelize). Langé ha llamado la atención sobre la hipertrofia de la grándula tiroides al sexto mes de la preñez, y su regresión á partir del séptimo mes.

Vœrstrœten y Vanderlinden, y el mismo Lange han hecho experiencias al respecto y han visto que con la ablación del cuerpo tiroídes en animales en gestación, han producido convulsiones en el momento del parto.

Se tiene pensado que los accesos eclámpticos podrían ser debidos á la hipertensión de las arterias cerebrales, pero la penetración de un veneno violento en la sangre puede producir el mismo resultado.

En fin Veit piensa que hay que buscar el origen de la eclámpsia en la placenta. Esta puede ser considerada como un órgano glandular. El sincisium sería donde se fabrica las citolisinas; cuando estas son secretadas en abundancia, se produce una licuación celular sobre activa y la eclámpsia puede sobrevenir, sobre todo si fragmentos sincisiales son lanzados á la circulación materna.

Esta teoría no está aun confirmada.

De lo expuesto resulta que actualmente no sabemos de una manera concluyente cual de las teorías está en la verdad.

La noción práctica que al respecto debe tenerse es que la eclámpsia es una *toxemia,* cualquiera que sea su origen; la aparición de los accidentes son probablemente favorecidos por una predisposición especial del sistema nervioso.

IV

SINTOMATOLOGIA

La eclámpsia puerperal estalla de diversas maneras, unas veces tiene lugar bruscamente como la epilépsia, mientras que la mayoría de las veces es precedida de signos precursores que anuncian á la enferma que algo grave mina su organismo.

La generalidad de los autores dividen en períodos los diferentes estados por los que pasan las eclámpticas.

Primer período ó período prodrómico. Este período en cuanto á su aparición presenta diferencias notables; él falta algunas veces, presentándose con una frecuencia tanto más grande, cuanto que la enfermedad aparece más temprano en la puerperalidad. Es más común en la eclámpsia del embarazo que en la del trabajo, y en la de este último, más que en la del post-partum.

Las enfermas presentan perturbaciones de la memoria y de la inteligencia, sus ideas son vagas, sus

respuestas indecisas, la mirada fija; la moral se afecta á menudo, á veces se observan verdaderos accesos de melancolía, etc.

Pero lo que se debe cuanto antes buscarse, son los tres principales prodrómos, que constituyen una especie de triada: perturbaciones de la vista (fatiga visual, hemiopsia, diplopia, velos, ceguera completa); dolor epigástrico (resultado de la disnea); y, por último, la disnea (resultado de la insuficiencia en el funcionamiento de los pulmones).

La Cefalalgia—Es otro síntoma importante; es ordinariamente frontal, y especialmente en la región supra orbitaria.

Toda cefalalgia persistente y no habitual en una mujer embarazada que se presente en los últimos meses de su embarazo debe inmediatamente hacer pensar ó por lo menos sospechar en próximos accesos de eclámpsia.

La Albuminuria—Puede considerarse como uno de los prodromos más importantes, pero conviene separarla de los síntomas precedentes, que son sugestivos, de éste que es objetivo y no puede ser constatado sino por el médico.

Se da gran importancia prodrómica al lumbago pero este signo no es constante.

Según Wieger, los prodromos se manifiestan en la eclámpsia en la proporción siguiente:

Antes del trabajo 40 por 100.

Durante el trabajo 30 por 100.

Segundo período ó período de estado. Este pe-

ríodo comprende el acceso de eclámpsia, cuya duración es variable de uno á cinco minutos, tiempo bien penoso para los que asisten á la enferma.

Accesos—La mayoría de los autores dividen el acceso ó ataque de eclámpsia en cuatro períodos; invasión, tonismo, clonismo y coma.

1º Invasión—Dura medio minuto. El acceso comienza silenciosamente, los músculos de la cara son el asiento de pequeños movimientos poco extendidos pero muy rápidos, la frente se arruga, se pliega y se despliega, los párpados ascienden y descienden permitiendo ver al globo ocular animado un movimiento bastante marcado hacia arriba, permitiendo ver en muchos casos solamente la esclerótica; la pupila está dilatada, inmóvil é insensible á la luz; el reflejo de la cornea desaparece. Las alas de la nariz están apretadas y bajas. La boca queda entreabierta más ó menos torcida, tan pronto ofrece la actitud de la risa como la del llanto, no tardando en desviarse á un lado, sobre todo á la izquierda. La cabeza aparece inclinada hacia una espalda y la cara mirando el lado opuesto. Esta posición forzada de la cabeza obedece á la contracción del músculo externo cleidomastóideo correspondiente.

2º Tonismo—Dura un minuto. Este segundo período es el de las convulsiones tónicas que empiezan por la cabeza y se extiende á los músculos del cuello, del tronco y de los miembros. La máscara facial se inmoviliza, la cabeza se desvía hacia atrás, formando con las piernas y la curvadura de la co-

lumna vertebral, un arco de círculo cuyas dos extremidades cabeza y pies, son las únicas que se apoyan sobre el lecho (epistótonos).

La caja torácica está fija, la respiración suspendida. Los brazos se unen al cuerpo, los antebrazos en pronación, los dedos cerrados rodeando al pulgar.

Estando la respiración suspendida, la circulación se dificulta sobreviniendo una cianósis considerable generalizada y rápida. Parece que la vida ha llegado á su fin bajo la influencia de este espasmo general; por suerte este estado no se prolonga, siendo lo más común que la enferma salga de este período.

3º Clonismo—Duración dos ó tres minutos.

Las convulsiones clónicas invaden todo el organismo, desde la cabeza por la cual comienzan hasta los pies.

Una inspiración profunda y ruidosa, seguida de una expiración más ruidosa aún, y echando por la boca una espuma sanguinolenta, marca el principio de las convulsiones clónicas. Todos los músculos contracturados se relajan bruscamente para contraerse algunos instantes después. Esta alternativa de contractura y de relajamiento de los músculos de la cara del cuello y de los miembros superiores, se traducen por sacudidas más ó menos próximas, mientras que la respiración es sibilante é irregular, debido á la contractura de los músculos de la laringe, acompañando á esto la presencia en la boca de saliva espumosa mezclada con sangre, cuando la lengua, mordida á cada contracción, es más ó menos herida. Después

las oscilaciones se hacen más amplias y más raras; la enferma lanza un profundo suspiro, y queda en un estado de postración especial.

Este período es más largo que los períodos precedentes; Tarnier dice haber observado un caso en el cual las convulsiones clónicas duraron veinte minutos.

4º Coma—Duración muy variable desde algunos instantes á varias horas.

Una vez que el acceso ha terminado la mujer eclámptica puede presentar dos estados diferentes: 1º La enferma abre los ojos, con mirada vaga, no se da cuenta de lo que le ha pasado, ofreciendo al observador un estado de estupor bastante marcado; 2º Si el acceso ha sido muy intenso lo común es que el período de convulsiones clónicas, siga su período comatoso, durante el cual la enferma insensible á todo lo que le rodea, respira ruidosamente y queda completamente inerte en su lecho.

En el primer estado, la inteligencia se despierta poco á poco; la sensibilidad vuelve; la enferma contesta más ó menos bien, á las preguntas que se le dirigen; ella pide de beber, después cae en somnolencia. Las palabras las pronuncia con dificultad debido á su estado de torpeza cerebral y también por el estado de la lengua que ha sido herida en el curso de los accesos. La inteligencia vuelve insensiblemente, pero la memoria falta durante varios días.

En el segundo estado la enferma está en coma, puede permanecer así varias horas, con pérdida com-

pleta de la inteligencia y de la sensibilidad; después pasa por un estado de semi-coma y por fin se despierta poco á poco para salir completamente de este estado. Con bastante frecuencia, el coma persiste y no es perturbado que por nuevos accesos.

La crisis de eclámpsia puede ser única pero, lo más comúnmente, á la primera crisis no tarda en seguirle una crisis absolutamente semejante, presentando en ambas los períodos que hemos estudiado anteriormente.

La enferma puede tener así una serie de accesos que se repiten sin orden, otras veces ellos se producen á intervalos iguales.

El número de accesos varía: se observan pues casos de 1, 5, 10, 20 hasta 100 ataques, presentando una intensidad creciente, ó al contrario, ella va disminuyendo.

Temperatura.—Bourneville ha llamado especialmente la atención sobre la hipertermia en los accesos eclámpticos. La curva térmica es muy variable. En los casos benignos ella asciende poco de lo normal; pero, cuando los accesos son violentos y repetidos la temperatura se eleva por lo general en el intervalo de los accesos, llegando á 39º, después baja progresivamente anunciando la curación. A veces, sin embargo, la temperatura, se eleva, agravando el pronóstico de la madre y matando el feto. Desde que la temperatura alcanza á 40º se comienza á notar en el niño la aceleración de los latidos del corazón, los movimientos activos más rápidos.

Las orinas son generalmente poco abundantes, siendo necesario recurrir al cateterismo para recoger una pequeña cantidad y proceder á su examen; ellas son obscuras á veces sanguinolentas y en las que se encuentra albúmina en gran cantidad. Es excepcional que la albúmina falte. *¿La eclámpsia sin albúmina? ¿Cómo se explica?* Para Bouchard y Riviére, la intoxicación es posible, aún con la integridad absoluta de los riñones.

«Puede producirse, por ejemplo, estando sanos los riñones, si el hígado en degeneración grasosa no puede destruir sino incompletamente los venenos, lo atraviesan. Pasando después al intestino son tomados por la sangre y llevados al riñón, donde se reune con los venenos que este órgano debe eliminar; los productos de putrefacción que se producen en el intestino pasan por absorción á la sangre y van á parar al riñón, buscando una emunción que no le corresponde».

Cuando el riñón está sano, es capaz de eliminar una cantidad mayor de sustancias tóxicas que lo hace normalmente; pero este exceso de trabajo tiene sus límites y si la cantidad de venenos es tal que, á pesar de su integridad anatómica de los órganos no puede dar abasto, la acumulación se produce y la intoxicación se constituye.

«No es la integridad anatómica de los órganos la que asegura la emunción y la emunción renal en particular, depende de la suficiencia ó insuficiencia de estos órganos».

«Habiendo suficiencia renal, la intoxicación es imposible. Desde que la insuficiencia se produce la intoxicación es inminente» (Bouchard).

Marcha y terminación — La eclámpsia puede terminar por la muerte de la mujer afectada, sobreviniendo ésta, rara vez durante el acceso mismo (Baudelocque, Kiwisch, Depaul), más frecuentemente durante el coma. La muerte reconoce entonces causas muy diferentes, existiendo muchas aún, mal dilucidadas; citaré en primera línea, el edema y los focos hemorrágicos que se observan en los diferentes órganos, especialmente en el cerebro, el hígado, los pulmones y los riñones. Muchos otros casos la muerte se puede atribuir á un envenenamiento de la sangre por materias tóxicas.

Cuando la temperatura no es muy elevada, cuando los accesos no han sido intensos ni numerosos, cuando no hay anuria, se está en el derecho de pensar en la curación. Esta puede ser completa, es decir, que poco á poco la inteligencia y memoria vuelven, la albúmina disminuye, y todos los síntomas de auto-intoxicación desaparecen.

En la mayoría de los casos, la mujer recobra bastante rápidamente todas sus facultades intelectuales: no quedándole rastros de la tempestad que ha sido víctima. Sin embargo, no siempre los casos suceden con tanta suerte, obsérvanse pues, casos que, durante varios días ó algunas semanas, las enfermas presentan una especie de torpeza cerebral, pérdida ó disminución de la memoria, afasia y hasta un estado

vesánico, que puede manifestarse bajo la forma de una confusión mental alucinatoria ó un estado melancólico. Habitualmente estos accidentes son pasajeros y la curación tiene lugar al cabo de algunos días.

V

ANATOMIA PATOLOGICA

En la autopsia de las eclámpticas, no se encuentra nada de uniforme, todo lo que se puede decir es que existen lesiones frecuentes y lesiones raras.

Transcribo á continuación una estadística levantada por Wieger que permite juzgar á primera vista las alteraciones encontradas en 49 mujeres eclámpticas.

Nefritis 26.
Peritonitis 6.
Edema cerebral 5.
Congestión cerebral 4.
Endocarditis 3.
Meningitis 2.
Hemorragias meníngeas 1.
Metritis 1.
Pleuresia 1.

Por el presente cuadro se ve el mayor número de parte de los riñones, sobrepasando á las alteraciones encontradas en los otros órganos.

Las lesiones de los riñones pueden ser múltiples; sin embargo, no dar lugar á los accidentes eclámpticos. Se ha observado algunas veces la hipertrofia del órgano con degeneración grasosa, otras veces la hipertrofia, seguida de atrofía.

El aparato digestivo es también seriamente afectado. En efecto, obsérvase en el hígado una degeneración grasa avanzada, hemorragias múltiples, lesiones de hepatitis parenquimatosa difusa (Ictericia grave).

Refiriéndose á este órgano de funciones tan importantes en las intoxicaciones, Bouffe de Saint Blaise dice: Que el hígado de las mujeres eclámpticas presenta siempre alguna lesión necrobiótica, mientras que se encuentran casos de esta afección en los cuales el riñón está sano ó sólo se observan lesiones inflamatorias.

Respecto al sistema circulatorio, las alteraciones son muy variadas. Bajo la influencia del exceso de trabajo que tiene que llenar el corazón sea por el aumento de la masa total de sangre, sea por el desenvolvimiento considerable del territorio sanguíneo del útero, y quizá, por acción refleja, como en las enfermedades del hígado y del estómago, el hecho es que este órgano central de la circulación experimenta modificaciones importantes.

Larcher en una memoria que presentó á la Aca-

demia y que fué publicada en 1857 hacía notar la hipertrofia cardíaca.

M. Letulle, en 1879, niega las conclusiones de Larcher y sostiene que es dilatación y no hipertrofia, lo que sufre el corazón. En tres autopsias publicadas en 1888 en los archivos generales de medicina, M. Ducastel ha encontrado dos veces hipertrofia y una sola vez dilatación.

Estos diferentes resultados prueban que la hipertrofia cardiaca (corazón izquierdo) existe, pero no constante; cuando esta falta se nota, entonces la dilatación, más ó menos marcada á nivel del corazón derecho. Estas dos modalidades pueden concurrir simultáneamente, como pasa en muchos casos.

Algunas veces se oyen ruidos de galope ¿serán éstos debidos á la hipertrofia del corazón solamente, sin relación con otras lesiones, ó á la nefritis intercicial cuya causa produce un estado análogo de este órgano?

El sistema nervioso es también afectado de diversas lesiones, edema limitada á las meníngeas ó invadiendo la masa cerebral; hidropesia ventricular y á veces focos hemorrágicos.

Pulmones.—Se encuentran casi siempre congestionados en las bases, ya enfisematosas, otras veces adematosas, encontrándose además embolias grasosas, pequeñas hemorragias y equimosis supleurales.

Sistema genital.—El estado de estos órganos está en relación con el período de la puerperalidad en el cual la muerte tiene lugar.

VI

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de la eclámpsia no siempre es fácil, sobre todo si el médico que llega á la cabecera de la enferma se encuentra en presencia de una embarazada histérica ó una epiléptica.

Por esta circunstancia y para no caer en error, cuya importancia para el tratamiento es indiscutible, se debe hacer un examen prolijo de sus antecedentes: época del embarazo, régimen observado, etc.

En efecto, lo primero que llamará la atención del médico es la época de la preñez; la eclámpsia es más frecuente á partir del sexto mes, así lo prueban las estadísticas señaladas.

El examen de la orina, que no debe nunca omitirse, nos mostrará la presencia de la albúmina, dato importante en favor de nuestra afección, y si las convulsiones sobrevienen precozmente, es que serán eclámpticas.

Hay enfermedades que, sin presentar albúmina

en las orinas, vienen acompañadas de convulsiones seguidas de coma, sea durante la preñez, durante el trabajo ó durante el puerperio, exponiendo al médico á graves errores.

1º Histeria.—Con esta afección, la eclámpsia es fácil de diferenciarse, si tenemos en cuenta que la mujer histérica experimenta una sensación de angustia y de opresión; las convulsiones son más generalizadas, sin traer perturbaciones tan marcadas en la circulación; rara vez se ven mordeduras de la lengua. La convulsión histérica se acompaña con frecuencia de actitudes pasionales y no es seguida nunca de coma; en seguida la mujer recobra sus sentidos y comienza á sollozar. En fin, la albúmina falta en las orinas, que son claras, límpidas y abundantes.

2º Epilépsia.—Por regla general, esta afección es crónica; la enferma que la experimenta, ya desde tiempo atrás ha sido atacada de accesos convulsivos; el ataque es precedido de un *aura*, la mujer lanza un grito; además, después del acceso, la enferma recobra habitualmente el conocimiento y la inteligencia; la temperatura asciende poco, rara vez pasa de 38º5. La orina, que puede ser ligeramente albuminosa, no encierra nunca la cantidad considerable que se encuentra casi siempre en la eclámpsia.

3º Epilépsia saturnina.—El envenenamiento por el plomo puede dar lugar á convulsiones, que llegan á adquirir á veces una intensidad temible; los fenómenos nerviosos observados son semejantes á los de

la eclámpsia. Ollivier, piensa que esta semejanza depende de que la epilépsia saturnina va acompañada de una nefrítis albuminosa, demostrada por este autor por una autopsia. La línea azulada plúmbica de las encías, los cólicos, antecedentes del enfermo y la falta de albúmina en las orinas, nos iluminarán en el diagnóstico.

Cuando la mujer está en coma, el diagnóstico es más confuso, debiéndose entonces hacerse el diagnóstico diferencial con el coma alcohólico, coma epiléptico, coma meningítico ó de los tumores cerebrales.

1º Coma alcohólico.—Este coma puede reconocerse por el olor alcohólico del aliento y los vómitos que sobrevienen frecuentemente. Además, la albúmina falta en la orina.

2º Coma epiléptico.—Es á veces difícil diferenciarlo del coma eclámptico; es basándose sobre la existencia de la albuminuria y la elevación de la temperatura, que se hace un diagnóstico de probabilidad que no puede confirmarse sino observando más tiempo la enferma. Sin embargo, rara vez el coma epiléctico es tan profundo como el coma eclámptico.

3º Coma de la meningitis ó de los tumores cerebrales.—Es raro que coincida el coma eclámptico con estas afecciones, sin que anteriormente no se hayan presentado perturbaciones funcionales (vómitos, cefalalgia, parálisis, etc.). También es raro que el coma sea completo y que no haya síntomas de

parálisis más acentuados de un lado que del otro. El diagnóstico con el coma que sobreviene en el curso de una hemorragia cerebral, es tanto más difícil, que á veces esta afección es una complicación de la eclampsia.

4º En ciertos casos, el diagnóstico se confunde con envenenamientos y, en particular, con el envenenamiento con el fósforo. Lepage ha observado, en la Maternidad de Lariboisière, una mujer profundamente comatosa, que teniendo ictericia, vómitos, una albuminúria intensa y en la cual, por no tenerse antecedentes, se dudó- entre el diagnóstico de envenenamiento por el fósforo y el de eclámpsia.

Por último, la presencia de sangre en el líquido céfalo raquídeo, permite diagnosticar la existencia de un foco hemorrágico en los centros nerviosos.

VII

PRONOSTICO

La eclámpsia es una enfermedad grave para la madre y para el feto. Las estadísticas dan un 30 % como término medio. A pesar de las estadísticas de los autores, desde algúnos años á esta parte el pronóstico es menos severo. Además, cada caso evoluciona, por decirlo así, de una manera especial. Por esta causa se debe guardar la mayor reserva al ser interrogado por la familia de la enferma sobre el pronóstico de las eclámpticas.

Pronóstico para la madre.—Este varia según las diferentes circunstancias que traducen el grado de intoxicación; el número, la forma y la intensidad tienen una influencia muy marcada; cuando se acompañan de fenómenos asfísicos muy acusados, la muerte es más probable que cuando los accesos son moderados y distanciados. Los casos más favorables parecen ser éstos, cuyas crisis no se manifiestan hasta el momento de terminar el trabajo. Se puede enton-

ces esperar ver las crisis desaparecer después del parto. Al contrario, el pronóstico es mucho más reservado, cuando las crisis empiezan antes del trabajo, ó continúan después del alumbramiento.

La marcha de la temperatura durante el estado eclámptico, forma un elemento muy digno de tenerse presente para el pronóstico. Cuando la temperatura permanece elevada, ó cuando en lugar de bajar, ella va elevándose progresivamente, la situación es grave; esta elevación de temperatura es frecuentemente el indicio de una complicación visceral ó de una intoxicación sobreaguda. Lo mismo la hipotermia que se observa en ciertas eclámpticas, es un signo de mal augurio.

La intensidad de la albuminúria, la cantidad de la orina emitida, la ausencia de todo tratamiento profiláctico, la morfinomanía de que están posesionadas ciertas enfermas, son otros tantos factores que hay que tener presente, para pronosticar la marcha de la eclámptica. Es cierto que una mujer que orina poco y que en sus orinas contiene una proporción considerable de albúmina, está más expuesta á morir, que una mujer que ha sido sometida desde dos ó tres días al régimen lácteo, cuyos riñones no funcionan y la orina no contiene sino uno ó dos gramos de albúmina por litro.

En fin, las hemorragias que á veces atacan á las eclámpticas, son temibles, tanto más, cuanto son precisamente estas enfermas propensas á infecciones uterinas.

Pronóstico para el feto.—La eclámpsia es también grave para el feto; cuando ella sobreviene en el curso de la preñez, puede producirse el aborto ó parto prematuro, ó causar la muerte del feto sin determinar su expulsión. En este último caso, se observa con frecuencia la desaparición de los accesos de eclámpsia, y la mujer no da á luz sino dos, tres y cuatro semanas después.

Sin embargo, hay casos en los cuales á pesar de los accesos de eclámpsia sobrevenidos en la preñez, el feto continúa viviendo y nace vivo.

Las lesiones de la placenta, principalmente las hemorragias que toman asiento al nivel de este órgano, comprometen de una manera sensible la nutrición del feto.

En general, el feto tiene tantas más probabilidades de nacer vivo, cuanto que el ataque de eclámpsia aparezca en una época más avanzada de la preñez, y sobre todo en el momento del trabajo, que es menos intenso y la expulsión se produce más rápidamente.

La causa más probable de la muerte del feto es su participación en la intoxicación materna, intoxicación cuya prueba se encuentra en el feto nacido de madres eclámpticas. (Chambrelent M. Cassaët).

Braun y Charpentier, atribuyen la muerte del feto á la presencia de la urea en la sangre y en los tejidos.

Charpentier, divide en tres causas la muerte del feto:

1ª Por acumulación de la úrea en la sangre fetal.

2ª Por la frecuencia de los accesos.

3ª Por la alteración de la sangre con ó sin intervención microbiana.

VIII

TRATAMIENTO

Teniendo en cuenta la marcha de los estudios referentes á la patogenia de la eclámpsia, así también los tratamientos han variado; de manera que á una teoría nueva, aparecía un tratamiento nuevo.

Hasta que no conozcamos bien esta afección, difícilmente encontraremos los medios para combatirla. No hay en el momento actual un tratamiento específico de la eclámpsia, pero no por eso estamos desarmados completamente para combatirla; poseemos un buen número de elementos que en numerosos casos nos da buen resultado.

El tratamiento de esta afección, puede dividirse en tratamiento profiláctico y tratamiento curativo; este último se subdivide en tratamiento médico y tratamiento quirúrgico ú obstétrico.

Tratamiento profiláctico.—Aunque no se considere á la albuminúria de las mujeres en cinta como la condición *sine qua non* de los ataques eclámp-

ticos, es innegable que en la inmensa mayoría de los casos, la eclámpsia estalla en las albuminúricas, y los 141 casos de eclampsia sin albúmina reunidos por M. Charpentier, pueden considerarse como una excepción á lo que sucede generalmente. En efecto, la aparición de la albúmina en las orinas, en el curso de la preñez, establece la primera de las indicaciones terapéuticas, poniendo en práctica los elementos de que disponemos para la profiláxia de esta afección. La albuminúria de la preñez debe ser considerada como una de las variedades de la intoxicación especial, según los casos; se manifiesta bajo la forma de perturbaciones digestivas, de accidentes nervioso reflejos, de vómitos incoercibles, de siaborrea, etcétera. Es necesario entonces luchar contra esta intoxicación gravídica, tratando de hacer desaparecer la albúmina de la orina.

Considerando así la albuminúria y la eclámpsia estrechamente ligadas á la toxémia gravídica, la medicación será ante todo antitóxica; siendo también antitóxico el régimen que sometemos á la enferma eclámptica.

En el estado actual de nuestros conocimientos sobre la patogenia de esta afección, nosotros no podemos, para impedir la aparición de la intoxicación gravídica, que tratar de realizar las dos condiciones siguientes:

1ª Introducir en el organismo la menor cantidad posible de toxinas.

2ª Evitar la formación de tóxinas en el organis-

mo. De manera, pues, que nuestro tratamiento profiláctico, se reduce á luchar contra la hetero-intoxicación de una parte, contra la auto-intoxicación de la otra.

El régimen alimenticio debe ser vigilado desde el principio de la preñez; los alimentos de difícil digestión, los picantes, las comidas compuestas, etcétera deben ser desechadas. El aparato digestivo debe llamar la atención del médico, las dispepsias, las malas digestiones y, particularmente la constipación, son enemigos temibles que hay que combatir enérgicamente.

La investigación sistemática de la albúmina en la orina de las mujeres en cinta, debe ser hecha á intervalos, tanto más próximos cuanto que la preñez avanza á término. En los tres últimos meses, el examen de la orina será practicado cada semana.

Desde que la existencia de la albúmina se constata, es necesario aplicar con todo rigor el régimen lácteo absoluto. La leche, dada como simple alimento, obra de una manera maravillosa, haciendo desaparecer completamente ó, por lo menos, hace disminuir en gran cantidad la albúmina que pasa en las orinas. La leche debe su eficacia terapéutica á sus propiedades eminentemente diuréticas y, sobre todo, que ella introduce una cantidad mínima de toxinas en el organismo. De manera que, á pesar de encontrar la albúmina en una proporción insignificante, es necesario instituir en seguida el régimen lácteo exclusivo, y efectuar diariamente el análisis de la orina,

cuyo dosage de la albúmina se puede hacer por medio del tubo del doctor Esbach (suficiente cuando la albúmina no pasa de algunos gramos), guiándonos este análisis para poner término á este régimen. La leche es en general bien soportada, pero produce en algunas enfermas constipación, que será combatida por enemas simples. La leche será dada pura y la cantidad en las 24 horas será de tres litros y medio. En la práctica hospitalaria es necesario insistir sobre estos detalles, y persuadir á las enfermas que la menor infracción al régimen es suficiente para comprometer su existencia.

Teniendo en cuenta la importancia del régimen preconizado por M. Tarnier para la marcha de la enferma, es necesario extrema prudencia para suprimir el régimen lácteo.

Después de no encontrar durante 8 á 10 días, se le permitirá á la enferma un régimen mixto, siendo aún la leche la base de la alimentación, huevos frescos, purés de legumbres, frutas, condimentos serán permitidos.

Los baños tibios, las fricciones secas ó de alcohol, se recomiendan, pues ellos van á poner en buenas condiciones el sistema cutáneo.

Hay que cuidar á estas enfermas de los enfriamientos, pues tanto éstas como las albuminúricas, son muy sensibles al calor y se preocupan poco de preservarse del frío. Es necesario recomendarles usen ropa interior de franela ó de lana.

Aunque la leche realice sola las indicaciones del

tratamiento profiláctico de la eclámpsia, disponemos de otros elementos cuyo rol es secundario, que contribuyen á la acción antitóxica.

Los antisépticos intestinales, especialmente en salicilato de bismuto, benzonoftol, carbón, serán administrados, sobre todo si el tubo digestivo funciona mal y es el asiento de fermentaciones excesivas.

El vientre se cuida de manera que todos los días la enferma haga una deposición; esto lo obtenemos por medio de enemas de agua hervida, laxantes y ligeros purgantes.

Cuando el médico es solicitado y se encuentra con una enferma profundamente intoxicada, presentando los síntomas prodrómicos de la eclámpsia, como ser: cefalalgia, neuralgia, perturbaciones de la vista (ambliopia, diplopia), vómitos, dispnea *sine materia*, dolor epigástrico, el médico debe pensar que un ataque de eclámpsia es eminente y como el tratamiento profiláctico, no va haber tiempo de aplicarlo, tendrá que poner en práctica el tratamiento curativo que paso á describir.

Tratamiento Curativo.—1º Tratamiento médico.—La eclámpsia se ha declarado: ¿Cómo combatir el mal?

Hay una serie de pequeños cuidados, que son aplicados á todos los casos, y cuando no son bien observados, pueden ser el punto de partida de accidentes más ó menos serios que pueden comprometer la vida de la enferma ó retardar la curación.

Declarado el ataque, la enferma pierde el cono-

cimiento y cae como fulminada. En presencia de este cuadro, se coloca la enferma acostada en decúbito dorsal. Se la colocará en un cuarto bien aereado, se le aflojarán los vestidos para que la respiración se efectúe bien.

Se procede al cateterismo vesical; la orina es poco abundante en la eclámpsia pero han ocurrido accidentes graves á consecuencia de la distensión exagerada de la vejiga. Hay casos en los cuales los ataques de eclámpsia eran debidos á la retención de la orina, hecho el sondaje uretral, los accesos desaparecieron inmediatamente.

Se evitará en lo posible el examen violento, siendo prudente, dado el estado de la enferma, proceder con ciertas precauciones, como ser al hacer la palpación ó efectuar el tacto, pues estas maniobras pueden provocar nuevos accesos; sin embargo, hay que estar bien al corriente de la marcha del parto, pues con toda facilidad, en un descuido podría tener lugar el parto, dado el estado de privación del conocimiento que se halla la eclámptica.

La lengua siendo proyectada hacia afuera de la boca está expuesta á grandes mordeduras, las que podrían fácilmente comprometer la vida de la enferma; se separarán suavemente los dientes, se hará entrar y se mantendrá con precaución. Se colocará transversalmente una compresa ó un pañuelo entre los dientes y tirando la mandíbula hacia abajo; se puede emplear también un tallo de madera que se colocará entre los dientes, procurando que sea suficien-

temente largo para que la enferma no pueda tragarlo.

Si hay *edemas en los grandes labios* se aconsejan escarificaciones, pues estas infiltraciones exponen á desgarraduras y gangrenas.

Cuidados Particulares.—Pasaré en revista los diferentes métodos terapéuticos y enumeraré los medicamentos propuestos por los tocólogos.

Dos grandes métodos se han propuesto:

1º El metodo antiflogístico.

2º El método anestésico.

Cada uno de estos métodos cuenta con fervientes adeptos. La asociación de ambos será el más ventajoso.

Rivier, dice al respecto, estos dos métodos concurren á un mismo objeto, prestándose entre ellos un mutuo apoyo. «El método antiflogístico se dirige á la causa íntima, á la intoxicación de la sangre; el método anestésico combate las convulsiones, síntoma esencial del envenenamiento eclámptico, permitiendo ganar tiempo, dejando al método eliminativo el encargue de desembarazar el organismo del veneno en exceso». (Rivier).

«Extrayendo á una urémica 32 gramos de sangre, se le quita á su vez 0.50 centigramos de materias extractivas» (Bouchard).

1º *Método Antiflogístico.*—Emisiones sanguíneas. Las sangrías generales han sido conocidas desde Mauriceau, hasta Peter y Depaul; este método ha tenido numerosos adversarios. Baudelocque dice:

«Nada podrá reemplazar á la sangría en los casos en que los signos de plétora sanguínea aparezcan ó cuando las convulsiones hayan dado lugar á la congestión del cerebro» y Mme. Lachapelle agrega: «Aún en una mujer débil, convaleciente, pálida é infiltrada, no se debe disminuir la cantidad de evacuaciones sanguíneas, porque más temor debe haber de las consecuencias de la eclámpsia, que de las producidas por la debilidad. Pero en una mujer pletórica, robusta, con su cara llena, rosada, el cuello corto, anunciando una disposición apoplética, en éstas, en que las convulsiones son violentas y el coma profundo y continuo, no se debe dudar jamás de practicar una amplia sangría y de reiterarla si es menester tres ó cuatro veces en el día, agregando á esto sanguijuelas en el cuello, en las sienes y detrás de las orejas».

Pajot también lo aconseja en las mujeres robustas y pletóricas.

Tarnier recomienda el empleo de la sangría en todos los casos de eclámpsia. Budin restrinje las indicaciones de la sangría y dice que se la debe realizar cuando la temperatura es mayor de 40º, cuando los accesos sean muy aproximados y la congestión del encéfalo intensa.

La sangría es practicada en cualquier período que se manifiesten las convulsiones, en el embarazo, en el trabajo ó después del alumbramiento; la vena que se elige actualmente es la mediana cefálica, cuando ella está bien visible.

La sangría conduce casi siempre al alejamiento de los accesos, disminuye la violencia de éstos y los intervalos que los separa se hacen más largos.

Los adversarios de la sangría la reprochan de favorecer las trómbosis puerperales y la pioemia; de llevar á la enferma á un estado de debilidad que hace las convalecencias muy largas.

Creo que las sangrías moderadas son indicadas y producen resultados muy eficaces. Cada sangría que se haga debemos efectuar una inyección de suero fisiológico, haciendo llegar así una masa considerable de agua salada al 7 por 1000. Deben ser hechas en el tejido celular subcutáneo, pero en los casos urgentes la inyección puede hacerse directamente sobre una vena. El aumento de orinas y de la transpiración, es el resultado que obtenemos, que, por otra parte, es muy beneficioso para la enferma puesto que elimina gran cantidad de toxinas.

2º *Método Anestésico.*—Los agentes más empleados en este método son el éter, cloroformo y el hidrato de cloral.

El éter se ha abandonado, siendo sustituído por el cloroformo.

Fué Richet, en 1848, quien aplicó las inhalaciones de cloroformo en el tratamiento de la eclámpsia, esta experiencia fué feliz; y á tal punto se ha generalizado, que hoy constituye uno de los agentes más preciosos de la terapéutica de esta enfermedad. Se ha discutido largo tiempo la manera de administrarlo, mientras unos autores dicen que hay que llevar la

narcosis á un punto tal, que el organismo sea saturado, otros reprochan esta forma, por su acción desfavorable sobre el hígado y el riñón.

Hoy día, dice M. Bonnaire, no se emplea el cloroformo sino en la forma de inhalaciones intermitentes, en el momento preciso en que aparezcan algunas tremulaciones que indiquen la proximidad del acceso, se sidera el sistema nervioso por una dosis de cloroformo. En los casos que este acceso no haya podido ser determinado, se observa que es de poca duración é intensidad.

Esta manera de administrarlo exige de parte del médico una vigilancia sumamente atenta, pero en cambio ofrece la ventaja de reducir la cantidad de anestésico á emplear.

La indicación del uso del cloroformo es absoluta en todos los casos de eclámpsia, se le puede dar sin temor, porque es un hecho bien conocido de los parteros, que las mujeres en estado de puerperalidad lo soportan con gran facilidad.

Este medicamento no actúa solamente á título de antiespasmódico, él constituye un agente antiséptico para la intimidad de los tejidos y su acción es análoga bajo este punto de vista á la del cloral.

Para que la indicación del cloroformo de buenos resultados, es necesario que en cuanto se inicien las tremulaciones de los músculos de la cara, se aplique la careta ó las compresas anestésicas. Gracias á la prontitud de esta operación, es que se verá el acceso abortar sin haber llegado á manifestarse sino por simples sacudidas.

El Hidrato de Cloral es otro medicamento heroico para el tratamiento de las eclámpticas. Liebreich, lo aplicó por primera vez en 1869. Bouchut lo aconsejó en la eclámpsia y Serre Debauparié lo administró á una eclámptica obteniendo su curación.

Este medicamento ha sido usado como preventivo y como curativo.

Se lo da en el momento de iniciarse los accesos ó en el período prodrómico, cuando se nota la intoxicación profunda del sistema nervioso y que todo hace prever la aparición próxima de la enfermedad.

Se puede administrarle por la boca, en enemas, en inyecciones hipodérmicas ó intravenosas.

Por la vía bucal según Fanny, es el mejor procedimiento; se dá á la dósis de 4 gramos y aun más, en una poción gomosa.

Charpentier aconseja asociar este medicamento á las sangrías; reasume el tratamiento de la eclámpsia en estas dos proposiciones.

1ª Comenzar por sangrías moderadas de 200 á 300 gramos.

2ª Administrar el hidrato de cloral á dosis relativamente elevadas.

Las inyecciones intravenosas no se usan por los peligros que ellas entrañan.

Las inyecciones subcutáneas, expone á los accesos flemones y gangrenas.

Por la vía rectal la administración del cloral tiene la ventaja que puede recetársele cualquiera que sea el estado de la enferma, desgraciadamente no es

siempre retenido en el intestino, constituyendo por este hecho un medio infiel; he ahí una fórmula.

Hidrato de cloral 10 gramos.
Agua destilada 200 gramos.
Blanco de huevo número 1.

Si este enema es devuelto se puede repetir un segundo, y si hubiera necesidad, un tercero hasta que el medicamento sea tolerado.

Es preciso empezar por dósis medianas de cuatro gramos, ir repitiendo poco á poco las dosis hasta la cesación completa: si los accesos continúan ó cesan es preciso abstenerse de darlo durante algunas horas; si despues de este tiempo hay amenaza de nuevos accesos se administrará otro enema de cloral hasta dar en 24 horas, de doce á quince gramos.

Apoyándose sobre la insuficiencia tiroídea, se ha propuesto el tratamiento por la opoterápia tiroideana. Nicholson cita una observación de una mujer multípara eclámptica durante la preñez; bajo la influencia del tratamiento tiroideo los accidentes cesan, llega á término y da á luz un niño vivo.

O. Gutbrod. Llama la atención sobre el éxito obtenido administrando yoduro de potasio.

Cita una mujer que había tenido dos embarazos con ataques de eclámpsia. En el tercer embarazo y, ya en el séptimo mes, la enferma que empezaba á sentirse mal se le presenta en su consultorio, y le administra yoduro de potasio. Como resultado de esta indicación la mujer llega á término y da á luz un niño vivo, sin haber tenido ningún acceso eclámptico.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Ú OBSTÉTRICO

Se trata de poner término de un modo rápido á la situación grave de la enferma.

Agotadas todas las indicaciones médicas, sólo nos falta considerar el procedimiento obstétrico á tomar.

Se deberá, pues, terminar el parto, sea por el forceps, sea por la versión.

¿Qué hacer? Es indispensable que el útero esté vacío. ¿Y cómo y cúando debe practicarse esta depleción?

Si el trabajo no ha comenzado se esperará, á menos de tener gran urgencia, que las contracciones se manifiesten expontáneamente; no se hará sino excepcionalmente el parto provocado (Auvard).

Si el trabajo ha comenzado, se evitará el parto forzado, siempre que la madre no esté amenazada de perder su vida, en cuyo caso será justificado recurrir á medios capaces de activar la dilatación.

Cuando la dilatación es completa no se debe dudar de terminar el parto, sea por el forceps, sea por la versión y extracción.

Depaul agrega: «Si el orificio está dilatado, aunque insuficientemente, estando vivo el niño, si el trabajo marcha lentamente, si son rígidos los bordes del orificio del cuello del útero, en la esperanza de conservar la vida del niño, legítima una intervención activa y suministra la indicación de algunas incisiones sobre los bordes del orificio.

Diferentes opiniones reinan sobre la oportunidad de intervenir en los casos en que no ha principiado el trabajo. Mientras unos sostienen de que hay que actuar con ciertas reservas (Litrmann, Stolter, Braun, Tarnier, Busch y Bailly), otros son partidarios de la abstención (Dubois, Pajot, Depaul y Blot).

El profesor Charpentier es adversario al parto provocado y al parto forzado. Este autor concluye: «una vez el trabajo declarado, asegurarse que el cuello está bien dilatado ó es susceptible de dilatarse y terminar rápidamente el parto por el forceps ó la versión».

En los casos que hay rigidez del cuello se puede debridar éste, haciendo incisiones laterales ó posteriores.

Jaulín es partidario de la provocación del parto y funda su manera de ver en las razones siguientes:

1ª El feto es muerto por las convulsiones; es preciso, pues, substraerlo á este peligro.

2ª El parto no salva siempre á la madre, pero ordinariamente las convulsiones cesan después de la expulsión del feto.

3ª La operación no agrava el estado de la madre.

La deplesión uterina se obtiene por dos métodos:

Por el parto forzado y por el parto provocado.

Parto Forzado.—Este método tiene sus partidarios y sus adversarios ardientes, estando casi abandonado por la mayoría de los tocólogos á causa de las desgarraduras y roturas que se producen. Sin embargo, se recurrirá á él en casos graves de eclámpsia,

de placenta previa con grande hemorragia y muerte inminente del niño. Es, pues, una operación excepcional en la vida de la mujer, no se la debe tentar sino cuando se está bien seguro que el niño vive y es urgente la terminación del parto.

Después de la muerte de la mujer, este método permitirá á veces salvar la vida del niño que aún vive.

Este método es instrumental ó manual. Los medios empleados son pues dilatadores ordinarios; ramas del forceps, etc.; ó bien la mano introducida en la vagina, se va introduciendo sucesivamente en el cuello uno, dos, tres dedos, hasta que haya penetrado la mano entera.

Parto Provocado.—Los medios que disponemos para la provocación del parto, son: 1º la perforación de las membranas; 2º introducción en el útero de un cuerpo dilatable ó no dilatable.

El primer procedimiento tiene el inconveniente de privar al feto de una cantidad de líquido amniótico que expone á los peligros del parto.

El segundo procedimiento es más práctico; se hace uso de la vejiga de Tarnier, conducida al interior del útero por medio de un conductor especial; se hace uso igualmente de la vejiga inextensible de Charpentier de Ribes, esta tiene la ventaja de provocar con rapidez el parto y dilatar el cuello rápidamente.

Un tratamiento más rápido que los mencionados, es la operación cesárea, que se pone en práctica

muy rara vez, sólo en el caso que el estado de la madre sea gravísimo, el feto esté vivo y que el trabajo esté poco adelantado, para permitir la extracción rápida del feto por las vías naturales.

Halberstma, en el año 1896, insiste sobre las ventajas que presenta esta operación como tratamiento de la eclámpsia, encontrando partidarios en el extranjero como Olshausen y Mangiagalli entre otros.

Entre nosotros la operación Cesárea en la eclámpsia puerperal ha sido practicada por primera vez por los profesores doctores José F. Molinari y Fanor Velarde, en el mes de mayo de 1905.

Se trataba de una eclámptica que se presentaba en circunstancias excepcionales:—Entra á la clínica en estado comatoso; 160 pulsaciones por minuto y .40º de temperatura; los latidos fetales—son frecuentes y débiles, lo que nos indica que el feto sufre.

Era pues necesario proceder rápidamente y por un método que no despertara contracciones uterinas tan intensas, como los procedimientos usuales (vía vaginal); toda la intervención dura 25 minutos, extrayendo un feto vivo, y la madre sale de alta á los 41 días de ser operada, completamente curada.

Otro procedimiento quirúrgico es la operación de Dührssen ó Cesária vaginal conservadora.

En la República Argentina el primero que ha practicado esta operación ha sido el Profesor Suplente de Clínica Obstétrica doctor Enrique Zárate, en una mujer eclámptica en estado gravísimo, coronando su esfuerzo el éxito obtenido, pues salvó á la madre y al hijo.

En fin, citaré un tratamiento, recientemente empleado, me refiero á la decorticación del riñón.

Este procedimiento preconizado por Edebohls (de New York) consiste en decapsular el riñón en las mujeres que presentan accidentes graves. En dos observaciones que cita este autor, las crisis eclámpticas fueron conjuradas.

Pausson y Chambrelent también practicaron esta operación y la nefrectomia del riñón derecho.

Debido á los peligros que acompaña á este tratamiento quirúrgico, sólo se recurrirá á él como última instancia, cuando todos los otros procedimientos se hayan agotado.

CONCLUSIONES

I

La eclámpsia puerperal es una toxemia que se presenta en un terreno predispuesto.

II

La vigilancia del embarazo y su profiláxia contribuyen poderosamente á evitar los accesos de eclámpsia.

III

Aparecidos los ataques de eclámpsia se debe:

a) Cuando son distanciados y poco intensos recurrir al tratamiento médico.

b) Cuando son repetidos é intensos recurrir á la intervención que aconseja el caso.

OBSERVACIONES

I

OBSERVACION PARTICULAR

Caso de eclampsia puerperal de la clientela particular del profesor doctor Eliseo Cantón, asistido en el Sanatorio de los doctores Carrera, Leiguarda y Carrasco.

La historia clínica de esta enferma es digna de tenerse en cuenta por la gravedad que revistió el puerperio. Trátase de una mujer morfinómana, que la víspera de sus ataques ella misma se hacía inyecciones hipodérmicas de morfina, llegando á tomar 0,10 centígramos diarios.

De manera que á la intoxicación gravídica se agrega la intoxicación por la morfina, y como veremos en el curso de su marcha, el estado desesperante

que presentó la enferma por la doble intoxicación, á tal punto, que pensábamos en su fin próximo. Sin embargo el cuadro agónico de la eclámptica cambió rápidamente, y á los ocho días siguientes la enferma sale de alta completamente curada.

M. E. de Sereno, edad 22 años, de nacionalidad argentina; entró á la clínica el 9 de abril de 1907.

Antecedentes	*Hereditarios*.....	Sin importancia.
	Fisiológicos.....	Ha caminado siempre bien. Reglado á los doce años; le duran cuatro días; abundantes, sin dolor.
	Patológicos.....	Sarampión; coqueluche.

Embarazos y partos anteriores: primípara.

Embarazo actual

Fechas de las últimas reglas: ignora.

Aparición de los movimientos activos: 4 meses y medio.

Altura del útero: 26 centímetros.

Edad del embarazo: á la entrada en la clínica, 8º mes; en el momento del parto, 8º mes.

¿De dónde viene la mujer? Ciudad.

Accidentes y complicaciones	Constipación pertinaz; dolores fuertes de cabeza; morfinómana; ella misma se inyecta hasta diez inyeceiones por día de 0.01 centígramos.
Examen de las orinas	En el momento del parto, 4 0/00 de albúmina.

EXAMEN

General.....
- Esqueleto bien conformado. sin estigmas de raquitismo.
- Piel ligeramente trigueña; línea blanca pigmentada.
- Corazón, tonos reforzados; hipertensión del pulso. Pulso, 80 pulsaciones por minuto.
- Pulmones, normales.
- Edemas, ligero en los miembros inferiores.
- Várices, no hay.

Obstétrico.....
- Senos grandes, bien conformados. Areola pigmentada. Tubérculos Mongomery bien marcados.
- Vientre, longitudinal.
- Utero, un poco desviado á la derecha.
- Tensión de las paredes, buena tensión.
- Presentación, cefálica.
- Encaje si.
- Posición y variedad, O. I. I. A.
- Latidos fetales, 140 por minuto.

Observaciones

El día 9 de abril de 1907, se presenta en el consultorio del profesor doctor Cantón, una enferma acompañada de su esposo, con pisada insegura, llevándose por delante todo lo que encontraba á su paso. El doctor Cantón, al verla entrar, pensó en lo que más tarde confirma con el examen. Presentaba gran agitación, inquieta, facie tumefacta, edema de los miembros inferiores, pulso tenso.

El primer ataque tiene lugar en el mismo consultorio. Un ataque típico de eclámpsia que dura dos minutos. Una vez vencido, fué trasladada á su domicilio, donde se repiten dos ataques, más intensos que el primero. En casa de la enferma observa el doctor Cantón que se trataba de un caso grave, y como medida inmediata le hace una sangría de 450 gramos de sangre, y dispuso que la enferma fuera

llevada al Sanatorio de los doctores Carrera, Leiguarda y Carrasco, para intervenir inmediatamente, pues eran tan repetidos é intensos los accesos que la vida de la madre y la del feto estaba seriamente comprometida.

Llevada al citado Sanatorio, donde el que suscribe se hallaba en calidad de médico interno, tuve oportunidad de seguir desde entonces de cerca la enferma en cuestión.

Colocada en la mesa de operaciones, tuvo dos ataques de tres minutos de duración cada uno, en el intervalo de un cuarto de hora; fueron vencidos por ligeras inhalaciones de cloroformo.

Previa antisepsia y anestesiaclorofórmica, se procedió al examen y ver el grado de dilatación: cuello íntegro de nulípara, blando, permite la entrada del dedo meñique.

Se procedió á la dilatación con el dilatador de Bossi modificado, pero como progresara lentamente, opta por la dilatación manual; introduce primero un dedo, después otro, hasta introducir la mano; en este momento hace varios movimientos ascendentes y descendentes para completar la dilatación. Estando la mano en la cavidad uterina, rompe la bolsa de las aguas y va en busca de un pie, que toma en la mano entre sus tres dedos, formando un lazo en la región del tobillo y moleolos; extrae un feto que respira inmediatamente. El alumbramiento se hace normalmente.

Durante la operación se le inyectan 500 gramos de suero fisiológico, y 0,25 centígramos de cafeina.

Después de haber sido evacuada la cavidad uterina, el estado de la enferma mejora; pero á las tres horas comienzan otra vez los ataques, cuya duración es de tres minutos, teniendo que recurrir, para vencerlos, á las inhalaciones de cloroformo.

Día 10—El estado de la enferma es delicado; los ataques se repiten cada diez minutos con la misma intensidad que el día de la víspera de la operación. Se le administra una enema purgante, dando lugar á una evacuación abundante y muy fétida. Se le inyectan 1500 gramos suero fisiológico. Se sonda á la enferma y se extraen 60 gramos de orina oscura, y revelando abundante cantidad de albúmina; pulso 120, regular tensión.

Día 11—La enferma sigue en estado de coma profundo, siendo interrumpido este estado por accesos que se suceden cada cuarto de hora; pulso débil, 160 por minuto, disnea, facie abotagada cianótica; inflamación conjuntival.

Tratamiento: Una cucharada de aceite ricino con una gota aceite de croto; se le hizo tragar apretándole las fosas nasales y abriéndole la boca. La enferma es vigilada constantemente y se le dan inyecciones de cafeina, cada tres horas, consultando el estado del pulso. Durante el día se le hacen tres inyecciones de suero fisiológico de 500 gramos.

Lavajes vaginales. Se sonda y sólo se extraen unas gotas orinas oscuras.

Día 12—El estado en el día de hoy es más grave que los días anteriores. Coma profundo, cara cianó-

tica, edema generalizado, respiración tipo Cheyne Stokes, pulso muy débil; hay momentos que no se perciben. Temperatura 40º 4. Los accesos convulsivos han desaparecido.

Una enferma agonizando es el cuadro que presenta nuestro caso, haciéndonos pensar en un fin próximo.

Tratamiento: tres inyecciones suero de 500 gramos cada una; cafeina cada dos horas (0,25 centígramos); pilocorpina 0,01 centígramos. Durante esta noche y después de la inyección de pilocorpina la enferma traspira muy abundante. Se le extraen 100 gramos orina muy oscura y albuminosa. Lavajes vaginales.

Día 13—Amanece en coma, pero menos profundo; el pulso es más tenso: 130 por minuto; la respiración ha perdido el tipo agónico; una abundante deyección tiene lugar; orina 300 gramos.

En vista de este cambio brusco, nuestro pronóstico cambia favorablemente.

Tratamiento: suero fisiológico, cafeina, pilocorpina, enemas; por la noche se le comienza á administrarle líquidos por la boca y lo traga inconscientemente. Lavajes vaginales.

Día 14—La mejoría se acentúa notablemente; responde vagamente á las preguntas que se le dirigen; orina más abundante que el día anterior; toma líquidos con gran deseo. La inteligencia no se halla bien despejada: grita, insulta, etc.

Día 15—Entra en un estado de franca mejoría; pide á gritos le den una inyección de morfina.

Día 16—Completamente despejada; insiste le den morfina porque se siente morir.

La morfina fué prohibida en absoluto por el profesor Cantón.

Día 17—Se levanta de la cama.

Día 18—Sale de alta completamente curada. El feto que al nacer pesaba 1800 gramos, era del sexo femenino, fué entregado á una ama en perfecta salud.

PUERPERIO

Fechas

R	P	T	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.
			9		10		11		12		13		14		15		16		17		18																			
80	180	42°																																					
75	170																																						
70	160	41°																																					
65	150																																						
60	140	40°																																					
55	130																																						
50	120	39°																																					
45	110																																						
40	100	38°																																					
35	90																																						
30	80	37°																																					
25	70																																						
20	60	36°																																					
15	50																																						
10	40	35°																																					
ORINA																																						

Maternidad del Hospital San Roque

SERVICIO DEL PROFESOR DOCTOR ELISEO CANTÓN

II

Filomena I. de Genovez, edad 38 años, ocupación quehaceres domésticos, nacionalidad italiana; entró á la clínica el 24 de enero de 1907 á las 10 a. m.

ANTECEDENTES	*Hereditarios*.....	Sin importancia. No ha habido embarazo gemelar.
	Fisiológicos.....	Ha caminado á: ignora. Ha caminado siempre bien. Reglado á los 14 años; duran ocho días: regulares y dolorosas.
	Patológicos.....	Viruela, fiebre tifoidea, varicela, escarlatina y sarampión.

Embarazos y partos anteriores: 6 embarazos á término y partos expontáneos. Los 4 primeros, del sexo masculino; los dos últimos, femeninos. Viven y son sanos; todos fueron alimentados por la madre, y son hijos del mismo padre que el del actual embarazo.

Embarazo actual

Fecha de las últimas reglas: mayo del 6 al 8.

Aparición de los movimientos activos: á los 4 meses.

Altura del útero: 29 centímetros y 8 por encima del ombligo.

Edad del embarazo: á la entrada en la clínica, 7º mes; en el momento del parto, 7º mes.

¿De dónde viene la mujer? Ciudad.

Accidentes y complicaciones: **Cefalalgia diariamente; zumbidos de oídos; vómitos; inapetencia.**

Examen de las orinas: **Hay vestigios.**

EXAMEN

General.....
- Esqueleto bien conformado, sin estigmas de raquitismo.
- Piel trigueña; línea blanca pigmentada.
- Corazón normal.
- Pulmones idem.
- No hay edemas.
- Várices superficiales en los miembros inferiores.

Obstétrico.....
- Senos pequeños. Areola pigmentada. Hay calostro y tubérculos Mongomery.
- Vientre globuloso.
- Utero desviado á la derecha.
- Tensión de las paredes, flacidas.
- Presentación cefálica.
- Sin encaje.
- Posición y variedad: D. T.
- Pelvimetría externa: B. T. 30; B. I. 28; B. E. 22; S. P. 20.
- Pelvimetría interna: P. P. M., normal.
- Latidos fetales no hay.

Observaciones

Según refiere el esposo, el año pasado tuvo una gran metrorragia, de cuya patogenia no sabe dar datos. La mujer ha llevado bien su embarazo hasta el día de ayer (23 á las 3 p. m.). En ese momento

y después de un disgusto, tuvo una gastralgia con vómitos, que le duraron hasta las 11 p. m., hora en la cual se presentó un primer ataque de eclámpsia. Después, y hasta las 8 de la mañana de hoy, ha tenido cinco ataques, por lo que es trasportada á la Clínica.

Llega en las siguientes condiciones: Inconsciente, mareada; responde á las excitaciones exteriores y á las contracciones uterinas con movimientos generales del cuerpo. No hay edemas, ni alteraciones pupilares, reflejos normales; hay ligera contractura de la nuca; labios fuliginosos y con manchas de sangre; lengua sin señales de mordeduras. Temperatura 38º 8. Pulso 110 depresible, regular. Hay trabajo de parto.

Después de este examen en una eclámpsia, por lo cual se decide extraer el feto que no da ya señales de vida, pero á los pocos minutos sobreviene un ataque, cuya duración alcanzó 15 segundos que confirma el diagnóstico.

Bajo anestesia clorofórmica dada casi á la reina, porque hay síntomas de aortitis crónica, se efectúa la dilatación del cuello con Bossi modificado, estando con 5 cents. de dilatación, engrosado y con hendidura transversal; la presentación es de vértice en posición derecha, la bolsa rota; se ignora desde cuando. Se termina por una Basiotripsia que se extrae un feto prematuro. Alumbramiento normal; lavaje intrauterino con agua 48º. Se sonda y se extrae unos 5 centímetros cúbicos de orina turbia, de

color amarillo sucio; el análisis da presencia de albúmina.

Se le inyectan 1000 gramos suero artificial y se le administra una enema drástica. A los tres minutos del alumbramiento y al introducir la sonda intrauterina tuvo un nuevo ataque igual al anterior. A las dos horas de la intervención, la temperatura sube á 39º 6 y 124 pulsaciones por minuto. A las 6 p. m. se le da otra inyección de 500 gramos. La mujer permanece en estado soporoso durante 10 horas para ir recuperando lentamente el conocimiento en el trascurso de 24 horas (v. Puerperio).

PARTO

Principio del parto: enero 23 á las 4 p. m.

Entrada á la sala de partos: enero 24 á las 10 y media a. m.

Estado de dilatación al entrar: 5 centímetros.

Encaje: D. T.

Dilatación completa: forzada.

Rotura de las membranas { *Expontánea*..... { Prematura... / Precoz..... / Tempestiva.. } } Ignora.

Expulsión del feto: á las 11 horas y 15 minutos antes meridiano.

Cantidad de sangre perdida antes de la expulsión: ninguna.

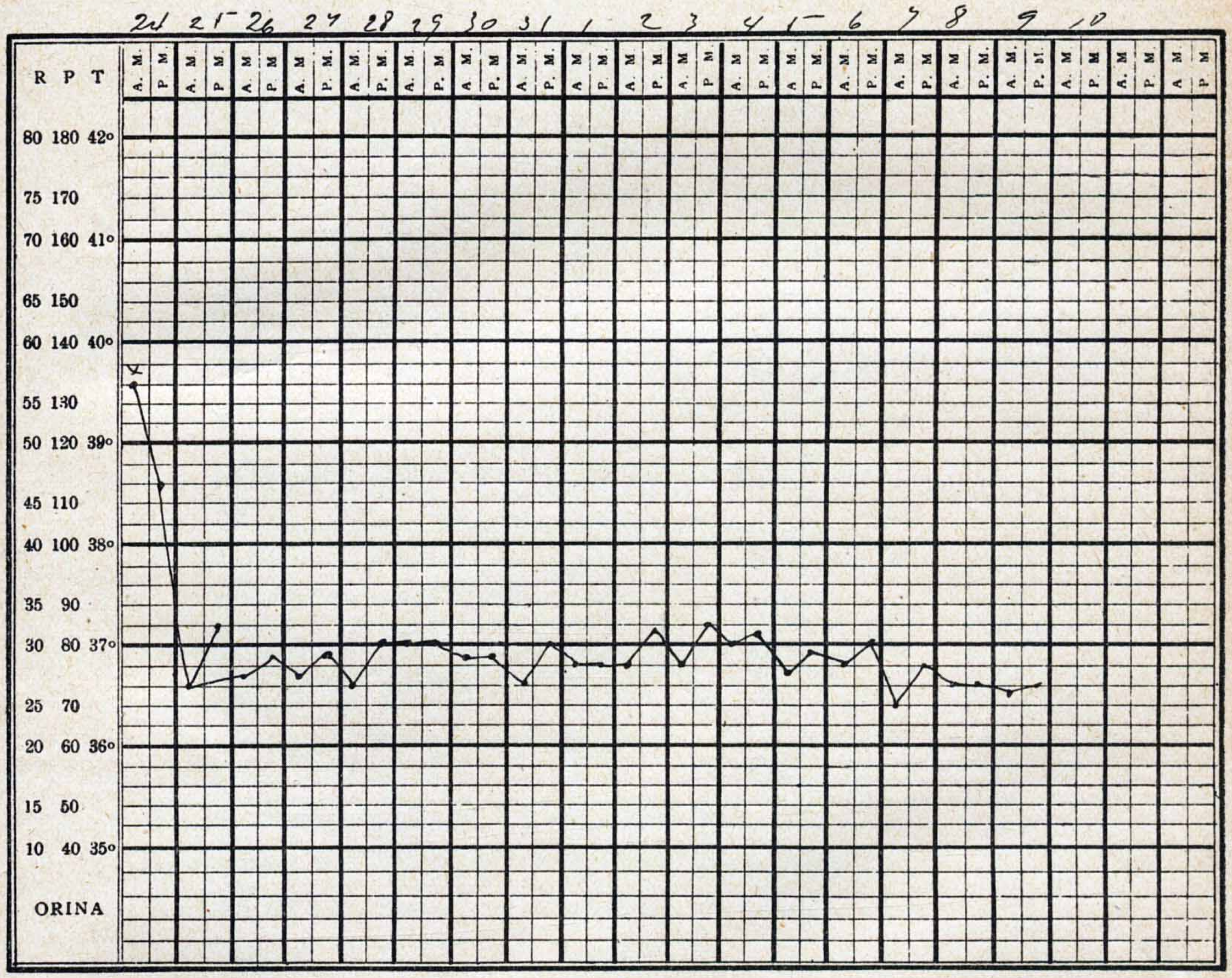
Cantidad de sangre perdida desde la expulsión hasta el alumbramiento: 30 gramos.

Lesiones vulvo-perineales: ninguna.

PUERPERIO

Fechas Enero 21

21 21 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



OBSERVACIONES

(X)
A. las 2 horas de la intervencion
Dia. 25 - estado general satisfactorio, estado intelectual deficiente perdida de la memoria (no recuerda el número de hijos que tiene) en el domicilio de su casa.
Trat. Tempe. Dieta ant. 500 grs

M. N., nacionalidad argentina; entró á la clínica el 31 de enero de 1907; entró en la sala el 1º de febrero.

Antecedentes	*Hereditarios*	No da datos de sus padres.
	Fisiológicos	Ha caminado siempre bien. Reglado á los doce años; regulares.
	Patológicos.....	Sarampión.

Embarazos y partos anteriores: primípara.

Embarazo actual

Fecha de las últimas reglas: ignora.

Aparición de los movimientos activos: ignora.

Altura del útero: 30 centímetros y 10 por encima del ombligo.

Edad del embarazo: á la entrada en la clínica, 8 meses y medio; en el momento del parto, 8 meses y medio.

¿De dónde viene la mujer? Ciudad.

Accidentes y complicaciones	Vómitos biliosos alimenticios en los dos primeros meses de su embarazo; flujo amarillo poco abundante durante todo el embaraz·.
Examen de las orinas	Durante el embarazo, febrero 1º, hay albumina 1 °/₀₀. En el momento del parto hay albumina.

EXAMEN

General.....
- Esqueleto pequeño, sin estigmas generales de raquitismo.
- Piel de color trigueño; línea parda pigmentada.
- Corazón normal. La punta ni se ve ni se palpa.
- Edemas grandes en los miembros inferiores, superiores y parpados.

Obstétrico.....
- Vientre globuloso.
- Utero, en la línea media.
- Paredes tensas.
- Presentación cefálica.
- Posición y variedad: D. T.
- Pelvimetría externa: B. T. 31; B. I. 27; B. E. 23; S. P 19.
- Conformación pelviana, 9,5.
- Latidos fetales 150.

Observaciones

Esta mujer ingresa á la Clínica el día 31 de enero de 1907. Llama la atención en ella el edema pronunciado de los párpados, de las manos y de los pies. No acusa ningún síntoma subjetivo de autointoxicación gravídica, vómitos, cefalalgia, dolores de estómago; el vientre mueve regularmente. Se le prescribe régimen lácteo exclusivo. A las 5 p. m. del día 1º de febrero, sin señales de ninguna especie, la enferma es objeto de un ataque de eclámpsia, de un minuto de duración, caracterizado por períodos de invasión de convulsiones tónicas y clónicas. La enferma recupera completamente el conocimiento; se le prescribe enema drástica. Después de este ataque el pulso permanece muy tenso, con ligeras intermitencias y en número de 88; hay dispnea; la auscultación cardíaca demuestra los tonos reforzados, sobre todo el segundo tono aórtico, denota además ligera aritmia, y en ciertos momentos ruido de ga-

lope. 20 minutos después, se repite un nuevo ataque con los mismos caracteres que el anterior. Se practica una sangría de 400 gramos y una inyección hipodérmica de suero artificial. Desde entonces, los accesos se repiten siete veces, siempre con intervalos de 20' y un minuto de duración. Durante el intervalo de los ataques, la mujer permanece en coma profunda. Después de esta primera serie de ataques, transcurren tres horas, durante las cuales los ataques no se repiten.

La enferma permanece en estado de agitación, con delirio obceno é incoherencia de las ideas. No obstante el tratamiento instituido, el pulso se mantiene tenso; temperatura 37º2. Los latidos fetales hasta ahora han sido normales. Vista la marcha de la enferma, se piensa en su terminación favorable. Tres horas después se inicia otro ataque con los caracteres de siempre.

La mujer permanece en coma con gran agitación; el pulso 120, siempre tenso. Se resuelve provocar el parto. Antes de intervenir los ataques se repiten dos veces.

Operación: Se efectúa á las 12 de la noche del día 1º de febrero de 1907. Dilatación artificial. Versión interna. La intervención se lleva á cabo en las siguientes condiciones: Cuello íntegro de nulípara; presentación cefálica, sin encaje en D. T. Se hace primero la dilatación digital (Bonnaire) hasta 5 centímetros y se termina hasta 10 centímetros con dilatador de Bossi modificado, sin inconvenientes y

sin desgarradura cervical. La versión se termina sin dificultad, obteniéndose un feto vivo que respiró en el momento. Durante la intervención con anestesia-clorofórmica, no se observa ningún ataque convulsivo. Después de la intervención, el estado de la enferma se pone grave: el pulso sube á 160, regular tenso; la enferma permanece en coma hasta cuatro horas después, que tiene otro ataque, que en el intervalo de una hora se repiten tres veces. Dos horas y 25' después tuvo otro ataque; tres horas después comienza otro ataque, seguido de otro á los 20'. Se le practica una inyección suero 1000 gramos. Temperatura en este momento 38º 6, 160 pulsaciones, conservándose siempre tenso. No hay orina.

Día 2 (11 a. m.)—Un ataque convulsivo de corta duración y poca intensidad; tres horas después otro ataque en las mismas condiciones del anterior, y desde entonces los ataques se repiten cada tres horas con bastante regularidad durante todo el día hasta las 7 y media p. m., que cesan para repetirse á las 10 ante meridiano del día 3 de febrero á las 6 a. m. Durante las doce horas que siguen, los ataques se repiten con regularidad cada dos horas y media á tres horas. En la tarde del día de hoy (3 de febrero), las condiciones generales de la enferma son aparentemente mejores. Pulso 140. Temperatura 39º 2; orina relativamente abundante (micción inconsciente).

Desde entonces los ataques no se repiten; la mujer permanece en coma y muere once horas más tarde.

Tratamiento instituido ha sido el siguiente: Inyecciones diarias de suero 1500 gramos; cafeina; oxígeno.

Niño.—Sexo, masculino. Estado físico, prematuro. Longitud total, 44 centímetros. Peso el día del nacimiento, 2.250 gramos.

PUERPERIO

Fechas Febrero

R	P	T	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.
80	180	42°																																									
75	170																																										
70	160	41°																																									
65	150		(2)																																								
60	140	40°																																									
55	130																																										
50	120	39°																																									
45	110																																										
40	100	38°	(1)																																								
35	90																																										
30	80	37°																																									
25	70																																										
20	60	36°																																									
15	50																																										
10	40	35°																																									
ORINA																																											
Dias del puerperio				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19																				

Subida de la leche á los días. *Altura del útero al abandonar la cama (por encima de la sínfisis)* *cents.*

OBSERVACIONES

(1) a las 10 p. m.

(2) En el momento de la segunda serie de etapas

Isabel P. de Oliva, edad 26 años, ocupación planchadora, nacionalidad española; entró á la clínica el 20 de febrero á las 6 horas y 20 minutos a. m.; entró á la sala ídem.

Antecedentes	*Hereditarios*.....	Sin importancia.
	Fisiológicos.....	Ha caminado siempre bien. Reglado á los catorce años; le duran seis ó ocho días; abundantes é indoloros.
	Patológicos.....	Coqueluche.

Embarazos y partos anteriores: primípara.

Embarazo actual

Fecha de las últimas reglas: del 25 de mayo al 1º de junio.

Aparición de los movimientos activos: á los 7 meses.

Altura del útero: 34 centímetros y 16 por encima del ombligo.

Edad del embarazo: á la entrada en la clínica, á término; en el momento del parto, á término.

¿De dónde viene la mujer? Ciudad.

Accidentes y complicaciones	Vómitos alimenticios; ardores á la micción.
Examen de las orinas	En el momento del parto no fué posible recoger orinas.

EXAMEN

General.....
- Esqueleto pequeño, bien constituido, sin estigmas de raquitismo.
- Piel trigueña; línea blanca pigmentada.
- Corazón normal.
- Pulso ídem.
- Pulmones normales.
- Edemas, exagerada en los miembros inferiores. vulvar y suprapulvioma.

Obstétrico.....
- Senos pequeños. Areola pigmentada. Hay calostro y tuberculo Mongomery.
- Vientre ovoideo de eje longitudinal.
- Utero en la línea media.
- Paredes tensas.
- Presentación cefálica.
- Posición y variedad, O I I.
- Pelvimetría interna P. P. M. digital, normal.
- Latidos fetales 158.

Observaciones

Durante todo el curso del embarazo ha tenido hasta el día antes del parto, vómitos alimenticios después de las principales comidas, que eran seguidas de ardores intensos del estómago y de pirosis durante 10'; es la única complicación que ha notado. Además, niega todo antecedente patológico anterior. No hay antecedentes ni estigmas de histerismo.

Sin prodromos de ninguna especie y después de 28 horas de trabajo, fué tomada repentinamente por un ataque convulsivo, seguido de otro á la hora, por lo cual fué transportada á esta clínica, sufriendo en el trayecto otro ataque. A su llegada se presenta un nuevo ataque, que estudiado en sus síntomas, no puede atribuirse sino á eclámpsia; después de él la enferma recupera el conocimiento; conversa y da datos sobre el curso de su trabajo, mientras se prepara lo necesario para extraer el feto (media hora después otro ataque).

La enferma dice que no recuerda nada de lo que le ha sucedido, ni tampoco de lo que ha dicho durante los intervalos de los ataques. En su casa fué vista por una partera y un médico, porque el trabajo se prolongaba; ambos hicieron tactos, usando aceite como lubrificante.

La partera rompió la bolsa después de 22 horas de trabajo. Examinada, se constató grandes edemas en las extremidades inferiores y en la vulva (en donde son semejantes á los de la asistolia), útero con contracciones poco vigorosas: se comprueba que la presentación es cefálica OIIT (encajada), hay dilatación completa.

Por el estado de la mujer se decide terminar rápidamente el parto, para lo cual, bajo anestesia clorofórmica, se hace una aplicación de fórceps extrayéndose un niño en muy buen estado. Después de la extracción sobreviene una profunda hemorragia que se deja producir para aprovechar sus efectos terapéuticos, deteniéndose en el momento preciso con un lavaje caliente; se hace después del alumbramiento 1.000 gramos de suero artificial 1 c^3 cafeina. En este momento la temperatura llega á 38º y el pulso á 144 poco tenso regular; hay que hacer notar que antes de la intervención su frecuencia era de 120 pulsaciones por minuto. Después de la intervención los ataques no se repiten y la enferma mejora rápidamente.

PARTO

Principio del parto: febrero 18, á las 11 p. m.

Entrada á la sala de partos: febrero 20, á las 6 horas 20 minutos a. m.

Estado de dilatación al entrar: completa.

Variedad de la posición: O. I. I. A.

Dilatación completa: se ignora.

Expulsión ó extracción del feto: febrero 20, á las 8 y 30 minutos a. m.

Lesiones vulvo-perineales: 2º grado.

Examen del doctor González

Día 23—Estado general: bueno.

Glándulas mamarias: normales.

Examen del vientre: retraido indoloro; el útero está en la línea media, de regular consistencia, retraido y contráctil indoloro á la presión.

Región de los anexos: normales á la palpación.

Región vulvo-perineal: periné ocupado por una desgarradura completa, con sus bordes infiltrados y suturados con Crin de Florencia. Esta desgarradura completa de la orquilla, y se continúa unos 5 centímetros en la pared posterior de la vagina, la cual está suturada con Catgut; sus bordes están igualmente infiltrados y en vías de supurar.

Lequios: escasos, sanguinolentos y algo turbios.

Vagina: el resto de la vagina normal.

Cuello del útero: nada que llame la atención.

Tratamiento: lavaje vaginal y drenaje.

Día 24—Los bordes de la herida están cubiertos de exudado.

Curación: como el día anterior.

Día 25—La herida empieza á supurar y los bordes se retraen sin unir.

Curación: igual á días anteriores.

Día 26—La supuración es franca, eliminándose algunos puntos de sutura. Algunos exudados se desprenden.

Curación: igual ídem.

Día 27—Se retiran algunos puntos que aún persisten y la herida se reabre en toda su extensión y profundidad. En el fondo y en la superficie cruenta de los bordes de la misma hay algunos islotes de exudados amarillos; sus bordes inflamatorios.

El resto de la herida está interceta de granulaciones de buen carácter.

Llama la atención que el fondo del útero se mantenga alto, á 9 centímetros por encima del pubis, con una consistencia y contractilidad muy regular.

Curación: lavaje vaginal y drenaje con gasa la herida.

Día 28—Continúa bien (V. C. T.).

Tratamiento: el mismo.

Días 1º de mayo y sucesivos—Ha seguido sin novedad.

Día 6—Previa anestesia-clorofórmica, se avivan

las superficies del desgarro periné vulvo-vaginal. Se unen con cuatro puntos de sutura profundos y tres superficiales con Crin de Florencia.

ORINAS:

Densidad	10.15
Urea	9.60
Elementos fijos	34.95
Albumina	2.50 por mil

Pig. biliares—Tiene.

Observaciones microscópicas—Numerosas células epiteliales planas; regular número de fusiformes, algunas redondas; numerosos glóbulos rojos; regular número de leucocitos; algunos cilindros hialinos é hialinos granulosos.

Niño.—Sexo masculino. Estado físico, sano. Longitud total, 49 centímetros. Peso el día del nacimiento, 3.255 gramos.

PUERPERIO

Fechas Febrero 20 y Marzo.

R	P	T																																
			A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.
			20		21		22		23		24		25		26		27		28		1		2		3		4		5		6		7			
80	180	42°																																	
75	170																																		
70	160	41°																																	
65	150																																		
60	140	40°																																	
55	130																																		
50	120	39°																																	
45	110																																		
40	100	38°																																	
35	90																																		
30	80	37°																																	
25	70																																		
20	60	36°																																	
15	50																																		
10	40	35°																																	
ORINA			1600		2100		2000																												
Dias del puerperio					1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16

			A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.
80	180	42°																																	
75	170																																		
70	160	41°																																	
65	150																																		
60	140	40°																																	
55	130																																		
50	120	39°																																	
45	110																																		
40	100	38°																																	
35	90																																		
30	80	37°																																	
25	70																																		
20	60	36°																																	
15	50																																		
10	40	35°																																	
ORINA			1600		2100		2000																												
Dias del puerperio					1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16

Subida de la leche á los *dias.* *Altura del útero al abandonar la cama (por encima de la sinfisis)* *cents.*

OBSERVACIONES

(1) Se le administra un drástico de tintura de jalapa compuesta que le provoca abundantes deposiciones, siendo necesario practicarle lavoje vulvares despues de cada deposicion.

V

Francisca Demarzo de Ingeniero, edad 23 años, ocupación quehaceres domésticos, nacionalidad italiana; entró á la clínica el 8 de marzo á las 9 pasado meridiano; entró á la sala, ídem.

ANTECEDENTES	*Hereditarias*.....	Sin importancia. No ha habido embarazo gemelar.
	Fisiológicos.....	Ha caminado siempre bien. Reglado á los diez y seis años; duran dos ó tres años; poco abundantes y dolorosos.
	Patológicos.....	Ninguno.

Embarazos y partos anteriores: primípara.

Embarazo actual

Fecha de las últimas reglas: mayo del 7 al 10.

Altura del útero: 33 centímetros y 16 por encima del ombligo

Edad del embarazo: á la entrada en la clínica, 9º mes; en el momento del parto, á término.

¿De dónde viene la mujer? Ciudad.

Accidentes y complicaciones	Ninguna.
Examen de las orinas	En el momento del parto hay albumina.

EXAMEN

General..... { Piel blanca; línea poco pigmentada.
Corazón normal.
Pulmones normales.

Obstétrico..... { Vientre, eje longitudinal.
Utero, en la línea media.
Paredes tensas.
Presentación cefálica.
Encaje si.
Posición y variedad: O I I A.
Pelvimetría externa: B. T. 32; B. I. 27 1/2; B. E. 23 1/2; S. P. 20.
180 latidos.

Observaciones

Refiere el marido que antes de ingresar á esta Maternidad, hacía 49 horas que se iniciaron los dolores de parto; fué atendida por una tía, quien le practicó dos tactos sin lavarse las manos, y usaba aceite como lubrificante.

A las 9 p. m. del día 8 de marzo, estando tranquilamente sentada, le sobrevino un ataque convulsivo, por lo cual requiere los auxilios de la Asistencia, quien la trae en las siguientes condiciones: Pulso 128, regular, poco tenso; temperatura 37° 3; lucidez completa; no acusa ninguna alteración, fuera de los dolores propios al trabajo; útero con contracciones alejadas (10 á 15'), poco vigorosas, sin que provoquen la ayuda de los músculos abdominales; por la palpación se diagnostica una presentación cefálica encajada en I. A., latidos fetales 188 por'. El análisis de la orina extraída por la sonda da un gran anillo de albúmina, que aparece inmediatamente de ponerse en contacto con el ácido nítrico, lo que indica que su cantidad pasa de 3 por 1000.

Vulva pequeña y poco elástica (primipara) se encuentra la presentación en O. I. I. A., con dilatación completa. Teniendo en cuenta los antecedentes (eclámpsia) y accesoriamente los latidos fetales y la falta de progresión de la presentación, se decide terminar el parto. Bajo anestesia, se hace una aplicación forceps; se extrae un feto vivo y con una paresia facial izquierda, debido á la toma que fué oblicua y apoyó sobre emergencia del nervio. El alumbramiento se hizo normalmente; después de él sobrevino una hemorragia uterina, que obligó á efectuar una irrigación intrauterina á 48º.

PARTO

Principio del parto: marzo 6 á las 8 p. m.

Entrada á la sala de partos: marzo 8 á las 9 pasado meridiano.

Estado de la dilatación al entrar: completa.

Variedad de la posición: O. I. I. A.

Variedad de posición en el momento del desprendimiento: O. P.

Expulsión ó extracción del feto: marzo 8, á las 10 y 15 minutos p. m.

Cantidad de sangre perdida antes de la expulsión: ninguna.

Después de la intervención, la enferma se quejó de un brazo, y que examinada, resultó una luxación infracoracoidea de la cabeza del húmero izquierdo, producida en el público, probablemente durante un

ataque de eclámpsia. Se redujo fácilmente por maniobra de Kocher.

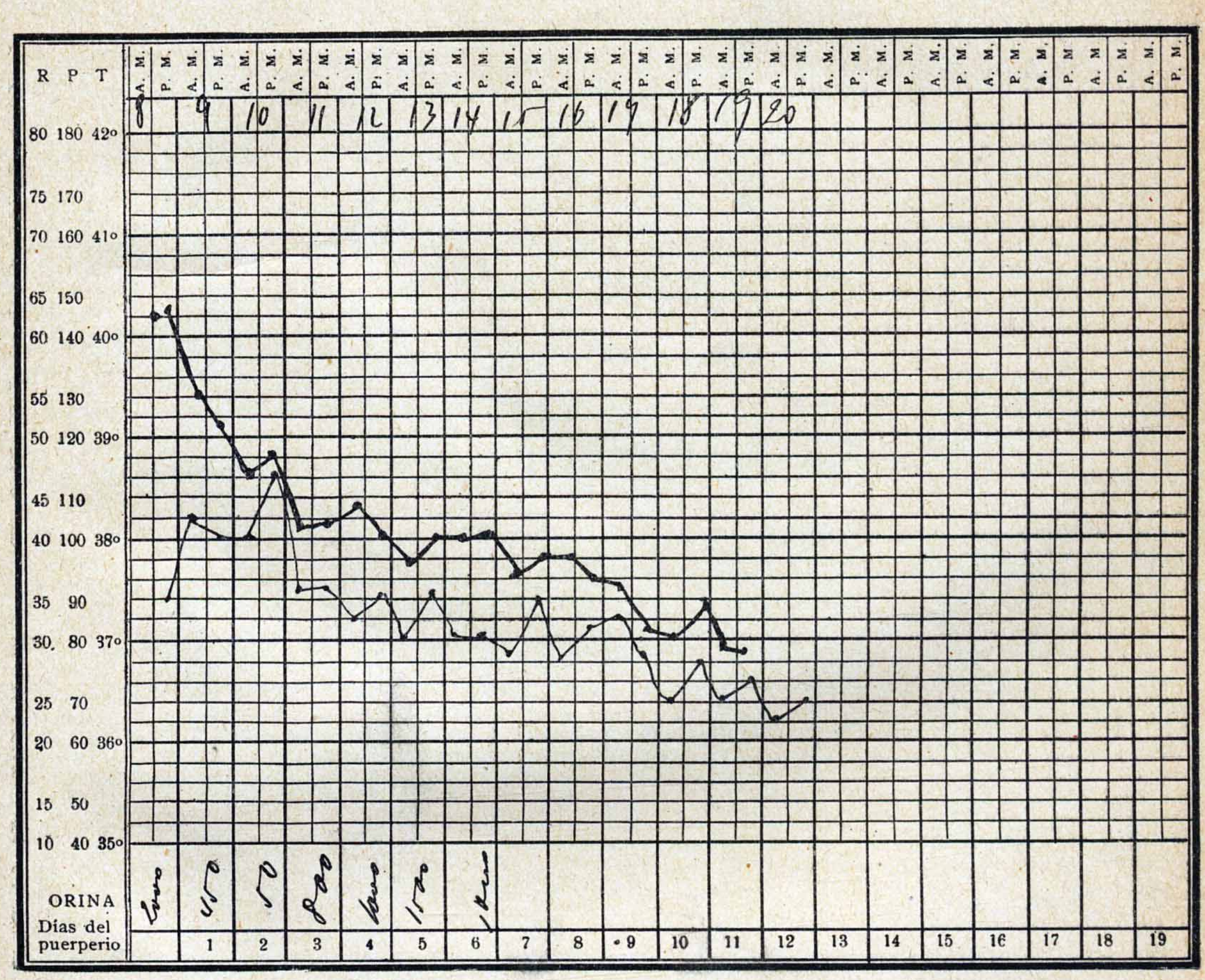
Después del parto, 1 hora y 45', le sobrevino un nuevo ataque de eclámpsia de 1' de duración, quedando obnubilada durante media hora; se le practica 1 centígramo de morfina y 500 gramos suero Hayem. Se vuelve á reducir la luxación que se había producido en el ataque.

Tres horas después el ataque se repite y tres y media tuvo otro, recuperando inmediatamente el conocimiento. Se le administra un purgante Jalapa.

Sale de alta curada.

PUERPERIO

Fechas


R P T
A. M. P. M. A. M. P. M. A. M. P. M.

Juana T. de Francomano, edad 29 años, ocupación quehaceres domésticos, nacionalidad italiana; entró á la clínica el 15 de mayo de 1907, á las 9 a. m.; entró á la sala, ídem.

ANTECEDENTES	*Hereditarios*.....	Los padres viven y son sanos. No ha habido embarazo gemelar.
	Fisiológicos.....	Ha caminado siempre bien. Reglado á los diez y seis años; duran cuatro días; son regulares.
	Patológicos.....	Ninguno.

Embarazos y partos anteriores: ha tenido 5 embarazos; partos normales; expontáneos; presentación cefálica; fetos vivos y sanos. Son hijos de un mismo padre como el embarazo actual. Los niños fueron alimentados por la madre.

Embarazo actual

Fecha de las últimas reglas: ignora.

Aparición de los movimientos activos: ignora.

Altura del útero: 36 centímetros y 12 por encima del pubis.

Edad del embarazo: á la entrada en la clínica, á término por la altura del útero; en el momento del parto, ídem.

¿De dónde viene la mujer? Ciudad.

Accidentes y complicaciones: Vómitos en los primeros meses del embarazo; grandes edemas y disnea en los últimos días de su embarazo.

Exnmen de las orinas: Mayo 16—2 por 1000 de albumina. Mavo 18—1 por 1000 de albumina. Mayo 20—Vestigios de albumina.

EXAMEN

General:
- Esqueleto grande, bien conformado, sin estigmas de raquitismo.
- Piel trigueña; línea pigmentada.
- Edemas muy grandes en los miembros inferiores y supra-pubiana.
- Várices superficiales.

Obstétrico:
- Senos muy grandes y flacidos; buena glándula. Areola grande pigmentada globulosa.
- Utero desviado á la derecha.
- Paredes tensas.
- Presentación cefálica.
- Posición y variedad: I. T.
- Pelvimetria interna: P. P. M. normal.
- Latidos fetales: no se oyen dado el espesor de las paredes.

Observaciones

Refiere la familia que la enferma ha llevado bien su embarazo hasta el 2 de mayo, día en el cual notó que tenía sus piernas muy hinchadas, pesadas y dolorosas, y además se quejaba de fatiga constante, motivo por el cual consultó á una partera, que se limitó á ordenarle un purgante; así con estas molestias pasó hasta el 15 á las 3 a. m., momento en el cual se despertó bruscamente con gran disnea, que

fué inmediatamente seguida por un ataque convulsivo, durante el cual se mordió la lengua; un médico que la vió aconsejó su inmediato ingreso á esta clínica. Antes de llegar á ella ha tenido tres ataques más. Llega en las siguientes condiciones: temperatura 37º, pulso 140, regular, muy depresible, coma profunda; á su llegada á la cama de partos tiene un quinto ataque, de 1' de duración, con todos los caracteres de los eclámpticos. Hay grandes edemas en los miembros inferiores y en la cara. Utero muy grande, con contracciones alejadas, poco vigorosas; es imposible efectuar la palpación y auscultar los latidos fetales, porque la enferma se mueve continuamente. Hay gran cantidad de albúmina en la orina extraida por la sonda. Vulva y vagina de multípara; edematosas; cuello con tres centímetros de dilatación, bolsa íntegra, presentación cefálica no encajada en I. T. Existiendo la indicación, se decide intervenir; bajo anestesia clorofórmica, se dilata el cuello con la mano derecha, hasta que permite el pasaje del puño; luego se rompe la bolsa y se va á buscar el buen pie (izquierdo); se baja fácilmente; el segundo tiempo se efectuó sin dificultad; en el tercero hubo necesidad de hacer algunos esfuerzos para bajar los brazos deflexionados; se termina por un Mauriceaux que extrajo un feto que respiró inmediatamente.

Después de la intervención el pulso se mantiene en el mismo estado.

A las dos horas (12 m.), tiene un sexto ataque; pide y bebe agua con avidez; se ha disipado algo

el coma y está más tranquila. Se le administra una enema drástica que provoca una deposición abundante. A las 2 p. m., séptimo ataque, 0,25 centígramos de cafeina en inyección hipodérmica y un purgante de aceite ricino con una gota de aceite de croto.

A las 4.30 de la tarde, octavo ataque con movimientos desordenados y enérgicos; se necesitan varias personas que la inmovilizan, á fin de que no se caiga del lecho; 1000 gramos de suero fisiológico en hipodermoclisis. Micción abundante. A las 8 p. m., noveno ataque con iguales caracteres que el anterior; temperatura 36º 8; pulso 130 pulsaciones por minuto; muy depresible; nueva micción; coma continuado; inyección cafeina.

Sigue en coma hasta las 4 a. m. del día 16, en que aparece el décimo ataque con iguales caracteres que el anterior. Coma. Micción. Como el purgante no ha obrado, se le hace una enema simple que le provoca una deposición abundante y fétida. Cafeina, lavaje vaginal. A las 8.30 a. m., 11º ataque; sigue el coma. Temperatura 36º 6; pulso tenso, 121 por minuto; 500 gramos suero fisiológico en hipodermoclisis, 0.002 de pilocorpina, que provoca abundante sudación.

A las 12 m., 12º ataque. A la 1 p. m., 13º. A las 4 p. m., 14º; todos de dos minutos de duración. Sigue el coma, micciones abundantes, regular sudación. Temperatura 36º2, pulso 130 pulsaciones por minuto, depresible; 500 gramos suero fisiológico. A las 8 p. m., 15º ataque. A las 12 p. m., 16º ataque, pulso 120, regular, poco tenso, pero más que á la

tarde. Ha habido una abundante deposición con micción de orina. El coma ha sido reemplazado por un estado de abnubilación intelectual; la enferma interroga cuando oye hablar á su rededor, pero todavía no responde á las preguntas que se le dirigen. Lengua inflamada por las mordeduras, que le impide la articulación de la palabra; se le practican repetidos lavajes de la boca con ácido bórico.

A las 3 a. m., mayo 17, 17º ataque.

A las 5 a. m., tuvo el 18º ataque; temperatura 36º4, pulso 120, regular depresible; ha habido abundante micción, 1000 gramos de suero fisiológico; cafeina 0,25 centígramos y pilocorpina 0.002 milígramos.

A las 8 a. m., tuvo el 19º ataque. A las 11 a. m., la enferma se incorpora en el lecho y articula algunas palabras; permanece tranquila hasta las 12 y media, momento en el cual, estando semisentada, fué tomada por el 20º.

A la 1 p. m., el 21º ataque. Se le administra una cucharada aceite ricino y una gota aceite de croto, que le produce una abundante deposición; micción abundante.

A las 2.45 p. m., tuvo el 22º ataque; á las 3 pasada meridiano, 23º ataque.

A las 3.45 p. m., 24º ataque, después del cual, y hasta las 8 p. m., permanece en coma, con respiración estertorosa.

Hubo varias micciones. La temperatura asciende á 37º8, el pulso llega á 134, regular, amplio; suero fisiológico 1000 gramos, cafeina 0.25 centígramos.

18 de mayo—No ha habido más ataques. Durante la noche la enferma comienza á despertarse nuevamente y pregunta por su hijo; ha desaparecido la agitación por completo, respira normalmente. Temperatura 37º8, pulso 120, regular. Abundantes micciones. Lavaje vaginal, 1000 gramos suero fisiológico, enema purgante drástico.

A las 10 a. m., puede deglutir la leche sin dificultad; ha reconocido á su esposo y ha conversado con él. Responde á las preguntas. Los edemas de los miembros inferiores han desaparecido por completo.

Las lesiones de la lengua mejoran con el tratamiento instituido. Durante el día 19 se sigue el mismo tratamiento que los días anteriores.

La enferma inicia un delirio agitado y constante, que persiste durante toda la noche; habla y grita constantemente, algunas veces responde bien á las preguntas que se le dirigen. Otras lo hace con incoherencia. Pide de comer con insistencia. Régimen lácteo.

Día 20—Sigue el delirio con iguales caracteres.

Día 21—El delirio es más agitado durante la noche y con caracteres de manía aguda (la enferma pide la saquen de la sala, porque va á estallar un incendio).

Días 22 y 23—Persiste el delirio con iguales caracteres. La enferma rehusa los alimentos.

Como su permanencia se hace insoportable en la sala, el esposo opta por llevarla á su domicilio.

PARTO

Principio del parto: se ignora.

Entrada á la sala de partos: mayo 15, á las 8 pasado meridiano.

Estado de la dilatación al entrar: 3 centímetros.

Líquido amniótico: normal (ligero hidramnios).

Expulsión del feto: mayo 15, á las 9 50 minutos antes meridiano.

Cantidad de sangre perdida antes de la expulsión: ninguna.

Cantidad de sangre perdida desde la expulsión hasta el alumbramiento: 300 gramos.

Lesiones vulvo-perineales: ninguna.

Duración total del parto: se ignora.

Observaciones

Para terminar rápidamente el parto y por la hemorragia, se practica el alumbramiento artificial, placenta inerta sobre el borde (cara) lateral izquierdo. Se termina por una irrigación de agua esterilizada á 48º; 1.000 grs. suero fisiológico, 0,25 centígramos cafeina, 1 centígramo ergotina.

Niño.—Sexo, masculino; estado físico, sano; longitud total, 45 centímetros; peso el día del nacimiento, 3.520 gramos.

PUERPERIO

Fechas Mayo

| R | P | T | | A. M. | P. M. | A. M. | P. M. | A. M. | P. M.

María P. de Ramano, edad 17 años, ocupación quehaceres domésticos, nacionalidad argentina; entró á la clínica el 10 de julio de 1907, á las 7 p. m.; entró á la sala, ídem.

Embarazos y partos anteriores: primípara.

Embarazo actual

Altura del útero: 32 centímetros y 11 por encima del ombligo.

Edad del embarazo: á la entrada en la clínica, á término; en el momento del parto, ídem.

¿De dónde viene la mujer? Ciudad.

Examen de las orinas — En el momento del parto hay albumina.

EXAMEN

General.....
- Esqueleto bien constituido; sin estigmas de raquitismo.
- Piel blanca; línea blanca pigmentada.
- Edemas muy pequeño.

Obstétrico.....
- Senos medianos; buena glándula. Areola pigmentada, pezón saliente. Hay tuberculos y calostro.
- Vientre ovoide.
- Utero de eje mayor longitudinal y desviado á la derecha.
- Paredes tensas.
- Presentación cefálica.
- Encaje, si.
- Posición y variedad: O. I. I. A.
- Pelvimetría externa: B. T. 32; B. I. 27 1/2; B. E. 24; S. P. 20.
- Pelvimetría interna: P. P. M. normal.

PARTO

Principio del parto: ignórase.

Entrada á la sala de partos: julio 10, á las 7 pasado meridiano.

Estado de la dilatación al entrar: 8 centímetros.

Encaje: sí.

Variedad de la posición: O. I. I. A.

Variedad de posición en el momento del desprendimiento: O. P.

Expulsión del feto: julio 10 á las 9 p. m.

Cantidad de sangre perdida antes de la expulsión: ninguna.

Cantidad de sangre perdida desde la expulsión hasta el alumbramiento: 400 gramos.

Lesiones vulvo-perineales: ninguna.

Observaciones

Es transportada á la clínica por el servicio P. Auxilios y sin antecedentes. Llega en coma completa, con 40º1 grado temperatura, 146 pulsaciones, sin tensión, lengua con mordeduras, cara y miembros inferiores con ligeros edemas, orina con gran cantidad de albúmina. Durante su primera hora de estadía en el servicio tiene tres ligeras convulsiones generalizadas de 15" de duración.

Utero en contracción permanente, presentación cefálica encajada en O. I. I. A. Es imposible saber si existen latidos fetales, porque la auscultación es

completamente dificultada por la respiración estertorosa de la madre. Vulva y vagina no infiltradas, elásticas. Cuello con 9 centímetros de dilatación, dilatable, cabeza encajada en O. I. I. A., con huesos blandos y cabalgados.

Previa inyección suero fisiológico 500 gramos y un centímetro cafeina, se hace, porque existe la duda sobre si vive ó no el feto; una aplicación de forceps que extrajo fácilmente un feto de 3600 gramos, muerto, y en principios de maceración; el resto de líquido que existe en la cavidad uterina está teñida de meconio y tiene una marcada fetidez.

Alumbramiento normal.

Después de la intervención la enferma permanece en coma con pulso filiforme, hasta que fallece á las 8 a. m. (julio 11), no obstante el tratamiento instituido: suero fisiológico, oxígeno, cafeina, etcétera. No ha sido posible obtener antecedentes de esta enferma. La familia reclamó el cadáver, por lo cual no fué posible practicar la autopsia.

Niño.—Sexo, masculino; estado físico, macerado; longitud total, 51 centímetros; peso el día del nacimiento, 3.600 gramos.

PUERPERIO

Fechas

R	P	T	A. M.	P. M.	A. M.	P. M.	A. M.	P. M.	A. M.	P. M.	A. M.	P. M.	A. M.	P. M.	A. M.	P. M.	A. M.	P. M.	A. M.	P. M.	A. M.	P. M.	A. M.	P. M.	A. M.	P. M.	A. M.	P. M.	A. M.	P. M.	A. M.	P. M.	A. M.	P. M.	A. M.	P. M.
80	180	42°																																		
75	170																																			
70	160	41°																																		
65	150																																			
60	140	40°																																		
55	130																																			
50	120	39°																																		
45	110																																			
40	100	38°																																		
35	90																																			
30	80	37°																																		
25	70																																			
20	60	36°																																		
15	50.																																			
10	40	35°																																		
ORINA																																				

OBSERVACIONES

+ muerta Julio 11 (89.24)

Antonia Costa de Crovo, edad 24 años, ocupación costurera, nacionalidad italiana; entró á la clínica el 17 de julio de 1907, á las 11 p. m.; entró á la sala, ídem.

ANTECEDENTES	*Hereditartos*.....	Padres vivos y sanos. Siete partos normales No hubo gemelos.
	Fisiológicos.....	Ha caminado á los diez meses. Ha caminado siempre bien. Reglado á los catorce años; duran cinco ó seis días; abundantes y dolorosas.
	Patológicos.....	Bronquitis, escarlatina, coqueluche.

Embarazos y partos anteriores: primípara.

Embarazo actual

Fecha de las últimas reglas: septiembre del 19 al 21.

Aparición de los movimientos activos: ignora.

Altura del útero: 40 centímetros y 17 por encima del ombligo.

Edad del embarazo: á la entrada en la clínica, á término; en el momento del parto, ídem.

¿De dónde viene la mujer? Ciudad.

Accidentes y complicaciones	Cefalalgia. Vómitos alimenticios. Edema en los miembros inferiores.
Examen de las orinas	En el momento del parto hay albumina.

EXAMEN

General..... Esqueleto bien conformado, sin estigmas de raquitismo.
Piel blanca; linea pigmentada.
Corazón normal.
Pulmones normal.
Edemas de la vulva y miembros inferiores.

Obstétrico..... Senos grandes; buena glándula. Areola grande pigmentada. Pezón saliente.
Vientre globuloso.
Utero en la linea media.
Paredes tensas.
Presentación cefálica.
Encaje, si.
Posición y variedad: O. I. I. A.
Pelvimetría externa: B. T. 32; B. I. 29; B. E. 25; S. P. 21.
Pelvimetría interna: P. P. M. normal.
Latidos felales: 140 normales.

PARTO

Principio del parto: julio 16 á las 4 p. m.

Entrada á la sala de partos: julio 17, á las 11 pasado meridiano.

Estado de la dilatación al entrar: completa.

Encaje: sí.

Variedad de la posición: O. I. I. A.

Dilatación completa: ignórase.

Duración del período de dilatación: ignórase.

Líquido amniótico: ignórase.

Variedad de posición en el momento del desprendimiento: O. P.

Expulsión del feto: julio 18, á las 12 y 45 minutos a. m.

Cantidad de sangre perdida antes de la expulsión: ninguna.

Cantidad de sangre perdida desde la expulsión hasta el alumbramiento: 600 gramos.

Duración total del parto: 32 horas y 45 minutos.

Observaciones

Ingresa del público en trabajo de parto iniciado 31 horas y media antes y con bolsa rota desde hace 5 horas; en estas últimas ha tenido dos ataques de eclámpsia de 6' de duración; fué examinada por una partera, que le aconsejó su ingreso á la clínica.

Llega en las siguientes condiciones: Temperatura 37º, pulso 110, regular, tenso, útero globuloso de eje mayor longitudinal con contracciones poco enérgicas y algo distanciadas. Latidos fetales normales. Se encuentra en un estado de excitación muy marcada, con incoherencias, pero sin pérdida completa del conocimiento. Durante el examen aparece un nuevo ataque de 5' de duración; hay edema en los grandes labios, siendo mayor sobre el derecho; en los miembros inferiores es poco perceptible. Hay gran cantidad de albúmina. Vulva grande, vagina elástica, periné poco resistente por el edema, bolsa rota, dilatación completa, cabeza encajada con bolsa sero-sanguínea de O. I. I. A.

Existiendo indicación precisa, se hace una toma con el forceps y se extrae fácilmente un feto que pesa 4380 gramos. Antes de desprenderse la cabeza, su mayor diámetro (O. F.), desgarra el periné. La desgarradura comienza á tres centímetros por fuera y á la derecha de la horquilla y va á terminar cerca del esfinter del ano superficialmente y sin interesarlo se colocan tres puntos con crin. En la vagina hay otra desgarradura en la unión de la pared

lateral derecha con la inferior, que comenzando en la unión del tercio superior con el medio, se prolonga hasta la del periné y que se reconstituyó con una sutura de Catgut.

Se hace un lavaje vaginal, se le coloca una gasa yodoformada. Durante el alumbramiento se deja perder 600 gramos de sangre á título de sangría, haciendo luego 1 centígramo de ergotina y 500 gramos de suero artificial.

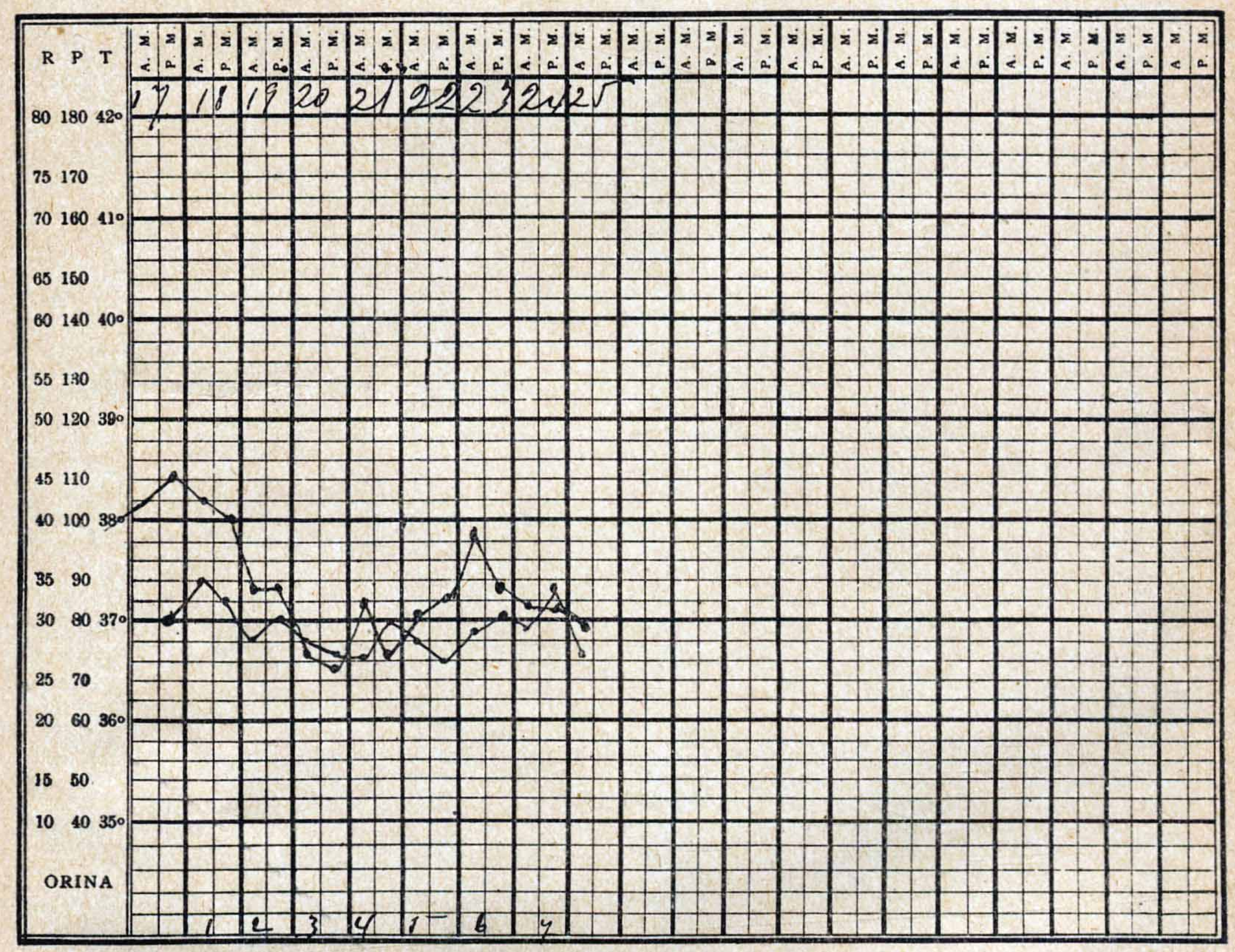
Julio 18—No ha habido más ataques; la enferma se encuentra bien.

Sale de alta el 25 de julio, curada.

Niño.—Sexo, masculino; estado físico, sano; longitud total, 52 centímetros; peso el día del nacimiento, 4.380 gramos.

PUERPERIO

Fechas



OBSERVACIONES

Dia 22- Se retiran los puntos de crin del perine, no hay afrontamiento debido al edema é infiltracion de la region.
Ahora si en incistente pedido, el perine esta aun sin cicatrizar.

Luisa B. de Borrasas, edad 28 años, ocupación quehaceres domésticos, nacionalidad española; entró á la clínica el 21 de julio de 1907; entró á la sala el 26 de julio.

ANTECEDENTES	*Hereditarios*.....	El padre murió de una afección cardiaca. La madre vive y es sana. No ha habido embarazo gemelar.
	Fisiológicos.....	Ha caminado al año. Ha caminado siempre bien, Reglado á los diez y nueve años; regulares, escasas, dolorosas al principio y duraban seis días.
	Patológicos.....	Viruela, sarampión.

Embarazos y partos anteriores: dos á término; el primero operación cesárea antes del trabajo del parto (1), feto vivo y sano. El segundo á término, parto distócico atendido en esta clínica; aplicación forceps; feto vivo y sano. Son hijos del mismo padre.

Embarazo actual

Fecha de las últimas reglas: octubre del 25 al 28.
Aparición de los movimientos activos: 5º mes.
Altura del útero: 37 y 15 centímetros.

(1) En el hospital Rivadavia.

Edad del embarazo: á la entrada en la clínica, 9º mes; en el momento del parto, á término.

¿De dónde viene la mujer? Ciudad.

Examen de las orinas: Durante el embarazo: julio 22; hay albumina 3 por mil. Durante el embarazo: julio 25; hay albumina 1 por mil.

EXAMEN

General:
- Esqueleto pequeño con alguna incurvadura de los femures. Altura 152.
- Piel blanca; sin cloasma; línea parda poco pigmentada.
- Corazón: punta 5º espacio fuera de la línea mamaria, tonos normales; pulso regular; igual tenso 140.
- Pulmones: signos de congestión difusa y edema pulmonar; esputos sero sanguinolentos.
- Edemas grandes en los miembros inferiores.

Obstétrico:
- Senos de tamaño mediano; buena glándula; pezón grueso saliente. Hay calostro.
- Vientre globuloso.
- Utero en la línea media.
- Paredes poco tensas.
- Presentación cefálica.
- Posición y variedad: I. T.
- Pelvimetría externa: B. T. 30; B. I. 26; B. E. 23; S. P. 18 1/2. — Pelvis plana; promontorio bajo y saliente.
- Pelvimetría interna: P. P. M. 8.5,
- Latidos fetales: 128 normales.

Observaciones

La enferma refiere que su embarazo ha transcurrido sin complicación alguna hasta hace aproximadamente ocho días (hace notar, sin embargo, que desde los seis meses del embarazo se le hinchaban las piernas, hinchazón que se marcaba especialmente en la noche, sin desaparecer del todo por la mañana).

Desde ocho días antes del ingreso á la clínica comienza á sentir fatiga, que aparecía ya sea al ejercer cualquier esfuerzo ó bien en la cama durante la

noche. Esta disnea que ha ido acentuándose gradualmente interrumpida con verdadera crisis de sofocación, acompañada de tos y esputos sanguinolentos, que la han obligado á veces á recurrir á este hospital, siendo atendida de urgencia por la guardia, practicándosele una inyección de morfina; desde entonces continuó siempre en el mismo estado; la hinchazón se extendió á la parte inferior del vientre, la fatiga persiste diurésis relativamente abundantes, deposiciones diarias. En estas condiciones ingresa á la clínica.

Tratamiento: Sudoríficos-drásticos en enema ó ingestión de un purgante, dando como resultado deposiciones diarreicas fétidas. Temperatura 37º5. Ocho horas después de prescripto el tratamiento indicado, se observa una mejoría evidente; la diarrea es menos intensa; el pulso desciende á 100; el estado general permite hacer un pronóstico relativamente favorable. A las 24 horas el estado es satisfactorio, lijera diarrea, espectoración mucosa sin sangre, orina clara sin concentración; no se puede medir por las deposiciones, 8 á 10, que hubo durante la noche y el día. Los edemas han disminuido de tensión.

En los días que siguen, durante los cuales se la tiene en reposo y dieta absoluta, enemas, el estado de la enferma se mantiene bueno; diurésis abundante, 2 centígramos.

El parto se declara el día 26, poco tiempo después de haberse roto la bolsa de las aguas; la cabeza fetal se halla por encima del estrecho superior,

movible deflexionada; el paretal anterior sobrepasa en una extensión bastante grande de la sínfisis del pubis.

Las contracciones son regulares, eficaces; transcurren algunas horas la cabeza no se encaja; la mujer comienza á tener fatiga y tos con expectoración sanguinolenta, signos que corresponden á una congestión de pulmón. De tiempo en tiempo aparecen prodromos de eclámpsia que no llegan á producir convulsiones formas clónicas, nitónicas; la mujer queda en un sopor acentuado, inconsciente. En estas condiciones y teniendo en cuenta la desproporción entre la cabeza y los diámetros de la pelvis, y después de 8 á 10 horas de trabajo de parto con enérgicas contorsiones, se hace un examen, encontrándose la extremidad cefálica en las mismas condiciones que en el anterior. El feto pierde meconio; los latidos son lentos después de dos ó tres ataques abortivos de eclámpsia. Se resuelve efectuar la operación cesarea, que se lleva á cabo 14 horas después de haberse iniciado el trabajo, bolsa rota, con 6 centímetros de dilatación.

PARTO

Principio del parto: julio 26, á las 4 p. m.

Entrada á la sala de partos: julio 26, á las 8 pasado meridiano.

Estado de la dilatación al entrar: corvamiento.

Encaje: no hay.

Variedad de la posición: I. T.
Dilatación completa: julio 27, á las 8 a. m.
Duración del periodo de dilatación: 12 horas.
Rotura de las membranas: prematura.
Líquido amniótico: normal, teñido mecónico.
Variedad de posición en el momento del desprendimiento: cesaria.
Expulsión del feto: julio 27, á las 10 a. m.

Operación

Posición horizontal, laparotomía media umbilical, incisión de 15 centímetros; abierto el peritoneo se aprecia adherencias viejas entre el epiplón y el útero, y entre éste y la pared abdominal, esta última, corresponde á la incisión de la operación cesarea anterior (op. clásica). Extracción del útero fuera de la cavidad abdominal, cierre provisorio de la cavidad con pinzas de Moussex, aislamiento con compresas secas, incisión transversal sobre la cara posterior del útero en el fondo por detrás de la línea de las trompas. Extracción del feto vivo con respiración inmediatamente. Desprendimiento de la placenta inserta sobre la cara anterior al segmento superior del útero. Frote de la cavidad superior del órgano con compresas empapadas en solución caliente de bicloruro de mercurio 0.50 por 1000. Sutura de las paredes con seda gruesa á puntos separados, atravesando todo el espesor (10 puntos); el útero se re-

trae bien. Cierre de las paredes vientre en dos planos-peritóneo y músculos con catgut y piel con seda. Ambas suturas continuas.

Duración de la operación: 22'.

Niño.—Sexo, masculino; estado físico, sano; longitud total, 50 centímetros; peso el día del nacimiento, 3.550 gramos.

PUERPERIO

Fechas

R P T	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.
	27		28		29		30		31		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15	
80 180 42°																																						
75 170																																						
70 160 41°																																						
65 150																																						
60 140 40°																																						
55 130																																						
50 120 39°																																						
45 110																																						
40 100 38°																																						
35 90																																						
30 80 37°																																						
25 70																																						
20 60 36°																																						
15 50																																						
10 40 35°																																						
ORINA																																						

Dia 5 - se sacan los puntos - encontrando cicatrizada la herida.

OBSERVACIONES

La operada recupera el conocimiento una hora despues de la operación. Dos horas más tarde vuelve a tener otro ataque de eclampsia, con los mismos caracteres de aquellos aparecidos antes de la operación - este ataque se repite 15' despues y 2 h. despues otro mas intenso - pero desde entonces no se repiten. La enferma sigue bien hasta después del puerperio.

Sabina Carpio, edad 17 años, ocupación sirvienta, nacionalidad, argentina; entró á la clínica el 7 de agosto de 1907; entró á la sala el 20 de agosto.

Antecedentes	*Hereditarios*.....	**Los padres viven y son sanos. No ha habido embarazo gemelar.**
	Fisiológicos.....	**Ha caminado siempre bien.** **Reglado á los doce años; regulares, escasas, dolorosas y duraban de tres á cuatro días.**
	Patológicos.....	**Fiebre tifoidea.**

Embarazos y partos anteriores: primípara.

Embarazo actual

Fecha de las últimas reglas: enero del 1º al 4.

Aparición de los movimientos activos: 4 meses.

Edad del embarazo: á la entrada en la clínica 8º mes.

¿De dónde viene la mujer? Ciudad.

Accidentes y complicaciones	**Cefalalgia; flujo amarillo durante todo el embarazo.**
Examen de las orinas	**Durante el embarazo: hay albúmina.**

EXAMEN

General.....
Esqueleto bueno; sin estigmas de raquitismo.
Piel trigueña; sin cloasma.
Corazón: quinto espacio intercostal.
Pulmones normales.

Obstétrico.....
Senos grandes, flácidos. Pigmentación marcada de la areola. Pezón poco saliente.
Vientre poco globuloso.
Utero, en la línea media.
Paredes tensas.
Presentación cefalálgia.
Posición y variedad: D. T.
Pelvimetría externa: B. T. 30; B. I. 28; B. E. 23; S. P. 18 1[2.
Pelvimetria interna: P. P. M. 9,3.
Latidos fetales, 130.

PARTO

Principio del parto: agosto 29 á las 3 a. m.

Entrada á la sala de partos: agosto 29 á las 4 pasado meridiano.

Estado de la dilatación al entrar: 4 centímetros.

Encaje: hay.

Variedad de la posición: I. P.

Dilatación completa: agosto 29, á las 9 y 35 minutos p. m.

Duración del período de dilatación: 18 horas 15 minutos.

Rotura de las membranas: precoz.

Líquido amniótico: normal.

Variedad de posición en el momento del desprendimiento: O. P.

Expulsión del feto: agosto 29, á las 9 y 20 minutos p. m.

Cantidad de sangre perdida antes de la expulsión: 50 gramos.

Cantidad de sangre perdida desde la expulsión hasta el alumbramiento: 500 gramos.

Duración total del parto: 18 horas 20 minutos.

Observaciones

Albuminúrica, que á las 17 horas y media de trabajo (8.30 p. m.), fué acometida por un ataque de eclámpsia, que á la media hora (9 p. m.) fué seguido de un segundo ataque, después del cual los latidos fetales se hicieron completamente irregulares, por lo cual, y en vista de la eclámpsia que tiende á repetirse, se decide terminar rápidamente el parto.

Vulva y vagina de primípara; cuello con 8 centímetros de dilatación y dilatable; cabeza de O. I. I. P. á dos dedos del suelo perineal.

Bajo anastesia clorofórmica se completa la dilatación manual y se hace una toma con el forceps, en la escavación de I. T. previa maniobra de Tarnier, que extrajo un feto en buenas condiciones de vitalidad. Inmediatamente se introduce la mano en la cavidad uterina y se desprende una parte de la placenta á fin de obtener una sangría que alcanzó á 500 gramos.

Sutura con 5 puntos de crín de la herida vulvar, que consiste en el desprendimiento de la mucosa con la piel al nivel de la horquilla. Una dermoclisis de 500 gramos. Media hora después tuvimos un tercer ataque; no tardando en recuperar el conocimiento.

Los ataques no aparecieron más.

Niño.—Sexo, masculino; estado físico, sano; longitud total, 52 centímetros; peso el día del nacimiento, 3.525 gramos.

PUERPERIO

Fechas Agosto

R	P	T	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.
			29		30		31		1		2		3		4		5		6		7		8																	
80	180	42°																																						
75	170																																						
70	160	41°																																						
65	150																																						
60	140	40°																																						
55	130																																						
50	120	39°																																						
45	110																																						
40	100	38°																																						
35	90																																						
30	80	37°																																						
25	70																																						
20	60	36°																																						
15	50																																						
10	40	35°																																						
ORINA																																						

María Russo de Venera, edad 41 años, ocupación quehaceres domésticos, nacionalidad italiana; entró á la clínica el 30 de agosto de 1907, entró á la sala, ídem.

ANTECEDENTES	*Hereditarios*.....	Padres muertos. Cuatro partos normales. No hubo gemelos.
	Fisiológicos.....	Ha caminado después de los dos años. Ha caminado siempre bien. Si. Reglado á los quince años; duran tres días; regulares, escasas.
	Patológicos.....	Erisipela y sarampión.

Embarazos y partos anteriores: seis embarazos; partos normales; pres. cefálica; fetos vivos y sanos; cuatro masculinos y dos femeninos, de término. Dos abortos, uno de 3 meses y otro de 2 meses, cuya causa ignora. Todos han sido alimentados por la madre y son hijos de un mismo padre como el embarazo actual.

Embarazo actual

Fecha de las últimas reglas: ignora.

Edad del embarazo: á la entrada en la clínica 8º mes (por el feto); en el momento del parto, ídem.

¿De dónde viene la mujer? Ciudad.

Accidentes y complicaciones: Cefalalgias, mareos, vómitos biliosos; grandes edemas de los miembros inferiores en el 8° mes.

Examen de las orinas: En el momento del parto hay albumina.

EXAMEN

General:
- Esqueleto grande; sin estigmas de raquitismo.
- Piel blanca; linea blanca poco pigmentada.
- Corazón normal.
- Pulmones normales.
- Edemas grandes en los miembros inferiores.

Obstétrico:
- Senos grandes, flácidos; buena glándula; pezón saliente. Hay calostro.
- Vientre globuloso.
- Utero en ligera anteversión.
- Paredes flácidas.
- Presentación pelviana completa.
- Posición y variedad: S. I. D. A.
- Pelvimetría externa: B. T. 32; B. I. 29; B. E. 25; S. P. 22.
- Latidos fetales, 170.

PARTO

Entrada á la sala de partos: agosto 30, á las 4 a. m.

Estado de la dilatación al entrar: 2 centímetros.

Encaje: no hay.

Variedad de la posición: S. I. D. A.

Líquido amniótico: normal.

Variedad de posición en el momento del desprendimiento: S. P.

Expulsión ó extracción del feto: agosto 30, á las 9 p. m.

Cantidad de sangre perdida antes de la expulsión: 50 gramos.

Cantidad de sangre perdida desde la expulsión hasta el alumbramiento: 600 gramos.

Lesiones vulvo-perineales: ninguna.

Observaciones

Refiere la enferma que durante el último mes (8º mes), ha tenido frecuentes cefalalgias y mareos, grandes edemas en los miembros inferiores y algunas perturbaciones estomacales. Anoche, 29 de agosto, fué acometida por un ataque convulsivo que se repitió tres veces más con intervalo de media hora motivo por el cual fué transportada á esta clínica.

Llega en las siguientes condiciones: Temperatura 36º4, pulso 120, regular, tenso, en coma; á los pocos momentos de su ingreso tuvo un ataque característico de eclámpsia. Utero con algunas contracciones, por la palpación se aprecia una presentación pelviana completa sin encaje en S. I. D. A., latidos fetales en número de 170. El examen de la orina da gran cantidad de albúmina. Vulva y vagina de multípara, sin edemas, cuello con dos centímetros de dilatación, bolsa íntegra.

Bajo anestesia clorofórmica, se comienza á dilatar manualmente el cuello (con una mano) hasta hacerlo completa, lo que duró 20 minutos, luego se rompe la bolsa de las aguas y se hace una extracción pelviana sin ninguna dificultad, obteniendose un feto prematuro, que grita fuerte y respira bien. El pasaje de la cabeza produce una desgarradura de la comisura izquierda que se extiende hasta la parte superior del segmento inferior y que produce una regular hemorragia que se aprovecha como sangría hasta 600 gramos; pero como continuase aún bajo

la acción de una irrigación intra uterina con agua á 48º y un centímetro de ergotina, se hace un taponamiento de la brecha con gasa yodoformada, con lo cual se cohibió. Después de la intervención, los ataques no se repitieron, y la enferma recupera el conocimiento el día 30 á la mañana.

El niño se pone cianótico repentinamente, y muere sin convulsiones á las 14 horas del nacimiento.

Septiembre 2—La enferma ha mejorado mucho. Hoy se retiró el taponamiento, y con él salieron algunos gruesos coágulos. Se hizo en seguida una irrigación vaginal, sin que se observase la más mínima pérdida sanguínea; pero á las 4 horas y con los movimientos inquietos de la enferma, sobreviene una hemorragia de regulares proporciones que hizo ascender el pulso á 120; se le hizo una irrigación vaginal caliente, con la cual cesó, pero se creyó conveniente hacer un nuevo taponamiento con gasa yodoformada de la desgarradura del cuello, al mismo tiempo se le practica 1 centígramo de ergotina y 500 gramos de suero artificial.

Septiembre 4—La enferma amaneció bien. con 37º5 de temperatura y 120 pulsaciones. A las 10 ante meridiano le sobreviene un vómito bilioso, y á los pocos momentos la enferma se pone muy pálida y agitada; al mismo tiempo se nota que ha expulsado parte del tapón vaginal y que hay intensa hemorragia. Se le transporta á la cama de partos, se le retira el resto del tapón vaginal y se hace un lavaje bien caliente, pero la hemorragia continúa abundante con

caracteres de arterial; como la enferma cae en síncope, se le practica un nuevo taponamiento vaginal, 1 centígramo ergotina, 0.25 centígramo cafeina de eter y 1000 gramos de suero artificial, que fueron ineficaces, porque la enferma murió á los pocos instantes.

COPIA DEL PROTOCOLO DE LA AUTOPSIA

Diagnóstico clínico. — Desgarradura longitudinal izquierda del útero y hemorragia fulminante.

Diagnóstico anatómico.—Desgarradura longitudinal izquierda del segmento inferior del útero en todo el espesor de la pared; sección del pedículo hipogástrico del mismo lado; gran foco hemorrágico entre las dos hojas del ligamento ancho y equimosis por compresión en las mismas hojas y en las ansas intestinales circunvecinas.

Niño.—Sexo, masculino; estado físico, prematuro; longitud total, 48 centímetros; peso el día del nacimiento, 2.400 gramos.

PUERPERIO

Fechas

R	P	T	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.
80	180	42°	30	31	1		2		3		4																													
75	170																																							
70	160	41°																																						
65	150																																							
60	140	40°																																						
55	130																																							
50	120	39°																																						
45	110																																							
40	100	38°																																						
35	90																																							
30	80	37°																																						
25	70																																							
20	60	36°																																						
15	50																																							
10	40	35°																																						
ORINA																																								
Días del puerperio				1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19

Carmen Rossi de Regis, edad 23 años, ocupación quehaceres domésticos, nacionalidad italiana; entró á la clínica el 31 de agosto de 1907, á las 2 antes meridiano; entró á la sala, ídem.

ANTECEDERTES	*Hereditarios*.....	Padres vivos y sanos. Nueve embarazos. Partos normales; fetos vivos y sanos. No hubo gemelos.
	Fisiológicos.....	Ha caminado siempre bien. Si. Reglado á los quince años; duran siete, diez á doce días; irregulares, dolorosas y abundantes.
	Patológicos.....	Paludismo.

Embarazos y partos anteriores: primípara.

Embarazo actual

Fecha de las últimas reglas: del 25 de diciembre al 5 de enero.

Aparición de los movimientos activos: á los 3 meses.

Altura del útero: 33 centímetros y 10 por encima del ombligo.

Edad del embarazo: á la entrada en la clínica á término; en el momento del parto, ídem.

¿De dónde viene la mujer? Ciudad.

Accidentes y complicaciones	Mareos, cefalalgias, perturbaciones vesicales.
Examen de las orinas	En el momento del parto hay albumina 4 por 1000.

EXAMEN

General.....
- Esqueleto bien constituido, sin estigmas de raquitismo.
- Piel blanca, sin cloasma.
- Corazón normal.
- Pulmones normales.
- Edemas generalizados.

Obstétrico.....
- Senos grandes, buena glándula. Areola pigmentada. Pequeño pezón saliente. Hay calostro.
- Utero en la linea media.
- Paredes tensas.
- Presentación cefálica.
- Encaje. Si.
- Posición y variedad: O. I. D. T.
- Pelvimetria externa: B. T. 32; B. I. 28; B. E. 24; S. P. 21.
- Latidos fetales, 180 é irregulares.

PARTO

Principio del parto: ignora.

Entrada á la sala de partos: agosto 31, á las 2 antes meridiano.

Estado de la dilatación al entrar: completa.

Encaje: sí.

Variedad de la posición: O. I. D. T.

Dilatación completa: ignórase.

Duración del período de dilatación: ídem.

Líquido amniótico: ignórase.

Variedad de posición en el momento del desprendimiento: O. P.

Expulsión ó extracción del feto: agosto 31, á las 2 y 30 minutos a. m.

Cantidad de sangre perdida antes de la expulsión: ninguna.

Cantidad de sangre perdida desde la expulsión hasta el alumbramiento: 800 gramos.

Duración total del parto: ignórase.

Observaciones

Refiere la familia que durante el último mes del embarazo se quejaba de algunas cefalalgias y de hinchazón en los miembros inferiores, y que á las pocas horas de iniciado el trabajo de parto la enferma empezó á delirar y á pedir que le dieran luz, porque no veía; esto fué seguido á los pocos momentos por un ataque convulsivo, después del cual tuvo 7 más en término de 5 horas, por lo cual fué transportada á la clínica. Llega en las siguientes condiciones: en coma, temperatura 37º2, pulso 140, regular, tenso; á los pocos momentos de su ingreso es tomada por un ataque característico de eclámpsia, que fué seguido de otro á los 10 minutos. Utero con contracciones vigorosas, latidos fetales en 180' é irregulares. Vulva y vagina de primípara, no infiltradas, cuello con dilatación completa, cabeza encajada en O. S. D. T.

Bajo anestesia clorofórmica se hace una toma con el forceps que extrajo sin dificultad con buena toma un feto que se reanimó á los pocos instantes, Luego se introduce la mano en la cavidad uterina y se desprende la mitad de la placenta con el fin de obtener una sangría que llegó á 800 gramos. El alumbramiento se efectuó por extracción simple, pero quedaron algunos restos de membranas que se extraen en seguida. Como la hemorragia continuase, se comprueba que proviene de una desgarradura de la comisura izquierda del cuello, que fué preciso taponar con gasa yodoformada, con lo que se cohibió.

Durante el resto del día la enferma ha tenido 7 ataques con intervalo de dos horas; ha permanecido en coma, suero fisiológico 1000 gramos, cafeina; 0.20 centímetros de pilocarpina, y un drástico que le provoca varias deposiciones. Ha habido abundante micción.

Septiembre 1º—Desde ayer á la tarde no ha tenido más ataques convulsivos; ya la enferma está despierta, pero permanece en un estado de estupor acentuado. La temperatura descendió á 37º2 y el pulso á 100, regular, tenso.

Tratamiento: suero fisiológico, cafeina, pilocarpina y drásticos.

Septiembre 2—La enferma se halla mejorada, pero todavía persiste el estado incoherente del día anterior. Ha tenido varias deposiciones y micciones abundantes.

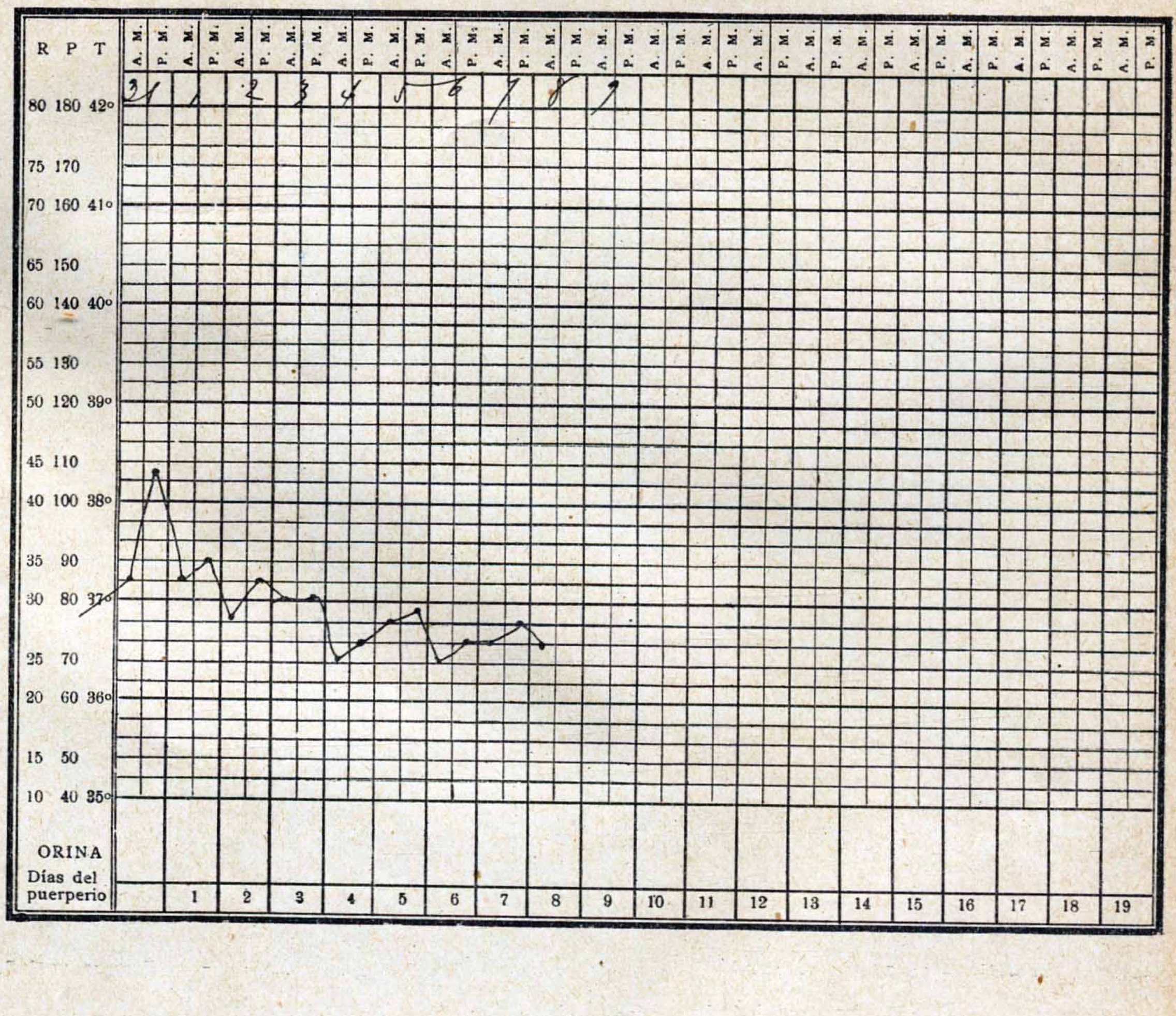
Tratamiento: suero, cafeina, enema.

Septiembre 3—La enferma está en muy buenas condiciones; ha desaparecido la albúmina de la orina.

Niño.—Sexo, femenino; estado físico, sano; longitud total, 49 centímetros; peso el día del nacimiento, 3.210 gramos.

PUERPERIO

Fechas Agosto 7 Setiembre



María Guarderes, edad 17 años, ocupación sirvienta, nacionalidad argentina, entró á la clínica el 30 de diciembre á las 6 a. m.; entró á la sala, ídem.

Embarazo actual

¿De dónde viene la mujer? Ciudad.

Examen de las orinas — **En el momento del parto hay albumina 4 por 1000.**

EXAMEN

General..... **Esqueleto bien conformado, sin estigmas de raquitismo. Piel trigueña; línea blanca pigmentada. Corazón normal. Pulmones normales. Edemas ligeros en los miembros inferiores.**

Obstétrico..... **Senos grandes; buena glándu'a. Areola pigmentada. Pezón saliente. Hay calostro.**

Observaciones

Ingresa del público puerpera, con útero bien contraido. Llega en las siguientes condiciones: temperatura 36º9, pulso 95, regular, medianamente tenso. Interrogada, responde con incoherencias; el análisis de la orina da una gran cantidad de albúmina. A los

30 minutos de su ingreso á la clínica, estalla un ataque convulsivo de un minuto de duración y con todos los caracteres de los eclámpticos. Se le hace un enema drástico y 500 gramos de suero fisiológico. Los ataques reaparecen con intervalos de 1 hora, y desde el 3º la enferma queda en coma, por lo cual se le hace una sangría de 500 gramos, seguida de otros 500 gramos de suero fisiológico y 0.25 centígrs. de cafeina, no obstante lo cual no interrumpe la serie de accesos que llegaron á 11 á las 12 p. m. (día 30). Durante el día ha tenido varias evacuaciones diarreicas y micciones abundantes.

A las 12 p. m. (30 de diciembre) la enferma continúa en coma completo, con 39º de temperatura y 140 pulsaciones, muy débiles; se le administra oxígeno y 0.01 de pilocarpina.

Durante la madrugada, desde las 12 hasta las 8 a. m. (día 31), tuvo 4 ataques más; á la mañana se le aplicaron una inyección hipodérmica, 500 gramos suero fisiológico, 0.25 centígrs. cafeina y otro de pilocarpina; sigue en coma profundo, temperatura 39º4, pulso 140.

Día 31—Los ataques convulsivos no se han repetido, la enferma permanece en coma profundo durante todo el día y con miosis marcada. Suero fisiológico, cafeina, pilocarpina.

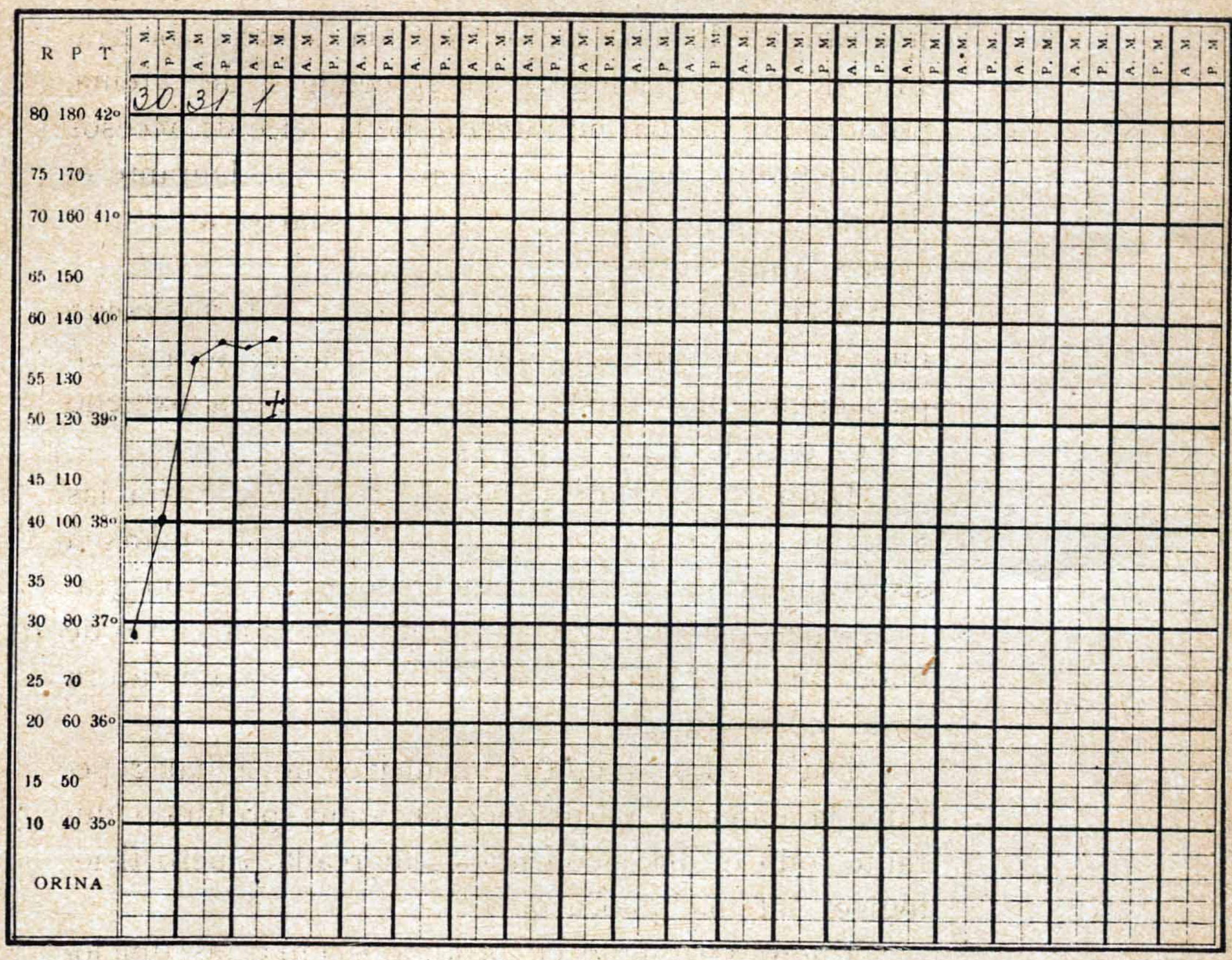
Enero 1º—Sigue en profundo coma, las funciones involuntarias se van debilitando paulatinamente y muere á las 6.20 p. m.; suero, oxígeno, cafeina, etcétera.

Buenos Aires, marzo 19 de 1908.

GRACIANO PÉREZ.

PUERPERIO

Fechas



Buenos Aires, marzo 19 de 1908.

Nómbrase al señor Concejero doctor A. Gandolfo, al profesor titular doctor Samuel Molina y al profesor suplente doctor Enrique Zárate, para que constituídos en Comisión Revisora, dictaminen respecto de la presente Tesis, de acuerdo con el art. 4º de la Ordenanza sobre exámenes.

E. CANTÓN,
Decano.

R. S. Gómez,
Secretario.

Buenos Aires, marzo 24 de 1908.

Habiendo la Comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente Tesis, según consta en el acta núm. 1759 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. CANTÓN,
Decano.

R. S. Gómez,
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Indicaciones de la sangría en los accesos de eclampsia.

II

¿Qué lesiones produce en el encéfalo la eclámpsia?

III

Decorticación renal en la eclampsia como tratamiento.